

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE ARTES E COMUNICAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM LETRAS

LUDMILA MOTA DE FIGUEIREDO PORTO

**MANUAIS DO CUIDADOR DE IDOSOS: UMA ABORDAGEM ERGOLINGUÍSTICA
DO ENVELHECIMENTO HUMANO**

RECIFE
2015

LUDMILA MOTA DE FIGUEIREDO PORTO

**MANUAIS DO CUIDADOR DE IDOSOS: UMA ABORDAGEM ERGOLINGUÍSTICA
DO ENVELHECIMENTO HUMANO**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Letras da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para obtenção do grau de Doutora em Linguística.

Área de concentração: Ergolinguística.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Maria Cristina Hennes Sampaio.

RECIFE
2015

Catálogo na fonte
Bibliotecário Jonas Lucas Vieira, CRB4-1204

P853m Porto, Ludmila Mota de Figueiredo

Manuais do cuidador de idosos: uma abordagem ergolinguística do envelhecimento humano / Ludmila Mota de Figueiredo Porto. – Recife: O Autor, 2015.

317 p.: il., fig.

Orientador: Maria Cristina Hennes Sampaio

Tese (Doutorado) – Universidade Federal de Pernambuco. Centro de Artes e Comunicação. Letras, 2015.

Inclui referências.

1. Linguística. 2. Envelhecimento. 3. Cuidadores. 4. Compreensão. 5. Análise de discurso. I. Sampaio, Maria Cristina Hennes (Orientador). II. Título.

410 CDD (22.ed.)

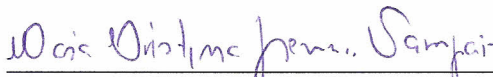
UFPE (CAC 2015-42)

LUDMILA MOTA DE FIGUEIREDO PORTO

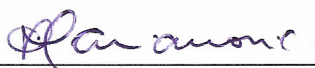
**Manuais do Cuidador de Idosos: Uma Abordagem Ergolinguística do
Envelhecimento Humano**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação
em Letras da Universidade Federal de Pernambuco
como requisito para a obtenção do Grau de Doutor
em LINGUÍSTICA em 12/2/2015.

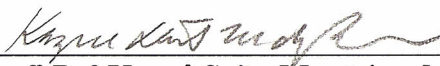
TESE APROVADA PELA BANCA EXAMINADORA:



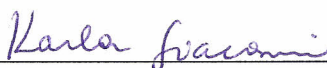
Profª. Drª. Maria Cristina Hennes Sampaio
Orientadora – LETRAS - UFPE



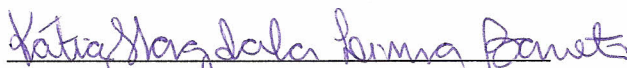
Profª Drª Maria Cristina Damianovic
LETRAS - UFPE



Profª Drª Kazuê Saito Monteiro de Barros
LETRAS - UFPE



Profª Drª Karla Cristina Giacomini
GERÊNCIA DE ASSISTÊNCIA – SMS BH



Profª Drª Kátia Magdala Lima Barreto
TERAPIA OCUPACIONAL - UFPE

Recife – PE
2015

Nossa despedida foi um desencontro, após muitos bons encontros que tivemos nesta vida.

A você, com quem compartilhei os primeiros passos do Doutorado, e que, infelizmente, não teve a oportunidade de chegar ao fim desta etapa, dedico este trabalho, meu amigo, Cléber Pacheco, para sempre em nossas memórias.

AGRADECIMENTOS

Uma tese não se escreve em quatro ou cinco anos. Este trabalho foi plantado junto com as laranjeiras de Sairé-PE, quando entrei como voluntária para o projeto de pesquisa já na reta final de minha graduação, e pude aprender a fazer pesquisa com Cristina Sampaio e Kátia Magdala. Por esses oito anos de orientação, Maria Cristina Sampaio, sou muito grata pela oportunidade de ter aprendido tanto com você, minha querida orientadora!

À banca examinadora, que gentilmente aceitou o convite para contribuir com seu olhar crítico ao meu trabalho, minha gratidão, professoras Kazuê Saito, Maria Cristina Damianovic, Siane Góis, Evelyn Saraiva, Kátia Magdala e Karla Giacomini.

Fazem parte deste importante percurso, e de tantos outros, a minha querida família, que sempre me apoiou e compreendeu os momentos difíceis: Fernando e Angela, meus pais, Duina, Catarina e Fernando, meus irmãos, minha eterna base, extensiva aos meus cunhados, Hermann, Almir e Carina.

Amor incondicional, compreensão, paciência e apoio não descreverão a importância de ter tido lá Niani ao meu lado, minha companheira, ao longo dos dias e madrugadas de escrita, da organização do tempo de trabalho com a tese, das constantes viagens entre Paraíba e Pernambuco, dos reencontros com a escrita.

Pelo apoio com respeito aos textos jurídicos, meu especial agradecimento à Prof^a. Duina Porto, que pacientemente me auxiliou com sua leitura crítica sobre meu trabalho. Agradeço igualmente a Rafael Alexandre, sempre prestativo para esclarecer minhas dúvidas sobre os procedimentos técnicos em saúde, obrigada, amigo!

Aprendi muito durante as disciplinas cursadas e, por isso, agradeço, em especial, a Cristina Sampaio, Karina Falcone e Evandra Grigoletto. Ainda, sou grata à leitura justa e atenta dos ensaios apresentados na primeira qualificação, realizada por Siane Góis, Karina Falcone, Beth Marcuschi e Evandra Grigoletto. Valiosas também foram as contribuições ao projeto, pela Prof^a. Márcia Carréra (Depto de Medicina-UFPE), e à guinada da tese, pela Prof^a. Dr^a. Maria Cristina Damianovic (UFPE) e Prof. Dr. Marcos Vieira (UFMT).

Gostaria de agradecer especialmente a Prof^a. Dr^a. Karina Falcone, pois, além das disciplinas ministradas e da participação na banca de defesa de um dos ensaios, recebeu-me muito bem para ministrar aulas no estágio docência, em sua

disciplina de Linguística III. As orientações, o carinho e a leveza marcaram esse período maravilhoso, compartilhado com ela.

Não pude cursar o Doutorado Sanduíche em Paris, mas fui gentilmente recebida pela Prof^a. Dr^a. Josiane Boutet (Université Paris VI), em seu gabinete, a qual dedicou seu atribulado tempo a discutir comigo algumas questões que serviram para dar um rumo ao início da tese.

A professora Dr^a. Maria Inês Batista Campos (USP) me ciceroneou em São Paulo, por ocasião da visita do Prof. Dr. Daniel Faïta à USP, em evento organizado pela Prof^a. Dr^a. Eliane Lousada (USP), na agenda do grupo ERGAPE, a qual gentilmente permitiu minha participação e, desta forma, pude repensar alguns conceitos da análise dialógica da atividade profissional. Grata pela delicadeza!

Ao longo do curso, reforcei meus laços de amizade com Rita Kramer, Ana Gabriela Modesto, Monique Vitorino, Nadiana Lima, Lílian Noêmia, o saudoso Cléber, Maria Shênia Bezerra, Shirley Alves e tantos outros colegas que contribuíram com suas indagações e também com suas risadas. A todos os amigos que estiveram ao meu lado e me apoiaram, meu eterno carinho e gratidão, Laura Herrero, Leonardo Mozdzenski, Ivana Oliveira, Clara Pinheiro, Ariann Lira, Cecília Porto, Paulo Rodrigues, Sílvia Saraiva, Priscilla Lemos, Juliano Carvalho e todos aqueles que, porventura, não tenham sido mencionados, mas que sabem do papel que tiveram em minha vida durante este período.

A Izabel, pela força de sempre naquele lugar que é tão nosso.

“A palavra é o modo mais puro e sensível de relação social.”

“As palavras são tecidas a partir de uma multidão de fios ideológicos e servem de trama a todas as relações sociais em todos os domínios.”

“A palavra é capaz de registrar as fases transitórias mais íntimas, mais efêmeras das mudanças sociais”

“É a pluralidade de acentos que dá vida à palavra”

Bakhtin/Volochínov

RESUMO

O envelhecimento humano atingiu o Brasil de forma acelerada nos últimos trinta anos, fato que acarretou a necessidade de um preparo do país para atender às demandas decorrentes da crescente população idosa, entre elas, a formação de profissionais habilitados para lidar com os idosos, como os cuidadores de idosos, cuja profissão ainda não foi regulamentada, devido à falta de definição sobre os temas que devem pertencer ao seu trabalho prescrito e os limites de atuação desses trabalhadores. A partir da constatação, em trabalho anterior (PORTO, 2010), de que esses profissionais possuem uma competência baseada na herança histórica do seu trabalho, no saber prático da atividade, mas prescindem de um saber mais formal, devido à ausência de normas antecedentes para regulá-lo (SCHWARTZ, 1998), este estudo teve o objetivo de analisar o discurso dos manuais escritos para a orientação dos cuidadores de idosos. Para isso, foram selecionados três manuais do cuidador, dois deles publicados com o respaldo do Governo Federal, e um deles elaborado por uma universidade pública, sendo todos eles disponibilizados na internet. A fim de contrastar os dados com a realidade laboral dos cuidadores, foram reaproveitadas neste trabalho as entrevistas narrativas realizadas com dez cuidadores de idosos atuantes em três instituições geriátricas do Recife (PORTO, 2010). O *corpus* discursivo para análise, então, foi devidamente preparado para o processamento estatístico no programa STABLEX, a partir do qual foi possível definir os macrocampos da atividade humana a serem analisados – o campo do trabalho do cuidador, o campo da saúde e o campo jurídico – à luz do Método de Análise Lexical, Textual e Discursiva (CAMLONG, 1996), que permitiu visualizar a arquitetura discursiva dos textos e compará-los entre si. Assim, o objeto deste estudo – os manuais do cuidador – foi abordado pelo método dialógico-discursivo de análise de dados, uma forma de conhecimento de natureza sociocultural de sujeitos históricos, através da linguagem (SAMPAIO *et al.*, 2006), e à luz da Ergolinguística, disciplina constituída com base na confluência entre a Teoria/Análise Dialógica do Discurso (BAKHTIN, 2003; BRAIT, 2006), e a Ergologia (SCHWARTZ, 1997; 2000b), dedicada à atividade humana em situação. Os discursos dos manuais do cuidador foram analisados a partir dos temas que os configuravam em cada um dos campos da atividade humana, bem como pelos seus acentos apreciativos, permitindo recuperar as relações dialógicas que se estabeleciam com o discurso do Outro (BAKHTIN, 2012), entre eles, os cuidadores de idosos. Considerando-se a formação heterogênea dos cuidadores de idosos no Brasil e a sua lacuna no que concerne ao saber formal para o exercício de sua atividade (PORTO, 2010), concluiu-se que os manuais do cuidador poderão servir de base para estabelecer as normas antecedentes para o trabalho do cuidador de idosos e, ao mesmo tempo, contribuir para a definição dos temas que devem ser incluídos na formação desses trabalhadores e dos limites de sua atuação, viabilizando o reconhecimento e a regulamentação da sua profissão. Para tanto, é preciso que os embates dialógico-discursivos, suscitados pela presença constitutiva do Outro em seu discurso, sejam considerados na renormalização dessas normas.

Palavras-Chave: Manuais do Cuidador de Idosos. Ergolinguística. Envelhecimento. Normas antecedentes. Renormalização.

ABSTRACT

In the last years, the Brazilian people have grown old very quickly, and from this fact, the need for increasingly specialized services for caring for elderly people has arisen, including the qualification of the caregivers, whose job was not regulated yet, due to lack of definition on the themes which must configure its prescriptions as well as the limits for their performance. In a previous research (PORTO, 2010), we observed that these workers proved to be competent concerning their practical knowledge of the job, although they still lack a more formal knowledge, due to the absence of previous norms to regulate it (SCHWARTZ, 1998). Therefore, this study is aimed at analyzing the discourse of the manuals written to guide caregivers in their job. For this, we selected three manuals, two of them published under the support of Brazilian Government, and the other elaborated by a public university, and they all are available on the internet. In order to contrast the data with the labor reality of the caregivers, the narrative interviews with ten caregivers of elderly who work in three geriatric institutions in Recife were reused in this work (PORTO, 2010). The discursive *corpus* for analysis, then, was properly prepared for statistical processing in STABLEX software, from which it was possible to define the fields of human activity to be analyzed – the caregivers work field, the health field, and the legal field – through Camlong's (1996) Method of Lexical, Textual and Discursive Analysis, which allowed to visualize the discursive architecture of the texts and compare them with each other. Thus, the object of this study – the manuals written for the caregivers – was qualitatively analyzed through a dialogic-discursive method, a means of knowing social and culturally historical subjects through language (SAMPAIO *et. al.*, 2006), and also through Ergolinguistics, a subject which is based on the confluence of Bakhtin's Dialogical Theory of Language (BAKHTIN, 2003; BRAIT, 2006), and Schwartz's Ergology (1997; 2000b), interested in human activity in situation. The discourse analyses was based on the themes that emerged in each of the fields of human activity as well as the appreciative accents, which allowed to recover the dialogical relations established with the discourse of the Other (BAKHTIN, 2012), amongst them, the caregivers of the elderly. Considering the heterogeneous qualification of the caregivers of the elderly in Brazil and its gap with respect to formal knowledge for the exercise of their activity (PORTO, 2010), we concluded that the manuals written to guide the caregivers of the elderly in their job could form the basis for establishing the previous norms for the caregiver's work, and at the same time they could contribute to define the themes to be included in the training of these workers and the limits of its performance, enabling recognition and regulation of their profession. Therefore, it is necessary that the dialogic-discursive confrontation, raised by the constitutive presence of the Other in its discourse, to be considered in the renormalization of these previous norms.

Keywords: Manuals written for the caregivers of the elderly. Ergolinguistics. Aging. Previous norms. Renormalization.

RESUMÉ

Le vieillissement humain a atteint le Brésil de manière accélérée lors des trente dernières années, fait qui a entraîné la nécessité d'une préparation du pays pour répondre aux demandes découlant de la population âgée en pleine croissance et, parmi elles, la formation de professionnels habilités pour donner assistance aux personnes âgées, professions qui ne sont pas encore réglementées en raison du manque de définition des thèmes qui doivent faire partie de ce travail et des limites d'action de ces travailleurs. A partir de ce constat, dans un travail antérieur (PORTO, 2010), que ces professionnels possèdent une compétence basée sur un héritage historique de leur travail, dans le savoir pratique de leur activité, mais sont dépourvus d'un savoir plus formel en raison de l'absence de normes antécédentes pour le réguler (SCHWARTZ, 1998), cette étude a eu pour objectif d'analyser le discours des manuels écrits pour orienter les assistants pour personnes âgées. Pour cela, trois manuels ont été sélectionnés, deux d'entre eux publiés avec l'aval du Gouvernement Fédéral et un élaboré par une université publique, tous trois étant disponibles sur Internet. En vue de mettre en contraste les données et la réalité du travail des assistants, nous avons réutilisé dans ce travail les entretiens narratifs réalisés auprès de dix assistants pour personnes âgées travaillant dans trois institutions gériatriques de Recife (PORTO, 2010). Le *corpus* discursif pour l'analyse, a donc été dûment préparé pour le traitement statistique dans le programme STABLEX, à partir duquel il a été possible de définir les macro-champs de l'activité humaine à analyser – le champ du travail de l'assistant, le champ de la santé et le champ juridique – à la lumière de la Méthode de l'Analyse Lexicale, Textuelle et Discursive (CAMLONG, 1996), qui a permis de visualiser l'architecture discursive des textes et de les comparer. Ainsi, l'objectif de cette étude – les manuels de l'assistant – a été abordé par la méthode dialogico-discursive de l'analyse de données, une connaissance de nature socioculturelle de sujets historiques, au travers du langage (SAMPAIO *et al.*, 2006), à la lumière de l'Ergolinguistique, discipline constituée sur la base de la confluence entre la Théorie/Analyse Dialogique du Discours (BAKTHIN, 2003 ; BRAIT, 2006), et l'Ergologie (SCHWARTZ, 1997 ; 2000b), consacrée à l'activité humaine en situation. Les discours des manuels de l'assistant ont été analysés à partir des thèmes qui les configuraient dans chacun des champs de l'activité humaine, tout comme pour leurs accents appréciatifs, permettant de récupérer les relations dialogiques qui s'établissaient avec le discours de l'Autre (BAKTHIN, 2012), entre autres, les assistants pour personnes âgées. Prenant en compte la formation hétérogène des assistants pour personnes âgées au Brésil et la lacune en ce qui concerne le savoir formel pour l'exercice de leur activité (PORTO, 2010), on conclut que les manuels de l'assistant pourront servir de base pour établir les normes antécédentes pour le travail de l'assistant pour personnes âgées et, en même temps, pour contribuer à la définition des thèmes qui doivent être inclus dans la formation de ces travailleurs et des limites de leur action, viabilisant la reconnaissance et la réglementation de leur profession. Pour cela, il est nécessaire que les affrontements dialogico-discursifs, suscités par la présence constitutive de l'Autre dans son discours, soient pris en compte dans la renormalisation de ces normes.

MOTS-CLE: Manuel de l'assistant pour personnes âgées. Ergolinguistique. Vieillesse. Normes antécédentes. Renormalisation.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1 – Distribuição da população residente, por grupos de idade, segundo a autoavaliação do estado de saúde – Brasil – 2008.....	42
Gráfico 2 – Percentual de pessoas, na população residente, com declaração de pelo menos um dos doze tipos de doenças crônicas selecionadas, segundo os grupos de idade – Brasil – 2008.....	43
Gráfico 3 – MACRO Manuais.....	113
Gráfico 4 – Peso Lexical dos Hápax em M1, M2 e M3.....	114, 221, 280, 281
Gráfico 5 – MACRO Cuidadores.....	117,124
Gráfico 6 – MACRO Cuidadores – Hápax.....	123,124
Gráfico 7 – Campo do Trabalho do Cuidador.....	129,160,183
Gráfico 8 – Campo do Trabalho do Cuidador sem os cuidados gerais.....	183
Gráfico 9 – Campo da Saúde.....	186,219,224
Gráfico 10 – Campo da Saúde sem os hápax.....	219
Gráfico 11 – Hápax no Campo da Saúde.....	221;281
Gráfico 12 – Cuidados no Campo da Saúde.....	224
Gráfico 13 – Campo Jurídico.....	252
Gráfico 14 – Campo Jurídico sem os Hápax.....	279
Gráfico 15 – Hápax no Campo Jurídico.....	80;281
Gráfico 16 – Hápax no Campo do Trabalho do Cuidador.....	281
Figura 1 – Dispositivo de três polos.....	83
Figura 2 – Escala de Pesos Lexicais.....	93
Figura 3 – TDR <i>Guia Prático do Cuidador</i>	95
Figura 4 – Lematização do Campo do Trabalho do Cuidador nos Manuais.....	95
Figura 5 – Sumário do <i>Manual para Cuidadores de Idosos</i>	130
Figura 6 – Sumário do <i>Manual do Cuidador da Pessoa Idosa</i>	137
Figura 7 – Sumário do <i>Guia Prático do Cuidador</i>	162
Figura 8 – Recorte do Sumário do <i>Guia Prático do Cuidador</i>	175
Figura 9 – ALIMENTAÇÃO E HIDRATAÇÃO.....	196
Figura 10 – MOBILIDADE.....	196
Figura 11 – SAÚDE BUCAL.....	196
Figura 12 – MEDICAMENTOS.....	196
Figura 13 – Cuidados com ileostomia, colostomia e urostomia.....	204
Figura 14 – Uripem.....	205

Figura 15 – Úlcera de pressão/escaras/feridas.....	206
Figura 16 – Recorte do Sumário do <i>Manual do Cuidador da Pessoa Idosa</i>	225
Figura 17 – Novo Recorte do Sumário do <i>Manual do Cuidador da Pessoa Idosa</i> ...	257

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Expectativa de vida e anos de vida saudáveis na população brasileira..	35
Tabela 2 – Desvios Reduzidos de M2.....	113
Tabela 3 – Desvios Reduzidos dos Hápax em M2.....	115
Tabela 4 – Pesos dos Desvios Reduzidos em C1.....	119
Tabela 5 – Desvios Reduzidos em C4 e C7.....	119
Tabela 6 – Desvios Reduzidos em C2 e C5.....	121
Tabela 7 – Desvios Reduzidos dos Hápax em C9.....	125
Tabela 8 – Campo do Trabalho do Cuidador em M3.....	130
Tabela 9 – Campo do Trabalho do Cuidador em M2.....	139
Tabela 10 – Lematização Cuidadores: Campo do Trabalho do Cuidador.....	144
Tabela 11 – Lematização Cuidadores: Peso Lexical no Campo do Trabalho do Cuidador.....	145
Tabela 12 – Campo do Trabalho do Cuidador em M1.....	160
Tabela 13 – Campo do Trabalho do Cuidador em M1, sem os cuidados.....	184
Tabela 14 – Lematização Manuais: Campo da Saúde.....	187
Tabela 15 – Campo da Saúde em M3.....	190
Tabela 16 – Campo da Saúde em M1.....	199
Tabela 17 – Campo da Saúde sem os hápax.....	220
Tabela 18 – Hápax no Campo da Saúde.....	222
Tabela 19 – Hápax no Campo da Saúde, em M2.....	222,234
Tabela 20 – Lematização Manuais: Campo Jurídico.....	252
Tabela 21 – Hápax no Campo Jurídico, em M2.....	282
Tabela 22 – Campo Jurídico em M1.....	284

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
PARTE I	
FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	22
2 REFLEXÕES SOBRE O ENVELHECIMENTO HUMANO.....	23
2.1 O envelhecimento humano enquanto um campo de estudo: um pouco de Antropologia, Ciências Sociais, Psicologia e Ergolinguística	23
2.2 Contextualizando o envelhecimento humano no âmbito da saúde, ou a busca por um cuidado ético com o idoso	33
2.3 Questões sociais e políticas em torno do envelhecimento.....	49
2.4 Um pouco sobre o cuidador de idosos e os manuais do cuidador.....	62
3 A ERGOLINGUÍSTICA	70
3.1 Contextualizando a discussão sobre linguagem e trabalho	71
3.2 A Linguística Aplicada e a Ergolinguística	72
3.3 A Ergolinguística e sua natureza transdisciplinar	76
3.4 Os métodos de autoconfrontação, as instruções do sócia e a entrevista narrativa.....	84
PARTE II	
METODOLOGIA	87
4 METODOLOGIA	88
4.1 Coleta de dados	88
4.1.1 Manuais do Cuidador de Idosos	89
4.1.2 Entrevistas Narrativas.....	89
4.2 Análise quantitativa dos dados	91
4.2.1 O Método Camlong	91
4.2.2 O processamento dos textos no STABLEX	96
4.3 Análise qualitativa de dados: teoria e método dialógico-discursivo	101
PARTE III	
ANÁLISE QUANTIQUALITATIVA DOS DADOS	110
5 MANUAIS DO CUIDADOR DE IDOSOS: UMA ABORDAGEM ERGOLINGUÍSTICA DO ENVELHECIMENTO HUMANO	111
5.1 Campo do Trabalho do Cuidador	128
5.2 Campo da Saúde.....	185
5.3 Campo Jurídico	251
6 CONCLUSÕES	296
REFERÊNCIAS.....	306

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento humano é uma realidade mundial, uma grandiosa conquista da humanidade alcançada pelo aumento da expectativa de vida ao nascer. Do ponto de vista da demografia, envelhecer é sinônimo de viver mais tempo (VERAS, 2004). Para além do aspecto cronológico, esse fenômeno requer uma preparação global para atender as demandas biológicas, psíquicas, socioculturais, políticas e econômicas que o envelhecimento humano acarreta.

No Brasil, a partir da segunda metade do século XX, o perfil demográfico da população sofreu uma acelerada mudança: predominantemente jovem, na década de 1960, a população brasileira deu lugar a 18 milhões de idosos, que representam 12% de sua pirâmide etária na atualidade (IBGE, 2010a). De acordo com a projeção da Organização Mundial de Saúde (2005), o Brasil será composto por 32 milhões de pessoas acima dos 60 anos de idade, em 2025, assumindo o sexto lugar entre os países com maior número de idosos do mundo.

Embora o aumento da expectativa de vida ao nascer tenha sido uma grande conquista da humanidade, isso não garante necessariamente ao idoso viver bem. Aliás, um dos grandes desafios do século XXI é justamente garantir um envelhecimento saudável e com qualidade de vida (VERAS, 2004). Mas, se os países europeus e o Japão, por exemplo, já vinham se preparando para o crescente envelhecimento de sua população, fato que lhes permitiu encarar as demandas provenientes da faixa etária mais avançada com maior preparo social, econômico e estrutural, o mesmo não ocorreu com o Brasil.

Dessa maneira, com o aumento da população de idosos no Brasil, as novas demandas de assistência social e sanitária a esse segmento exigem uma séria reestruturação do sistema de saúde e um preparo geral da população brasileira para lidar com os velhos, nas famílias ou nas instituições geriátricas especializadas. Entre elas, destacam-se a ampliação e melhoria das condições de atendimento das Instituições de Longa Permanência, inclusive através do investimento na formação de cuidadores de idosos e profissionais de saúde, de forma geral, além da discussão sobre que tipos de cuidado são ou deveriam ser prestados aos idosos.

No âmbito acadêmico, o acelerado envelhecimento da população brasileira suscitou um produtivo diálogo inter e multidisciplinar, entre as áreas da Saúde e as

Ciências Humanas e Sociais. No campo de investigação das teorias do discurso e da enunciação, especificamente, a importância da abordagem do envelhecimento, através da linguagem, vem sendo evidenciada nos últimos anos (SILVA SOBRINHO, 2007; SAMPAIO *et. al.*, 2007; PORTO, 2010).

Nesse contexto de pesquisa, a atividade dos cuidadores de idosos chamou a atenção de Porto (2010), por ser uma ocupação que vem ganhando um espaço cada vez maior no mundo do trabalho, razão pela qual, em sua dissertação de mestrado, intitulada *Análise dialógico-discursiva da atividade dos cuidadores de idosos em instituições geriátricas do Recife*, desenvolveu um estudo sobre o trabalho real de cuidadores de idosos em instituições geriátricas do Recife, cujo percentual de idosos, considerando-se sua região metropolitana, chega a 11% (IBGE, 2010a).

Porto (2010) realizou entrevistas narrativas com dez cuidadores de idosos, os quais compuseram seu *corpus* discursivo que, analisado a partir do aporte teórico da Ergolinguística, permitiu observar que esses cuidadores mobilizavam sentidos diversos na sua compreensão ativa e responsiva (BAKHTIN, 2003) acerca do envelhecimento/velhice humanos, evocando, em suas falas, tanto o discurso do Outro – para o qual envelhecimento/velhice são sinônimos de decrepitude –, como contestando esse discurso e atribuindo-lhe novos sentidos, a exemplo do sentido de velhice como uma etapa da vida que necessita de cuidados específicos, mas que não está necessariamente atrelada ao que é descartável, inútil e incapaz. No que concerne ao plano da atividade, esses trabalhadores mostraram uma competência¹ fortemente ligada à herança histórica desse trabalho, ao saber prático da atividade de cuidador, independentemente de terem frequentado cursos de capacitação voltados para esse segmento.

A atividade desses cuidadores de idosos foi marcada por um embate de valores distintos, uma constante negociação entre os procedimentos a serem escolhidos pelos cuidadores diante das *dramáticas do uso de si*, isto é, dos dilemas que surgem no cotidiano da atividade e requerem a gestão dos trabalhadores (SCHWARTZ, 1998), fazendo com que eles vivenciassem as situações singulares de

¹ Competência é tomada aqui no sentido atribuído pelo filósofo e ergologista Yves Schwartz (1998), como sendo complexa e constituída por diversos ingredientes, entre os quais se destacam: a) a capacidade de adequação às normas antecedentes (trabalho prescrito, formal); b) a habilidade que tem de armazenar saberes, a partir do conhecimento prático da atividade; (c) a capacidade de estabelecer a relação entre o primeiro e o segundo ingredientes, aplicando os conhecimentos formais à prática.

maneira sempre diversa, colocando-se como *Seres-Eventos*² em suas próprias existências (BAKHTIN, 2010). Esses embates, então, puderam ser recuperados discursivamente, a partir do estabelecimento de uma relação com o discurso do Outro, que também era constitutivo do próprio cuidador na sua atividade (PORTO, 2010).

O estudo da atividade desses cuidadores de idosos, empreendido por Porto (2010), proporcionou uma nova abordagem nas pesquisas acadêmicas desenvolvidas até então, sobretudo na área da Saúde (SALIBA *et. al.*, 2007), as quais eram, em grande parte, de caráter quantitativo, procurando oferecer subsídios para a elaboração de manuais técnicos para orientação desses trabalhadores. Exemplos dessa iniciativa são: o *Guia Prático do Cuidador* (BRASIL, 2009), lançado pelo Ministério da Saúde; o *Cuidar melhor e evitar a violência: Manual do Cuidador da Pessoa Idosa* (BORN, 2008), elaborado pela Secretaria de Direitos Humanos do Governo Federal e organizado por Tomiko Born (2008), o qual, em alguns capítulos, faz referência a um manual publicado na Espanha, o *Cuando lãs Personas Mayores Necesitan Ayuda: Guía para cuidadores y familiares* (TROCONÍZ; CERRATO; VEIGA, 1997), o *Manual para Cuidadores de Idosos* (TRELHA *et. al.*, 2007), elaborado por uma equipe multidisciplinar da Universidade Estadual de Londrina, no Paraná, entre outros.

Em seu estudo, Porto (2010) demonstrou que os cuidadores de idosos entrevistados apresentaram uma lacuna de caráter formativo, no que se refere àquilo que Schwartz (2000a) designa de trabalho prescrito, ou seja, o patrimônio cultural acumulado sobre o trabalho, as normas antecedentes a serem seguidas na realização do trabalho, as quais pretendem regular a atividade. E é justamente em busca da compreensão do trabalho prescrito para a atividade dos cuidadores de idosos que o presente trabalho se coloca.

Diante da publicação e divulgação dos manuais do cuidador, que têm como objetivo principal orientar os cuidadores de idosos no exercício de seu trabalho, esse material pode ser visto como uma tentativa de constituição do trabalho prescrito para a atividade do cuidador de idosos, a qual, conforme demonstrado anteriormente (PORTO, 2010), ainda apresenta carências com respeito ao saber formal. O estudo

² Para Bakhtin (2010), o homem é entendido como um Ser-Evento, um Ser que se instaura no mundo a partir de seus atos concretos e dinâmicos, e a consciência o apreende como uma ação, evento, e não como um conteúdo.

desses manuais, então, torna-se de extrema importância para a compreensão da própria atividade do cuidador, tendo em vista que a análise ergolinguística desses manuais ajudará a pôr em evidência os sentidos que circulam e baseiam historicamente essa atividade, procurando regulá-la.

Considerando-se, ainda, que o trabalho prescrito é essencial para a formação da competência desses cuidadores, no que concerne à sua capacidade de aprender técnicas e procedimentos generalizáveis, de criar conceitos e prever problemas que possam vir a acontecer na atividade (SCHWARTZ, 1998), capacidade esta que é desenvolvida a partir da apreensão do saber formal, algumas questões podem ser problematizadas:

- a) Qual o papel e quais as finalidades de cada um dos manuais na formação teórica e técnica dos futuros cuidadores de idosos?
- b) Nos manuais do cuidador, quais são os temas de privilégio discursivo e quais os acentos apreciativos que recaem sobre eles?
- c) Quais os sentidos que circulam e baseiam historicamente a atividade do cuidador e com que outros sentidos estabelecem relações dialógicas?
- d) De que forma o discurso dos cuidadores sobre seu próprio trabalho pode reorientar o discurso desses manuais e as ações futuras nessa atividade?

Parte-se da hipótese de que para funcionarem enquanto uma prescrição para o trabalho do cuidador de idosos, os manuais do cuidador precisam ser orientados pelos temas, eventos e problemas do trabalho real dessa atividade, em realizações sócio-historicamente situadas.

Cabe ressaltar que o objeto de estudo dessa pesquisa – os discursos dos manuais do cuidador –, só pode ser compreendido na sua relação com o trabalho real, tendo em vista que a simples oposição entre o prescrito e o real não abarca a complexidade que uma análise do trabalho industrial³ pode aportar (SCHWARTZ, 2000a).

Nesse sentido, o objetivo geral deste trabalho é compreender os discursos dos três manuais do cuidador brasileiros mencionados acima e contrastá-los com aqueles de cuidadores formais de idosos, a fim de evidenciar a constituição do trabalho prescrito para essa atividade humana, considerando-se seus respectivos

³ A noção de *trabalho industrial*, utilizada pela Ergologia, leva em conta que o sujeito gerencia sua atividade, e não simplesmente executa o que está prescrito, e disso deriva a complexidade do trabalho.

contextos sociais de produção e circulação no mundo globalizado e os dados cotejados sobre o tema na literatura.

Os objetivos específicos são os seguintes:

- a) Descrever, interpretar e analisar qual o papel e quais as finalidades de cada um dos manuais na formação teórica e técnica dos futuros cuidadores de idosos;
- b) Identificar, interpretar e analisar quais são os temas de privilégio discursivo e quais os acentos apreciativos que recaem sobre eles nos manuais do cuidador, a fim de discutir como e em que medida eles expressam os saberes, as competências e os valores que devem configurar a atividade dos cuidadores, comparando-os entre si;
- c) Descrever, interpretar e analisar, comparativamente, quais os discursos que circulam e fundamentam historicamente a atividade do cuidador de idosos nos referidos manuais do cuidador e com quais discursos estabelecem relações dialógicas;
- d) Identificar, descrever e interpretar como o discurso no e sobre o trabalho real dos cuidadores pode reorientar o discurso do trabalho prescrito e ações futuras na atividade, comparando os resultados obtidos na análise discursiva do trabalho prescrito, contido nos manuais do cuidador, com aqueles obtidos na literatura.

Em vista disso, o objeto será abordado a partir da perspectiva teórico-metodológica da Ergolinguística, uma disciplina de natureza transdisciplinar, uma vez que seu aporte teórico se constrói na confluência entre a Ergonomia⁴, a Ergologia⁵ (SCHWARTZ, 1998; 2000a;b) e a Linguística, a fim de abranger a complexidade do estudo do trabalho, uma atividade situada em que a linguagem é um “elemento essencial na construção da ação e da significação, na afirmação das identidades profissionais, no planejamento, na coordenação, na negociação das atividades e das tomadas de decisão” (FAÏTA, 2002, p. 47).

Nesse sentido, a linguagem faz emergir os problemas imediatos das situações de trabalho e de sua própria organização, assumindo um lugar privilegiado na compreensão dos trabalhadores em ação e dos sentidos produzidos e mobilizados por eles no campo da atividade humana em que atuam (FEITOSA, 1998; FAÏTA, 2002).

⁴ A Ergonomia é uma disciplina que surgiu em meados do século XX e tem como objeto de estudo a atividade.

⁵ A Ergologia é uma abordagem científica criada pelo filósofo Yves Schwartz, a qual se volta para a compreensão do trabalho humano (atividade) em situação, observando as problemáticas que envolvem a relação entre o trabalho prescrito (patrimônio cultural acumulado sobre o trabalho, transmitido entre as gerações) e o trabalho real (patrimônio vivo das atividades do trabalho).

No âmbito da Ergolinguística, a língua não pode ser pensada em si mesma, mas como parte essencial da comunicação e da constituição dos sujeitos no trabalho. Dessa forma, cabe ao linguista procurar abranger, em seu estudo, tanto a complexidade da atividade estudada, quanto os textos que circulam nesse campo, assumindo uma “atitude dialógica” em relação aos textos, aos trabalhadores e aos pesquisadores, conforme esclarecem França, Di Fanti e Vieira:

A análise da atividade, sob a perspectiva da linguagem, exige que os pontos de vista sejam ampliados, o que diz respeito tanto ao objeto quanto à postura do lingüista. Suas conclusões [de Faïta⁶] apontam também para a necessidade de uma ‘atitude dialógica’, com destaque para o fato de o lingüista ser o profissional que está em condições de apreender os movimentos discursivos no âmbito de um diálogo instaurado entre trabalhadores e pesquisadores (FRANÇA; DI FANTI; VIEIRA, 2005, p. 7).

Trata-se de uma postura que é movida pela intenção de compreender o mundo do trabalho, a fim de contribuir significativamente para transformá-lo (FAÏTA, 2005), auxiliando os trabalhadores a resolverem possíveis problemas, a partir da reflexão possibilitada pela análise dialógica do discurso. Tendo em vista que essa atitude dialógica já foi tomada em trabalho anterior (PORTO, 2010), torna-se importante, agora, analisar a atividade dos cuidadores de idosos sob outro prisma: o prisma dos manuais, escritos para os cuidadores, mas não por cuidadores.

Ademais, será possível estabelecer o diálogo entre os discursos dos manuais e o trabalho real dos cuidadores, para que se possa compreender, de forma ampliada, a constituição da atividade do cuidador de idosos e os discursos que circulam a respeito dela. A partir dessa compreensão, então, torna-se admissível repensar a própria constituição dos manuais do cuidador enquanto o trabalho prescrito para essa atividade e, conseqüentemente, o cumprimento de sua função social, que é a de oferecer um suporte teórico e técnico para o cuidador exercer sua atividade de forma competente.

A organização deste trabalho foi feita em três partes, além desta introdução: a fundamentação teórica (capítulos 2 e 3); a metodologia (capítulo 4) e a análise quantiquantitativa dos dados (capítulo 5), detalhadas a seguir.

Em se tratando de um estudo de natureza transdisciplinar, que pode contribuir tanto para a Linguística quanto para a área da Saúde, considerou-se importante

⁶ As autoras estão se referindo às conclusões de Daniel Faïta (2005), daí a necessidade de inserir seu nome na citação.

situar, no segundo capítulo, o tema do envelhecimento humano no mundo e no Brasil, em que se contextualiza a produção dos manuais do cuidador. Dessa forma, são apresentados os paradigmas contemporâneos sobre o desenvolvimento humano e os diversos enfoques dados ao envelhecimento (biológico, sociológico etc.), além dos aspectos políticos e sociais em torno da questão. Em seguida, o envelhecimento é discutido enquanto objeto de estudo e campo de intervenção, apresentando-se a produção científica mais recente na área. Por fim, é apresentado o trabalho do cuidador de idosos e sua importância no atual cenário demográfico brasileiro.

O terceiro capítulo deste trabalho é dedicado à Ergolinguística, disciplina que fundamenta o ponto de vista aqui adotado, mais precisamente, pautado na confluência entre a Ergologia e Linguística, a qual se dá com base na Teoria Dialógica bakhtiniana. Inicialmente, situa-se a discussão sobre linguagem e trabalho, através de um percurso desde os estudos sobre o trabalho, empreendidos na perspectiva da Ergonomia, que separava o trabalho prescrito do trabalho real, passando pelo surgimento da Ergologia, segundo a qual o trabalho prescrito é constantemente renormatizado pelo trabalho real (SCHWARTZ, 1998). Em seguida, faz-se uma breve exposição histórica sobre o desenvolvimento da Linguística Aplicada no século XX, a partir da qual surgiu a Ergolinguística, uma disciplina com teoria e métodos próprios, entre eles, os métodos de autoconfrontação (CLOT, 1997), a entrevista narrativa (PORTO, 2010) e o método dialógico-discursivo de análise de dados, oriundo da obra de Bakhtin e seu Círculo (BAKHTIN, 2003; BRAIT *et. al.*, 2006).

Na segunda parte deste trabalho, considerou-se oportuno dedicar o quarto capítulo exclusivamente à metodologia adotada neste estudo, a qual contextualiza a pesquisa e descreve os instrumentos utilizados na coleta dos dados, com seus respectivos procedimentos de pesquisa e o *corpus* discursivo analisado.

Em se tratando de um estudo de natureza quantiquantitativa, elegeu-se o Método de Análise Lexical, Textual e Discursiva do professor André Camlong (CAMLONG, 1996) para proceder à análise quantitativa dos dados processados no programa computacional STABLEX, que permite visualizar a arquitetura discursiva dos textos, proporcionada pela apreciação do léxico, do texto e do discurso em cada manual e das entrevistas com os cuidadores de idosos, sendo possível compará-los entre si. Além disso, o capítulo 4 explicita o método dialógico-discursivo e suas

categorias de análise, revisitando a Teoria/Análise Dialógica do Discurso a partir do projeto filosófico de Bakhtin (2003; 2010).

A terceira e última parte deste trabalho é dedicada à análise quantiqualitativa dos manuais do cuidador, sobretudo no que condiz aos temas e aos acentos apreciativos que recaem sobre eles.

O capítulo 5 é subdividido em três campos da atividade humana: o campo do trabalho do cuidador; o campo da saúde e o campo jurídico. Cada um desses campos recebeu essa denominação por conter eixos temáticos comuns aos três manuais analisados, de forma que se torna possível compará-los entre si, no que condiz à finalidade de cada um e à sua construção discursiva, que pode ser desvelada através do método dialógico-discursivo de análise de dados. A fim de possibilitar a compreensão dos sentidos suscitados pela análise discursiva dos manuais, os cuidadores de idosos, entrevistados em trabalho anterior (PORTO, 2010), são chamados a dialogar com esse material, e este embate discursivo permite refletir sobre de que maneira o trabalho real pode reorientar o trabalho prescrito e ações futuras na atividade.

Enfim, sem a pretensão de esgotar o conhecimento sobre os manuais do cuidador, este estudo constitui-se, antes, como uma tentativa de dar continuidade ao diálogo estabelecido com os cuidadores de idosos, iniciado anteriormente, para fazer conhecer essa nova profissão que se estabelece, cada vez mais, no mercado de trabalho, mediante a situação de envelhecimento demográfico no Brasil. Ainda, trata-se de uma tentativa de demonstrar como a Ergolinguística pode contribuir de forma significativa para a discussão sobre um tema social, oferecendo subsídios para compreendê-lo.

PARTE I

Fundamentação Teórica

2 REFLEXÕES SOBRE O ENVELHECIMENTO HUMANO

2.1 O envelhecimento humano enquanto um campo de estudo: um pouco de Antropologia, Ciências Sociais, Psicologia e Ergolinguística

Do ponto de vista demográfico, envelhecer equivale a viver por mais tempo, e é fato incontestável que a humanidade conquistou a velhice em toda a esfera global, sobretudo pelos visíveis avanços tecnológicos e médicos na área da saúde. Por outro lado, a conquista da velhice não traduz um progresso genético da espécie humana, visto que, como qualquer outra espécie, também o homem tem uma perspectiva máxima de anos para viver:

Embora exista uma mitologia em relação às possibilidades de prolongamento da vida humana baseadas em tecnologias geradas pela pesquisa científica, na realidade, há um limite genético-biológico para a expectativa de vida por ocasião do nascimento. A demografia oferece evidências sobre a perspectiva atual de duração máxima da vida humana. A observação das curvas populacionais mostra que, na Suécia, na Inglaterra, no País de Gales e na França, países industrializados em que as populações já atingiram elevado nível de bem-estar, a expectativa de vida de homens e mulheres aumentou muito pouco nos últimos 130 anos (NERI, 2008, p. 21).

Assim, o envelhecimento humano pode ser explicado pela associação de três fatores: diminuição das taxas de fecundidade, redução do número de mortes por doenças infecciosas na faixa etária adulta e o conseqüente aumento da expectativa de vida na velhice. Constata-se, portanto, que as pessoas estão vivendo mais e, além disso, que há maior número de pessoas que se mantêm vivas entre os 80 e os 100 anos de idade (NERI, 2008).

Por outro lado, o envelhecimento não pode ser tomado como um processo homogêneo, uma vez que:

Cada pessoa vivencia essa fase da vida de uma forma, considerando sua história particular e todos os aspectos estruturais (classe, gênero, etnia) a eles relacionados, como saúde, educação e condições econômicas (MINAYO; COIMBRA Jr., 2004, p. 14, grifo nosso).

Apesar de destacarem a subjetividade na forma de vivenciar o envelhecimento – que envolve a saúde, educação e condições econômicas de cada

ser humano – ao tomá-lo como uma “fase da vida”, Minayo⁷ e Coimbra Jr.⁸ parecem remeter à ideia de velhice enquanto uma etapa do desenvolvimento da vida humana, em contraposição à infância, à adolescência e à fase adulta, conforme se percebe através do trecho em negrito acima.

Nesse sentido, o conceito de velhice pode ser interpretado como um ciclo de vida, termo consagrado na Psicologia por Erikson, na década de 1950, cuja teoria epigenética do desenvolvimento define a vida enquanto um ciclo composto por estágios⁹ que se desdobram sucessivamente. Por essa ótica, os estágios mais avançados estão contidos nos anteriores, de forma que as experiências conflituosas vividas por alguém na adolescência vão culminar na sabedoria da velhice, a depender das condições socioculturais dos indivíduos.

A teoria de ciclo de vida de Erikson representa dois avanços em relação às teorias clássicas do desenvolvimento. Um foi a consideração da vida humana em toda a sua extensão, uma vez que ele adiciona aos estágios da teoria freudiana – seu ponto de origem – mais quatro correspondentes à vida adulta e à velhice. O outro avanço consistiu na proposição de que as influências socioculturais contextualizam a manifestação e a resolução das crises evolutivas do ciclo de vida. Da tensão que se cria entre forças contraditórias irradiadas pelos pólos dessas crises, originam-se qualidades do ego. As idades representam ciclos; também a vida humana, uma vez completa, representa um ciclo, e a recorrência das crises já resolvidas em outros momentos do desenvolvimento tem, na teoria de Erikson, o sentido de ciclo (NERI, 2008, p. 13).

A definição de envelhecimento de Minayo e Coimbra Jr. (2004), portanto, suscita uma aparente contradição: se os autores defendem a maneira subjetiva de vivenciar o envelhecimento, como é possível que essa subjetividade tenha idade

⁷ Maria Cecília de Souza Minayo é socióloga, antropóloga e sanitarista, editora da revista *Ciência & Saúde Coletiva*, da Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva.

⁸ Carlos E. A. Coimbra Jr. é PhD em Antropologia pela Universidade de Indiana (EUA) e editor da revista *Cadernos de Saúde Pública*.

⁹ Na visão de Erikson, o ser humano possui oito idades, sendo que cada uma delas é marcada por um conflito do ego, cuja resolução – que depende tanto das condições psicológicas individuais provenientes de estágios anteriores, quanto das influências socioculturais – marca a passagem para outro estágio do desenvolvimento: a fase bebê é marcada pelo conflito confiança x desconfiança, e o valor daí emergente é a esperança; a infância inicial é a etapa em que entram em conflito a autonomia x vergonha e dúvida, a qual é marcada pelo valor do domínio; em seguida, vem a idade do brinquedo, em que o conflito se dá entre iniciativa x culpa, e o valor emergente é o propósito; depois, a idade escolar, em que o sujeito põe em embate trabalho x inferioridade, despertando o valor de competência; após isso, vem a adolescência, em que o conflito se dá entre identidade x confusão de papéis, fazendo emergir o valor de fidelidade; mais adiante, chega a idade adulta, marcada pelo conflito intimidade x isolamento, sendo que o valor emergente dessa fase é o amor; mais adiante, chega a maturidade, fase marcada pelo conflito geratividade x estagnação e pelo valor do cuidado e, por fim, a velhice, em que se dá o conflito entre integridade x desespero, e o valor emergente é a sabedoria. Para maiores detalhes, consultar Erikson *et. al.* (1986) e Neri (2008).

marcada para começar a aparecer? Será que o ser humano não pode estar velho antes do tempo, ou demorar a sentir-se velho? Essas questões levam a outras: o verbo correto para expressar a velhice em língua portuguesa seria o ser ou o estar? E o que é ser ou estar velho?¹⁰

Esses mesmos autores, ao avançarem na discussão do tema, vão ressaltar a necessidade de “desnaturalizar o fenômeno da velhice e considerá-la como uma categoria social e culturalmente construída” (MINAYO; COIMBRA Jr., 2004, p. 14), em consonância com a visão de Veras¹¹ (1994, p. 25), para quem a velhice “é um termo impreciso” e “nada flutua mais do que os limites da velhice em termos de complexidade fisiológica, psicológica e social”.

A aparente contradição entre adotar a perspectiva do ciclo de vida para pensar o envelhecimento humano e a necessidade de desnaturalizá-lo (ou, por que não, de socializá-lo) pode ser explicada mediante a dificuldade inerente à própria definição do envelhecimento e velhice humanos. Afinal, se não é adotada inicialmente essa definição biológica, cronológica, ou natural do envelhecimento/velhice, de onde partir para tentar explicar esse complexo e multifacetado fenômeno?

Na visão de Veras (2004, p. 04), apesar da definição cronológica de idoso como todo indivíduo que ultrapassa os 60 anos de idade, este não pode ser o único critério para caracterizar alguém como uma pessoa idosa, uma vez que no segmento dos idosos “estão incluídos indivíduos diferenciados entre si, tanto do ponto de vista sócio-econômico como demográfico e epidemiológico”.

Ainda, na ótica das ciências sociais, Coutrim afirma que a velhice:

Não pode ser interpretada pelas ciências sociais como uma categoria única, abstrata, desprovida de pressupostos econômicos, sociais e históricos. [...] Nas sociedades contemporâneas convivem lado a lado as diversas velhices: A velhice dos pobres, dos ricos, das camadas médias, dos inválidos, dos que mantêm sua autonomia, do trabalho e a do lazer, a rural e a urbana, a excluída e a inserida na luta pelos direitos, a de homens e a das mulheres, dos asilados e dos chefes de domicílio, e assim por diante. Por isso, o ideal seria não se falar a respeito da velhice, mas sim a respeito *das velhices* (COUTRIM, 2010, p. 49).

¹⁰ Em outras línguas-irmãs, como o castelhano e o italiano, é empregado o verbo ser: *soy viejo* (verbo SER) e *io sono vecchio* (verbo ESSERE); na língua francesa, bem como no inglês, não há distinção entre os verbos ser e estar: *je suis vieux* (verbo être) e *I am old* (verbo to be).

¹¹ Renato Veras é médico, presidente da Universidade Aberta da Terceira Idade do Rio de Janeiro (UnaTi/UERJ) e professor titular da UERJ.

Também na Psicologia do Desenvolvimento, mais especificamente, nos paradigmas do curso de vida e do *life-span*, consideram-se os estágios ou etapas da vida no desenvolvimento humano. Embora influenciadas por Erikson (1950) no que diz respeito à ideia de vida enquanto uma extensão no tempo, tais paradigmas não admitem, todavia, que o desenvolvimento seja organizado pelos estágios no ciclo de vida:

Entre as diferenças quanto ao uso dos três termos, a essencial é que, diferentemente da perspectiva do ciclo de vida, as perspectivas de curso de vida e *life-span* não adotam o critério de estágios como princípio organizador do desenvolvimento, muito embora admitam que a vida seja efetivamente demarcada no tempo (NERI, 2008, p. 11-12).

Em outras palavras, o paradigma do curso de vida preocupa-se com a interrelação entre o desenvolvimento individual, familiar e social ao longo do tempo de vida, afinal o indivíduo é constituído e influenciado pelas três instâncias no tempo.

A essência do modelo reside na análise do impacto da sincronia ou da assincronia entre o tempo individual, o tempo familiar e o tempo histórico sobre o desenvolvimento individual. Ocorrências históricas de grande impacto – como a Grande Depressão de 1929, a Segunda Guerra Mundial e o Holocausto – deram origem a pesquisas clássicas nesse paradigma, mostrando como as trajetórias de vida individual e de diferentes grupos de idade convivem num mesmo momento histórico podem ser diferentes das de indivíduos e grupos que tiveram suas vidas demarcadas por outros eventos (ELDER, 1995 *apud* NERI, 2008, p. 15).

O paradigma do curso de vida chegou à Gerontologia através da teoria de estruturação etária, segundo a qual a exibição de comportamentos, o desempenho de certos papéis sociais e a ocupação de lugares em determinada estrutura social são os fatores que determinam o pertencimento de um indivíduo a certo estrato etário (RILEY, JOHNSON, FONER, 1972). Dessa forma, a idade é compreendida como um conceito social, e não biológico ou psicológico:

Infância, adolescência, vida adulta e velhice são fases construídas socialmente, por meio de normas reguladoras que determinam as exigências e as oportunidades de cada segmento etário na ordem social (NERI, 2008, p. 17).

É preciso salientar, ainda, que essas normas reguladoras da idade mudam ao longo do tempo e variam entre sociedades. Há alguns anos, por exemplo, a infância, no Brasil, ia do nascimento até por volta dos 13 ou 14 anos, quando se dava a

puberdade e a conseqüente orientação para o desenvolvimento da sexualidade; hoje em dia, o limite entre infância e adolescência pode ser considerado bem mais fluido, devido à banalização da sexualidade. A vida adulta, por sua vez, é caracterizada pelo ideal capitalista da produtividade – afinal essa faixa etária é a mais produtiva no mercado de trabalho – enquanto que a velhice é a faixa etária da aposentadoria, não obstante também os limites entre essas faixas etárias sejam flexíveis, o que, segundo Neugarten (1990), marca a sociedade pós-moderna, caracterizada pela noção de idade como algo irrelevante. Na visão de Neri, isso se dá:

Graças à interveniência de técnicas de prolongamento da juventude, à disseminação de novos valores relativos à sexualidade das pessoas mais velhas, ao sistema de bem-estar social que discrimina menos os cidadãos idosos, às mudanças tecnológicas no trabalho, à possibilidade de adiamento da aposentadoria, ou de flexibilização do critério etário para atingi-la, e às mudanças nas relações entre a vida produtiva e o lazer (NERI, 2008, p. 17-18).

Com respeito à contribuição para os estudos da velhice, a teoria da estruturação etária propõe, ainda, o conceito de descontinuidade estrutural, que ocorre quando uma sociedade não é capaz de garantir ao segmento idoso ativo papéis sociais que favoreçam o engajamento social, tampouco de lhe oferecer as mesmas oportunidades e gratificações sociais a que têm direito outros estratos etários (RILEY; KAHN, FONER, 1995). No Brasil, isso se traduz, por exemplo, como um sistema de saúde ainda despreparado para o cuidado do idoso a longo prazo, conforme será discutido no item 2.2. Em outros termos, para a maioria dos brasileiros, “a idade é um fato ainda muito relevante, porque significa redução de oportunidades de acesso aos já escassos bens sociais” (NERI, 2008, p. 18).

Outro paradigma mencionado, na Psicologia do Desenvolvimento, é o do *life-span*¹². O termo *life-span* é equivalente à extensão ou abrangência, seja da vida toda, ou de um determinado período dela, porém, à semelhança do paradigma do curso de vida, não adota o critério de estágios para delimitar o desenvolvimento humano:

¹² A opção de Neri (2008) em conservar o termo em inglês se deu para que não houvesse confusão terminológica com os significados para essa expressão na biodemografia, cujas palavras mais utilizadas em português são: longevidade, duração de vida e expectativa de vida; ou na biologia, cuja tradução para *life-span* é: extensão de vida individual.

A idade cronológica é vista como variável relevante, já que é indicadora dos eventos do desenvolvimento, usualmente registrados no tempo. Porém, longe de ser considerada uma causa, ela é vista como elemento organizador na pesquisa sobre o desenvolvimento (NERI, 2008, p. 22).

Na esteira do paradigma de *life-span*, Baltes (1987;1997) apresenta uma série de proposições teóricas acerca dos processos de desenvolvimento e envelhecimento durante o curso de vida, entre os quais, destacam-se os seguintes:

- **Os critérios adotados para o início dos eventos que marcam as diversas fases do ciclo de vida dependem de parâmetros sociais**, em consonância com os critérios propostos por várias disciplinas científicas que estudam o desenvolvimento, como a psicologia, as ciências sociais e a biologia.
- **A idade cronológica, em quaisquer dessas disciplinas, não é vista como a causa do desenvolvimento ou do envelhecimento.** Os pesquisadores defendem que a idade é uma variável importante para indicar os processos de desenvolvimento e envelhecimento, os quais são registrados e descritos na escala do tempo, de maneira que este se torna um ponto de referência e um elemento de organização, e não um fator condicionante.
- **Do ponto de vista ontogenético, o desenvolvimento se estende por toda a vida e é marcado por mudanças genéticas, biológicas e influenciado por fatores socioculturais.** Tanto na infância inicial quanto na velhice avançada, os processos genéticos e biológicos se sobressaem na regulação do desenvolvimento, apresentando potencialidades e limites para o funcionamento do indivíduo. A influência conjunta desses fatores, durante o desenvolvimento, é determinante para a emergência da diferenciação e da heterogeneidade entre os indivíduos, as quais tendem a cair diante das doenças crônicas e incapacitantes, responsáveis por caracterizar o envelhecimento patológico.
- Há vários padrões de envelhecimento que são dificilmente observáveis em estado puro. **Classificar o envelhecimento como ótimo, normal ou patológico é apenas uma forma de categorizá-lo, a fim de compreendê-lo na pesquisa científica.** A velhice ótima, por exemplo, é fruto de um ideal sociocultural de qualidade de vida, baixos índices de incapacidade e doenças, excelente funcionalidade físico e mental e postura engajada na vida.
- **Devido às influências genéticas e biológicas, o desenvolvimento é visto como um processo finito**, de forma que, na velhice, o indivíduo depende, cada vez mais, dos recursos da cultura e, em contrapartida, responde cada vez menos às suas influências.

- **O potencial de desenvolvimento na velhice depende das condições culturais e históricas às quais o indivíduo foi exposto ao longo de seu curso de vida.**
- **O desenvolvimento é um processo multidirecional, ou seja, não é marcado por processos isolados de crescimento e declínio,** é por isso que um idoso pode ser atingido por lapsos de memória operacional, mas manter íntegra a sua memória declarativa, ou, conforme observado em estudo anterior (SAMPAIO *et al.*, 2007), os idosos podem ter dificuldade com a memória recente, mas mostrarem-se íntegros com respeito à memória viva, capaz de criar e recriar histórias, em busca da ressignificação de suas vidas.
- **As idades têm diferentes dinâmicas de desenvolvimento.** Nesse sentido, o adulto não é sinônimo de desenvolvimento, tampouco o velho é sinônimo de declínio: motivações sociais suscitam a ideia de que o desenvolvimento converge para a vida adulta, porquanto esta deve ser a fase ativa, competente e produtiva do indivíduo socialmente desejável, que serve ao sistema capitalista com sua mão-de-obra; nesse contexto, a velhice, supostamente inativa, incompetente e improdutiva, deve ser tratada como um problema social.
- Por fim, diante da multiplicidade de fatores exposta acima, **o estudo do desenvolvimento e do envelhecimento humanos deve ser feito a partir da contribuição de várias disciplinas,** dentre as quais a psicologia, as ciências sociais e a biologia têm contribuído substancialmente.

Em suma, pode-se afirmar que os estágios de desenvolvimento humano, segundo a Psicologia do Desenvolvimento atual, não devem ser vistos como de origem ontogenética, mas sociogenética:

Isto é, a sociedade constrói cursos de vida na medida em que prescreve expectativas e normas de comportamentos apropriados para as diferentes faixas etárias diante de eventos marcadores de natureza biológica e social, e na medida em que essas normas são internalizadas pelas pessoas e instituições sociais (NERI, 2008, p. 19).

Os paradigmas de ciclo de vida, curso de vida e *life-span* foram brevemente expostos aqui para demonstrar que, na área da saúde, ou no campo das ciências sociais, é consensual que o envelhecimento humano é um fenômeno de difícil definição e tratamento e que, por isso, sua abordagem requer a consideração dos diversos ângulos a partir dos quais as velhices se constituem em dado contexto histórico.

O envelhecimento humano acarreta demandas biológicas, psíquicas, socioculturais, políticas e econômicas para uma sociedade. Assim, o estudo sobre envelhecimento humano deve considerá-lo como complexo e multifacetado, apesar de os recortes permitidos e necessários a qualquer trabalho científico direcionarem sua abordagem para um ou outro caminho, o que não deve invalidar sua contribuição para a compreensão do fenômeno como um todo.

Não raro, o envelhecimento humano é tratado num emaranhado interdisciplinar que procure dar conta simultaneamente de mais de uma de suas faces. Em diversos países onde a Gerontologia tem grande força, há um real esforço dos pesquisadores para empreender projetos de pesquisa interdisciplinares e multidisciplinares na área (NERI, 2008), inclusive no que se refere à linguagem.

A linguagem, aliás, talvez seja uma das mais preponderantes características para distinguir o ser humano dos demais seres vivos: quando passa a ser visto enquanto um ser social, o homem inegavelmente assume o papel de ser de linguagem, que fala, negocia, discute, estabelece regras, organiza-se, expressa sentimentos, refere-se à própria linguagem, comunica-se com seus pares, extrapolando os limites entre o tempo, o espaço, o real e fictício e, por fim, um ser que age sobre os outros e sobre o mundo.

Ora, se a linguagem organiza as relações sociais, conseqüentemente toda questão social é também uma questão de linguagem, logo qualquer questão social pode ser abordada a partir da linguagem, embora nem toda Linguística¹³ se ocupe das questões sociais. Ao conceber a linguagem como central na compreensão da atividade humana, a Ergolinguística, conforme será demonstrado no capítulo 3, parte da ideia de que linguagem, atividade humana e contexto social em que essa atividade se desenvolve são indissociáveis.

Assim, esta pesquisa, além de abordar o envelhecimento e a velhice na interface de diferentes disciplinas, elege uma nova disciplina – a Ergolinguística¹⁴ – como foco adequado e necessário para a abordagem de um problema sociocultural

¹³ Há várias linhas da Linguística que se debruçam sobre o funcionamento interno das estruturas da língua e fazem parte do chamado núcleo duro da Linguística. A partir da segunda metade do século XX, por influência da Pragmática, outros interesses assumiram papel central na ciência linguística: o social, a interação verbal, o discurso etc. Para uma breve história do percurso da Linguística, consultar Marcuschi (2008), Weedwood (2003) e Fiorin (2013).

¹⁴ A Ergolinguística é uma disciplina nova no âmbito da Linguística e se preocupa com a abordagem do trabalho através da linguagem, propondo um referencial teórico e uma metodologia próprios. Uma vez que fundamenta teórico e metodologicamente este trabalho, ela será detalhadamente exposta no capítulo 3.

concreto e complexo, decorrente do envelhecimento humano: o cuidado com os idosos a partir da perspectiva do trabalho como atividade humana, mediada, organizada e gerida, inevitavelmente, pela linguagem. Neste âmbito, a atividade humana é vista como um espaço de negociação, via linguagem, entre normas antecedentes que deveriam regulá-la e sua execução por parte de trabalhadores que ali empregam sua subjetividade, ao gerirem suas tarefas fazendo usos de si mesmos, criando oportunidades para uma constante renormatização do trabalho prescrito, caracterizando aquilo que Schwartz (1998) designa de trabalho real.

A Ergolinguística emerge num cenário em que a Linguística tenta superar seus próprios limites teóricos, compreendendo seu objeto de estudo, a língua, enquanto uma atividade humana central na organização e realização de muitas outras atividades humanas. A Ergolinguística assume, pois, a premissa bakhtiniana de uma Translinguística, cujo objeto de estudo se centra nas relações dialógicas que se estabelecem entre os homens nos diversos campos da atividade humana (BAKHTIN, 2003).

Além disso, desde que o envelhecimento humano é uma realidade mundial, fala-se sobre ele, discutem-se as demandas deste novo segmento populacional, propõem-se soluções para os problemas atuais e vindouros, enfim, circulam discursos sobre o tema. Estes constroem socialmente visões de mundo acerca de como se pensa o envelhecimento global e localmente, de quais os impactos do acelerado envelhecimento populacional numa sociedade, do ponto de vista social, da saúde pública, ou do trabalho, entre outras questões que ganham especial relevância no âmbito da Análise Dialógica do Discurso, pautada nos escritos de Bakhtin e seu Círculo (BRAIT, 2006), através da qual os discursos são vistos como constitutivos do próprio homem em constante interação com outros homens.

Na abordagem da Ergolinguística, o envelhecimento humano pode ser definido como toda e qualquer manifestação discursiva acerca de um fenômeno social advindo do desenvolvimento cronológico do ser humano, mas não restrito a ele, tendo em vista a importância de se considerar onde se envelhece, como se envelhece, quem envelhece e, enfim, como o envelhecimento é expresso via discurso no âmbito do trabalho.

Ser-velho ou Estar-velho significa inscrever-se no Ser-Evento¹⁵ da existência humana, assumindo a responsabilidade desse ato concreto perante o Outro. Falar sobre o velho, ou sobre o envelhecimento é também inscrever-se enquanto Ser-Evento, uma vez que o ato concreto é também ato de linguagem (BAKHTIN, 2010). Todo o ato de linguagem sobre o envelhecimento, portanto, seja da perspectiva do Ser-Velho ou Estar-Velho, seja da ótica de quem fala sobre ele ou de seu entorno, deverá interessar à Ergolinguística, na medida em que é imprescindível falar sobre o contexto em que o fenômeno do envelhecimento ocorre e construir sentidos acerca desse fenômeno, para tratar das atividades humanas dele decorrentes e que nele se desenvolvem.

Nesse sentido, compreender o envelhecimento humano através da linguagem é abrir espaço para entender que:

Cada palavra se apresenta como uma arena em miniatura onde se entrecruzam e lutam os valores sociais de orientação contraditória. A palavra revela-se, no momento de sua expressão, como o produto da interação viva das forças sociais (BAKHTIN/VOLOCHÍNOV, 2012, p. 67).

Este trabalho se centra, pois, na tentativa de compreender os discursos que circulam no mundo do trabalho dos cuidadores de idosos, fazendo emergir suas lacunas, que são constitutivas de qualquer atividade humana. Com o envelhecimento progressivo da população mundial, o cuidador de idosos chega ao mercado de trabalho brasileiro para preencher uma demanda crescente por serviços de saúde, a fim de combater a falta de recursos e de qualidade no enfrentamento dessa nova e acelerada realidade demográfica no Brasil, conforme será apresentado ao longo deste capítulo.

Dessa maneira, também este trabalho, uma vez findado, constituir-se-á como uma discursivização do envelhecimento humano, mas agora a partir de um ponto de

¹⁵ Ao propor sua Filosofia Primeira, Bakhtin (2010) entende que o homem é um Ser-Evento, um Ser que se instaura no mundo a partir de seus atos concretos e dinâmicos, inclusive os atos de linguagem. Uma vez que a consciência o apreende como uma ação, evento, o Ser-Evento jamais pode ser visto como um conteúdo, assujeitado, inconsciente. Dessa maneira, é possível afirmar que Bakhtin propõe uma visão de sujeito bastante diversa daquela proposta pela Análise do Discurso na linha pècheutiana em seus primeiros escritos, de 1969, (PÉCHEUX, 1993), a qual adota o sujeito afetado ideologicamente e clivado pelo inconsciente. Para Bakhtin, o sujeito é consciente de seus atos concretos, mas nem por isso deixa de ser um sujeito ideológico, porquanto é um sujeito social. Para uma discussão mais aprofundada sobre a questão do sujeito nas diferentes linhas de análise do discurso, consultar Porto e Sampaio (2012).

vista ainda pouco comum na discussão sobre o tema, o qual almeja a inscrever-se neste diálogo: o ponto de vista da Ergolinguística.

2.2 Contextualizando o envelhecimento humano no âmbito da saúde, ou a busca por um cuidado ético com o idoso

Na segunda metade do século XX, a expectativa de vida ao nascer, no mundo, subiu 19 anos. Para se ter uma ideia, nos anos 2000, a proporção de pessoas acima dos 60 anos de idade – faixa etária que marca biologicamente a transição para a velhice¹⁶ – era de uma para cada dez. Prevê-se que essa proporção cresça de um idoso para cada três pessoas nos países desenvolvidos e, nos países em desenvolvimento, de um idoso para cada cinco pessoas em 2050, quando a população idosa também será constituída pelas faixas etárias mais elevadas, aumentando em quinze vezes o número de centenários no mundo (ANDREWS, 2000).

É fato inegável que a humanidade conquistou o direito de envelhecer, sobretudo a partir dos progressos na área da saúde, através do desenvolvimento científico e tecnológico dos tratamentos medicamentosos, do combate ao tabagismo e ao alcoolismo, além do investimento em campanhas de prevenção e higiene (CÂMARA; SILVA, 2013).

Em uma reflexão sobre os resultados do projeto *Global Burden Disease Study 2010*, acerca da saúde da população mundial, Câmara¹⁷ e Silva¹⁸ apontam para a evidência dos avanços na área da saúde pública ao redor do mundo:

A Saúde Pública mundial, especialmente nos países desenvolvidos, venceu as doenças infecciosas com a moderna quimioterapia e tecnologias de saúde. O freio na mortalidade por doenças infecciosas causa principal de mortalidade na faixa que ia da infantil ao adulto jovem, aliada a melhorias de saneamento ambiental e doméstico, e a redução de mortalidade infantil pelos programas de vacinação e nutrição, elevou as taxas de expectativa

¹⁶ Conforme foi discutido, definir o envelhecimento/velhice não é tarefa simples e, quase sempre, opta-se por embasar essa definição a partir do critério biológico, uma vez que é preciso partir de algum lugar. Por outro lado, é preciso ponderar sobre o peso que o fator biológico possa assumir em qualquer definição sobre o envelhecimento/velhice, uma vez que se trata de um fenômeno complexo, e a redução a qualquer um dos critérios pode levar a uma simplificação de sua complexidade inerente.

¹⁷ Professor associado da UFRJ, coordenador do departamento de informática da Associação Brasileira de Psiquiatria.

¹⁸ Psiquiatra da Secretaria de Saúde do Distrito Federal, com doutoramento em Bioética, presidente da Associação Brasileira de Psiquiatria.

média de vida e colocou no foco doenças cuja carga era ofuscada pelas taxas de morbidade¹⁹ e mortalidade por infecções e acidentes: **as doenças crônicas e degenerativas, males que afetam seriamente a qualidade de vida sem, contudo, levar à morte imediata** (CÂMARA; SILVA, 2013, p. 44, grifo nosso).

Uma das consequências diretas do envelhecimento humano é, então, a mudança no perfil epidemiológico da população mundial: os altos índices de mortalidade provocados outrora por doenças infecciosas reduziram, aumentando a expectativa de vida e, conseqüentemente, o aparecimento de doenças crônicas²⁰ e degenerativas.

Se, por um lado, é evidente que as pessoas estão vivendo mais, por outro, o envelhecimento humano só pode ser encarado como uma conquista na medida em que for acompanhado de qualidade de vida na velhice, independentemente do país em questão, já que também nos países em desenvolvimento vive-se mais tempo. É preciso ressaltar, no entanto, que a medicina tem lançado meios que prolongam a doença, elevando o percentual de pessoas incapacitadas e com doenças crônicas, sem promover necessariamente uma qualidade de vida, de forma que a busca por essa qualidade de vida na velhice passa a ser um dos maiores desafios da atualidade (VERAS, 2009).

No Brasil, a realidade do envelhecimento é recente, caracterizada pela acelerada mudança no perfil demográfico da população a partir da segunda metade do século XX. A expectativa de vida ao nascer, em 1960, era de 48 anos; em 2010, ela aumentou 25,4 anos, passando a ser de 73,4 anos. A taxa de fecundidade, por outro lado, passou de 6,3 filhos por mulher para 1,9 nesse mesmo período, um índice menor que o nível de reposição populacional o qual tem como consequência direta a mudança na pirâmide etária brasileira, cuja base é estreitada, em contraposição ao alargamento do topo, que representa o aumento da população idosa. Em síntese, a população predominantemente jovem da década de 1960 deu lugar a 18 milhões de idosos, que representam 12% da população brasileira na atualidade (IBGE, 2010a). Ainda, a Organização Mundial de Saúde (2005) prevê o

¹⁹ Em epidemiologia, a morbidade “é um termo genérico usado para designar o conjunto de casos de uma dada afecção ou a soma de agravos à saúde que atingem um grupo de indivíduos” (MENEZES, 2001, p. 10).

²⁰ Tradicionalmente, as doenças crônicas incluem o diabetes, as doenças cardiovasculares, a asma e a doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC), mas diante da melhora das taxas de sobrevivência, essas doenças passaram a incluir também vários tipos de câncer, HIV/Aids, distúrbios psiconeurológicos (a exemplo da depressão, esquizofrenia e demência) e deficiência (como a visual e artroses) (VERAS, 2012).

aumento desse índice para 32 milhões de pessoas acima dos 60 anos de idade em 2025, ocupando o sexto lugar no *ranking* dos países com maior número de idosos do mundo.

Apesar de a população brasileira enfrentar a mudança demográfica há relativamente pouco tempo, também no Brasil o envelhecimento é marcado pelo aumento da expectativa de vida acompanhado do surgimento de doenças crônicas e degenerativas, conforme demonstra a tabela a seguir:

Tabela 1 – Expectativa de vida e anos de vida saudáveis na população brasileira, adaptada de Câmara e Silva (2013, p. 45).

	Homens		Mulheres	
	1990	2010	1990	2010
Expectativa de vida	65,4	70,5	73,1	77,7
Anos de vida saudáveis	56,1	60,2	61,3	64,9

A tabela 1 acima ratifica que a população brasileira (e mundial) vive por mais tempo, porém ainda sem a qualidade de vida almejada. Considerando-se que o aumento da expectativa de vida não garante necessariamente ao idoso viver com saúde e qualidade, o envelhecimento da população brasileira torna-se um fenômeno de grande impacto para o sistema de saúde deste país e, por conseguinte, de grande repercussão para a população em geral:

O crescimento da população idosa é um fenômeno mundial e, no Brasil, as modificações ocorrem de forma radical e bastante acelerada. [...] A velocidade do processo de transição demográfica e epidemiológica vivido pelo País nas últimas décadas traz uma série de questões cruciais para gestores e pesquisadores dos sistemas de saúde, com repercussões para a sociedade como um todo, especialmente num contexto de acentuada desigualdade social, pobreza e fragilidade das instituições (VERAS, 2009, p. 549).

Ocorre que o fenômeno do envelhecimento, no Brasil, acaba por bifurcar a população em duas faixas etárias: jovens *versus* velhos, sendo que ambas carecem de assistência pública em geral. Não obstante, as enfermidades agudas que predominam entre os jovens dão lugar às referidas doenças crônicas não transmissíveis, que tendem a aumentar com o passar dos anos. Vivendo mais tempo e desenvolvendo estas doenças, os velhos brasileiros necessitam de cuidados constantes, como, por exemplo, a realização de exames periódicos, utilização de

medicação contínua e acompanhamento para a realização das atividades da vida diária, situação em que os cuidadores de idosos assumem papel crucial em suas vidas.

É assim que “o envelhecimento populacional se traduz em maior carga de doenças na população, mais incapacidades e aumento do uso dos serviços de saúde” (VERAS, 2009, p. 549). Por isso, é necessário o investimento em ações preventivas de saúde, a ampliação de Instituições de Longa Permanência e a formação de profissionais habilitados, como enfermeiros, terapeutas ocupacionais e cuidadores de idosos. Estes últimos, aliás, ganharão uma importância cada vez maior no mercado de trabalho, visto que as projeções do Banco Mundial para o Brasil apontam que o número de idosos acompanhados por cuidadores formais em 2020 duplicará e, em 2040, será cinco vezes maior que no ano de 2008 (BANCO MUNDIAL, 2011).

Além disso, é premente um sério planejamento no âmbito do SUS, para que o setor de saúde brasileiro consiga oferecer suporte à população idosa nos próximos anos, uma vez que, sem planejamento, não haverá condições de arcar com as despesas decorrentes do aumento da população idosa, conforme esclarece Veras:

Os idosos apresentam maior carga de doenças e incapacidades, motivo pelo qual utilizam com mais frequência os serviços de saúde, mas, mesmo assim, os modelos de cuidado são estruturados à semelhança do adulto jovem. Desse modo, os modelos vigentes de atenção à saúde do idoso se mostram ineficientes e de alto custo (VERAS, 2012a, p.05).

Mediante a procura dos idosos por serviços de saúde especializados, a discussão sobre os modelos de cuidado com o idoso assume lugar especial na pauta da investigação sobre o enfrentamento das doenças crônicas e das incapacidades que os atingem majoritariamente. De forma mais específica, os estudiosos da gerontologia tencionam rever os modelos tradicionais de cuidado com o idoso – centrados na doença – porquanto não funcionam para esse público-alvo, uma vez que este geralmente possui mais de uma doença crônica. Na visão de Veras:

O maior problema da maioria dos modelos assistenciais vigentes talvez seja o foco exclusivo na doença. Mesmo quando oferecem um programa diferenciado, as propostas são voltadas prioritariamente para a redução dos custos de doenças específicas, esquecendo que muitos pacientes possuem múltiplas patologias crônicas. [...] Como são pacientes que frequentemente

possuem múltiplas doenças crônicas e utilizam cuidados de diferentes especialidades médicas, fica evidente que focar apenas na doença não é a medida mais adequada. A melhor opção é estruturar modelos que funcionem de modo integrado e consigam dar conta de toda a gama de cuidados (VERAS, 2012a, p. 05).

A proposta de Veras (2012a) combate uma tradição que remonta ao século XIX, quando surgiu a ocupação das enfermeiras, que prestavam cuidados às doenças dos velhos e dos indigentes por possuírem o dom da caridade e o amor ao próximo. Mesmo enquanto profissionais reconhecidos e remunerados, o modelo biomédico de cuidado predominou na profissão dos enfermeiros e dos auxiliares de enfermagem até a década de 1980, conforme observou Agich (2008) em clínicas de repouso norte-americanas. Cuidando de idosos dependentes que não conseguiam realizar sozinhos as atividades da vida diária com o mínimo de segurança, os auxiliares de enfermagem (em sua maioria, do sexo feminino) se encarregavam da alimentação, da higiene e de outras funções básicas do cotidiano, a exemplo de amparar os idosos nas caminhadas. De acordo com esse modelo, é preciso:

[...] Manter o paciente limpo, quente, seco e confortável, marcado por uma intensa vigilância do seu estado físico geral [...] e deve, ao mesmo tempo, manter-se assexuada apesar da intimidade física necessária, tendo o controle das emoções como fundamental para a manutenção de uma objetividade e neutralidade (MAFFIOLETTI, LOYOLA, 2003, p. 288).

A constante preocupação com o estado físico do idoso, a neutralidade, a objetividade e a assexualidade exigidas nesse modelo expõem uma visão de cuidado que se pretende imparcial e impessoal, permitindo entrever o tratamento do idoso como um objeto a ser vigiado. Nesse norte, quanto mais se mantiver esse tipo de cuidado, tanto mais o idoso terá sua sobrevivência prolongada, embora isso não signifique necessariamente viver melhor ou com mais qualidade. Nas clínicas de repouso norte-americanas estudadas por Vesperi (1983), tal modelo de cuidado, predominante naquela época, significava um amontoado de práticas padronizadas que se configuravam como um verdadeiro assalto à autonomia dos idosos. Para Diamond (1986, p. 1290), esse modelo de formação dos auxiliares de enfermagem e sua atividade de trabalho “são definidos de uma maneira física e centrada na tarefa”, de forma que os auxiliares sequer tinham o direito de interagir com seus superiores ou tomar decisões, conformando-se com a obediência. Nas palavras de Agich (1982,

p. 66), a formação dos auxiliares de enfermagem era “orientada antes para a ação objetiva a ser executada que para o receptor da ação”.

O modelo biomédico de cuidado com o idoso passou a dividir espaço com o modelo holístico, introduzido no novo currículo de formação de Enfermagem, o qual considera como importante para o cuidado também a relação subjetiva entre enfermeiros e pacientes, isto é, destacando o cuidado integral à pessoa, e não à doença (SOUZA *et. al.*, 2006). Se, anteriormente, preconizava-se o distanciamento e a impessoalidade no cuidado com o idoso, passou-se a considerar a aproximação, a atenção, o carinho, enfim, uma postura subjetiva e sensível que permitisse o tratamento do idoso enquanto um ser humano dotado de doenças crônicas, incapacidades, fragilidades, personalidade e de uma história de vida. A saúde do idoso, portanto, conforme esse modelo, pode ser definida aos moldes do Centro de Medicina Popular, segundo o qual a saúde integral:

[...] É um conceito em permanente construção, e indica uma nova concepção de saúde, que busca superar a cultura de medicalização predominante na sociedade, resultante do desenvolvimento científico de base teórica positivista, pautada numa visão mecanicista e fragmentada do ser humano e do mundo, que tem como centro do tratamento a doença, e não a pessoa (Histórico Novembro de 2005 do CNMP *apud* CABRAL, 2006, p.7).

O entendimento da saúde do idoso de forma integral e a necessidade de um modelo de cuidado voltado para a manutenção de sua capacidade funcional são duas das principais diretrizes da Organização Mundial de Saúde (2002), que chama a atenção para a necessidade de se criarem políticas públicas para o envelhecimento as quais não se restrinjam ao setor da saúde, mas se integrem a vários setores e, além disso, que considerem os determinantes de saúde durante o curso de vida do idoso. Não é difícil perceber que a orientação da OMS procura lidar com o envelhecimento humano, a partir da contribuição de várias áreas, tendo em vista a já discutida complexidade desse fenômeno, não é à toa que a saúde do idoso está atrelada ao seu curso de vida, conceito este que emergiu da Psicologia do Desenvolvimento, conforme demonstrado anteriormente.

Dessa maneira, toda e qualquer ciência que tenha uma contribuição para os estudos do envelhecimento humano será bem-vinda, posto que o envelhecimento requer múltiplos olhares, inclusive e, por que não, o olhar da Linguística, que tem a

contribuir em termos de compreensão dos modelos de cuidado, pelo viés da Análise Dialógica do Discurso, referencial teórico primordial da Ergolinguística.

No âmbito da Gerontologia, Veras (2009; 2012a;b) defende a prevenção como a saída para o cuidado a longo prazo, na medida em que as doenças crônicas não são presenças obrigatórias na velhice e, mesmo que estejam presentes, não impedem que o idoso vivencie seu cotidiano de forma saudável.

Estudos recentes têm mostrado que doenças crônicas, bem como suas incapacidades, não são consequências inevitáveis do envelhecimento. A prevenção é efetiva em qualquer nível, mesmo nas fases mais tardias da vida. Portanto, a ênfase na prevenção é a chave para se mudar o quadro atual. [...] A maioria das doenças crônicas dos idosos tem seu principal fator de risco na própria idade. No entanto, esta longevidade não impede que o idoso possa conduzir sua própria vida de forma autônoma e decidir sobre seus interesses. Esse idoso, que mantém sua independência e autodeterminação – capacidade de o indivíduo poder exercer sua autonomia – deve ser considerado um idoso saudável, ainda que apresente uma ou mais doenças crônicas (VERAS, 2009, p. 550).

A operacionalização de um modelo de cuidado preventivo com o idoso, no entanto, esbarra na tradição do modelo biomédico de cuidado, tal como o modelo holístico exposto acima. Ainda que o discurso da prevenção tenha sido incorporado, na prática, a maior parte dos serviços é curativa e tradicional, escondendo-se por trás do argumento de que é difícil assegurar a efetividade dos programas preventivos do ponto de vista financeiro (VERAS, 2009).

Por outro lado, países como os Estados Unidos e a Inglaterra, preparados para o envelhecimento de sua população de maneira gradativa (diferentemente do Brasil), têm demonstrado uma inquietação com os altos custos acarretados pelo envelhecimento para o setor de saúde, buscando soluções que vão desde a redução de custos com doenças específicas a medidas de prevenção que estimulam financeiramente os clientes idosos. Os norte-americanos, todavia, permanecem excessivamente preocupados com a redução desses custos, revelando um modelo de cuidado que enfoca a doença; já os ingleses têm investido em um modelo de cuidado que preconiza a redução do custo dos planos de saúde para o cliente idoso e até mesmo benefícios financeiros para aqueles que se comprometerem a seguir um estilo de vida saudável, com base na lógica de que, quanto mais saudável o idoso, menos procurará os serviços de saúde (VERAS, 2012b).

A experiência da Inglaterra com o modelo de cuidado preventivo tem-se demonstrado altamente eficiente tanto para o cliente idoso quanto para as empresas

de assistência à saúde, de maneira que isso desmistifica os referidos altos custos financeiros para a sua implantação. Iniciativa semelhante, no Brasil, é a da Agência Nacional de Saúde Suplementar, através da Resolução Normativa 265, que propõe descontos nas mensalidades dos planos de saúde daqueles usuários idosos que se engajem em programas de envelhecimento ativo. Contudo, ainda há resistência à adoção desse modelo preventivo de cuidado com o idoso, pois o modelo biomédico está bastante arraigado na cultura brasileira (VERAS, 2012a).

Observa-se, portanto, que o discurso da prevenção e a sua efetivação no cuidado com o idoso funcionam dicotomicamente; assim, é possível pensar que o modelo de cuidado preventivo com o idoso ainda não se estabeleceu não apenas por uma questão financeira, mas também por uma questão discursiva. A prevenção é economicamente mais viável a médio e longo prazo e evita as constantes internações dos idosos (quase sempre duradouras) para tratamento de doenças específicas, sem combater as doenças crônicas; por outro lado, o discurso do cuidado preventivo ainda não tem força suficiente diante do discurso do cuidado curativo, fato que acarreta a tentativa de transpor o modelo biomédico de cuidado agudo para o tratamento de doenças crônicas não transmissíveis.

Em termos bakhtinianos, o discurso que ajuda a manter o sentido de cuidado enquanto algo a ser tratado pontualmente é reflexo da realidade social brasileira que ainda trata a doença, e não o conjunto integral da pessoa idosa com várias doenças crônicas não transmissíveis. Não obstante, o signo linguístico reflete e refrata a realidade em transformação:

O problema da relação recíproca entre a infra-estrutura e as superestruturas, problema dos mais complexos e que exige, para sua resolução fecunda, um volume enorme de materiais preliminares, pode justamente ser esclarecido, em larga escala, pelo estudo do material verbal. De fato, a essência deste problema, naquilo que nos interessa, liga-se à questão de saber *como* a realidade (a infra-estrutura) determina o signo, *como* o signo reflete e refrata a realidade em transformação (BAKHTIN/VOLOCHÍNOV, 2012, p. 42).

Ora, Bakhtin/Volochínov (2012) afirma que o lugar de reflexão e refração da ideologia constituída é justamente na esfera da vida cotidiana. É na vida, nas interações do dia-a-dia, que os sistemas ideológicos constituídos encontram seu lugar, mas, ao mesmo tempo, por essas interações serão modificados, de forma dinâmica. A esfera da vida cotidiana, então, apresenta uma ideologia, a que

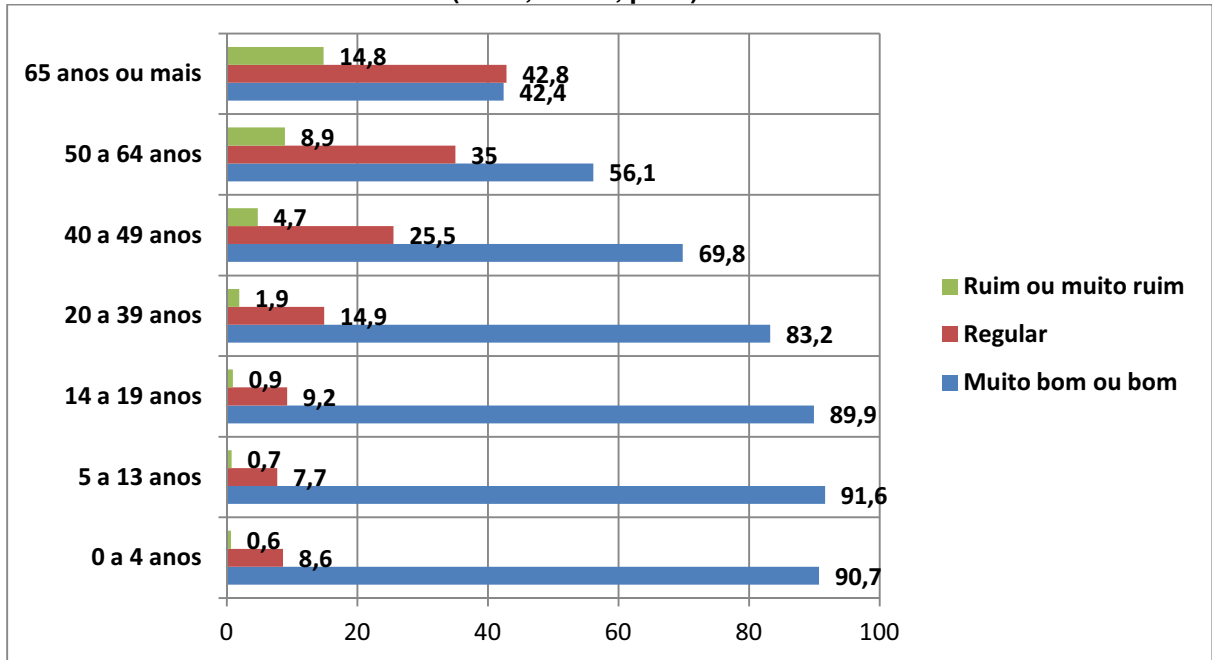
Bakhtin/Volochínov chama de “ideologia do cotidiano”, responsável por refletir e refratar, através da linguagem, os sistemas ideológicos constituídos:

Os sistemas ideológicos constituídos da moral social, da ciência, da arte e da religião cristalizam-se a partir da ideologia do cotidiano, exercem por sua vez sobre esta, em retorno, uma forte influência e dão assim normalmente o tom a essa ideologia. Mas, ao mesmo tempo, esses produtos ideológicos constituídos conservam constantemente um elo orgânico vivo com a ideologia do cotidiano; alimentam-se de sua seiva, pois, fora dela, morrem, assim como morrem, por exemplo, a obra literária acabada ou a idéia cognitiva se não são submetidas a uma avaliação crítica viva. Ora, essa avaliação crítica, que é a única razão de ser de toda produção ideológica, opera-se na língua da ideologia do cotidiano (BAKHTIN/VOLOCHÍNOV, 2012, p. 123).

A transição entre a adoção de medidas curativas no cuidado com o idoso e o ideal de cuidado preventivo, então, é traduzida discursivamente, permitindo entrever que tal embate discursivo é reflexo e refração da própria realidade do envelhecimento acelerado no Brasil, país que precisa tomar iniciativas urgentemente no âmbito social e saúde, a fim de garantir dignidade humana aos seus velhos, embora ainda engatinhe nesse sentido.

Na última Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, a PNAD, realizada no ano de 2008 (IBGE, 2010b), foram entrevistadas 391.868 pessoas em 150.591 domicílios, distribuídos por todas as Unidades da Federação. A PNAD estimou cerca de 190 milhões de pessoas residentes no Brasil, dentre as quais 77,3% autoavaliaram o seu estado de saúde como muito bom ou bom; 18,9% como regular e 3,8% como ruim ou muito ruim. Constatou, ainda, que a estimativa do percentual de pessoas que avaliaram seu estado de saúde como muito bom ou bom era inversamente proporcional ao aumento da idade, para ambos os sexos, conforme o gráfico a seguir:

Gráfico 1 – Distribuição da população residente, por grupos de idade, segundo a autoavaliação do estado de saúde – Brasil – 2008 (IBGE, 2010b, p. 37)



Observa-se que 91,6% das pessoas entre 5 e 13 anos de idade julgam seu estado de saúde como muito bom ou bom, índice reduzido para 69,8% na faixa etária de 40 a 49 anos. Na faixa etária mais velha, 42,4% dos idosos consideraram sua saúde como muito boa ou boa, perdendo a primeira posição para os 42,8% dos idosos que avaliam sua saúde como regular; apenas 14,8% dos idosos brasileiros classificam sua saúde como ruim ou muito ruim.

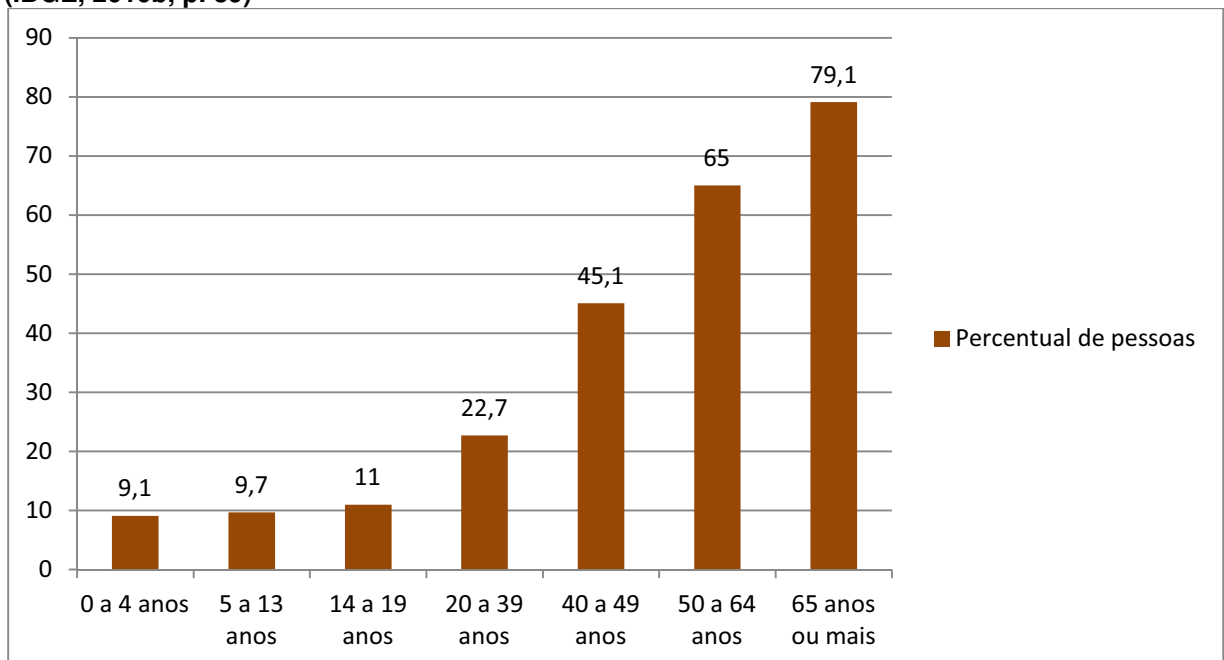
Na PNAD anterior, realizada no período de 1998 e 2003, ficou constatada uma melhoria nas condições de saúde da população de idosa (IBGE, 2010b). Com base nesses dados, Veras (2009) chamou a atenção para a importância da implementação de um modelo preventivo de cuidado com o idoso, que encontra terreno fértil no Brasil, na medida em que favorece o diagnóstico precoce e o monitoramento da saúde, a partir da triagem dos idosos com capacidade funcional preservada, que não seriam atendidos necessariamente por geriatras, sendo esses encarregados dos idosos com múltiplas fragilidades e perda da capacidade funcional. Dessa maneira, evitar-se-ia o excesso de procura por médicos especializados para o tratamento de doenças crônicas, desafogando o sistema de saúde.

Portanto, um modelo de atenção à saúde do idoso que pretenda apresentar efetividade e eficiência precisa aplicar todos os níveis de prevenção e

possuir um fluxo bem desenhado de ações de educação, de promoção à saúde, de prevenção de doenças evitáveis, de postergação de moléstia e de reabilitação de agravos. Deste modo, deve existir no modelo, par ao momento posterior à captação e identificação de risco dos clientes idosos, uma etapa na qual estejam incluídas a possibilidade de tratamento de patologias não geriátricas e o referenciamento para cuidado geriátrico, quando houver a necessidade de tratamento especializado. A ampliação do número de idosos e maior utilização do sistema de saúde, consequência do maior tempo de vida e das múltiplas patologias crônicas, configuram-se, portanto, como o grande gargalo e desafio do sistema de saúde (VERAS, 2009, p. 552).

Se a realidade da população idosa no Brasil, até 2003, era de melhoria em relação às condições de saúde, quadro bastante favorável à implementação do modelo de cuidado preventivo proposto por Veras (2009), a PNAD de 2008 revela uma mudança na autoavaliação da saúde por parte dos idosos, agora considerada, pela maioria, como regular, e não mais como muito boa ou boa. O gráfico 2 abaixo demonstra que essa autoavaliação da saúde pelos idosos pode estar associada à convivência com as doenças crônicas, referidas por 79,1% dos entrevistados:

Gráfico 2 – Percentual de pessoas, na população residente, com declaração de pelo menos um dos doze tipos de doenças crônicas selecionadas, segundo os grupos de idade – Brasil – 2008 (IBGE, 2010b, p. 39)



O percentual de 79,1% acima é traduzido em 11.495 idosos, entre os quais 4.020 declaram ter pelo menos uma doença crônica, 3.369 afirmaram possuir duas doenças crônicas, enquanto que 4.106 alegam conviver com três ou mais doenças crônicas, isto é, a maioria (IBGE, 2010b, p. 81). Os dados permitem afirmar, então,

que se o modelo preventivo de cuidado era recomendado há alguns anos, ele passa a ser urgente na atualidade. Se não aplicado, a tendência de aumento de doenças crônicas entre os idosos é crescer, fato que, em pouco tempo, levará a uma insatisfação, por parte dos idosos, com respeito à sua autoavaliação de saúde, a qual tende a passar de regular para ruim ou muito ruim.

Para além da piora das estatísticas em relação ao envelhecimento saudável da população brasileira, isso significa o vivenciamento, pelo idoso, de uma velhice indesejável em termos de qualidade de vida. Essa situação, naturalmente, precisa ser evitada, levando-se em consideração que uma velhice sem qualidade de vida contribui negativamente para o resgate do valor social do idoso e conseqüentemente colabora para a permanência dos idosos à margem da sociedade brasileira contemporânea.

Várias são as áreas da ciência as quais buscam soluções (ainda que parciais) para retomar o valor social do idoso, dentre as quais a Gerontologia, a Psicologia Social, a Antropologia e as Ciências Sociais, conforme exposto no primeiro tópico deste capítulo. Tal resgate é feito, na visão de Caldas (2005), a partir da perspectiva do idoso enquanto um objeto de cuidado, embora, conforme demonstrado, há formas distintas de se compreender o cuidado, bem como há diversos modelos de cuidado com o idoso. Uma vez que já foram apresentados os principais modelos de cuidado neste tópico, resta finalizar a discussão com aquilo que se chama de cuidado ético no âmbito da saúde.

A entrada da ética na reflexão sobre o cuidado fez emergir uma ética do cuidado, impulsionada, sobretudo, a partir da década de 1980, com a contribuição dos estudos feministas na área da Psicologia.

Gilligan (1982) argumenta que o cuidado sempre foi visto como um imperativo moral das mulheres, enquanto os homens teriam a obrigação de proteger a autonomia das pessoas; considerando-se isso, por algumas mulheres apresentarem uma divergência com respeito à forma de pensar sobre os relacionamentos, tal fato foi encarado como um problema de desenvolvimento moral do sexo feminino. Todavia, a autora defende que seria necessário compreender as diferenças no desenvolvimento moral de mulheres e homens, a fim de buscar soluções para os problemas que surgem durante seu desenvolvimento, a partir da compreensão de que tais problemas não decorrem da diferença de gênero, mas da compreensão diversa de determinadas temáticas. Nesse sentido, a ética do cuidado, na visão de

Gilligan (1982), pode ser da seguinte forma resumida: existe uma consciência da conexão entre as pessoas e da responsabilidade existente entre elas, e a moralidade é uma consequência desses relacionamentos interpessoais, sendo a comunicação central para a resolução dos conflitos. Conforme Zoboli, essa ética do cuidado é pautada na solução pacífica dos conflitos:

A centralidade da solução não-violenta de conflitos e da noção de cuidado leva a que se veja as pessoas envolvidas em um conflito ético não como adversários numa pendência de direitos, mas partícipes interdependentes de uma rede de relacionamentos cuja continuidade resulta essencial para a manutenção da vida de todos. [...] Os conflitos éticos são problemas que envolvem as relações humanas e ao traçar uma ética do cuidado a autora explora os fundamentos psicológicos dos relacionamentos não violentos. A violência é destrutiva para todos e somente o cuidado torna possível robustecer o eu e os outros (ZOBOLI, 2004, p. 25).

Noddings (1984), por seu turno, afirma que os seres humanos possuem a virtude de agir de forma ética, mas que isso gera, por um lado, um sentimento natural de cuidado e, por outro, um sentimento de lembrança desse instinto natural, visto que todas as pessoas já cuidaram ou foram cuidadas um dia. Nesse sentido, quando uma pessoa age por esse impulso natural de cuidar, ela naturalmente agirá com a ética que o bom compromisso de cuidar exige; no entanto, ao rejeitar esse impulso, a pessoa toma o cuidado com uma obrigação a ser feita, podendo seu ideal ético ser abalado.

A visão de que ética e cuidado são próprios da natureza humana não está presente apenas em Gilligan (1982) e Noddings (1984), por isso, é importante buscar na Filosofia a contribuição para o que se entende por cuidado ético. Fato é que a noção de cuidado ético é basilar tanto para a emergência da ética do cuidado quanto para a discussão contemporânea sobre o cuidado a qual não esteja necessariamente inserida na visão de Gilligan (1982) e Noddings (1984), de forma que o cuidado ético parece ser uma concepção ampla que vem guiando (ou ao menos deveria guiar) a conduta na área de saúde na atualidade.

O cuidado é preocupação que remonta à Antiguidade, conforme a Fábula-Mito do Cuidado (Fábula de Higino, Roma, 64 a.C. – 17 a.C.), que retrata a disputa entre Cuidado, Júpiter e a Terra pelo direito de nomear a criatura de barro moldada pelo primeiro; diante do impasse, Saturno é convocado para resolvê-lo, denominando a criatura de Homem, proveniente de *húmus*, que significava terra fértil. Segundo a Fábula-Mito do Cuidado, então, desde a sua criação, o homem

possui, em sua essência, o cuidado: o Cuidado ficou encarregado de tomar-lhe conta ao longo de sua existência.

Ora, se o cuidado faz parte do homem essencialmente, como admitir que haja homens mais ou menos cuidadosos com outros homens e com as coisas ao seu redor?

Essa indagação filosófica pode buscar possíveis respostas na obra do filósofo alemão Martin Heidegger, quando o autor discute a noção de cuidado como própria do Ser, que, por sua vez, não se confunde com o ente, nem com o Tempo:

Mas é o ser uma coisa? É o ser assim no tempo como cada ente singular? É o ser como tal? Se fosse, deveríamos reconhecê-lo necessariamente como algum ente e, por conseguinte, encontrá-lo como um ente em meio aos entes restantes [...]. Cada coisa tem seu tempo. Ser, porém, não é alguma coisa, não está no tempo. Não obstante, ser permanece como apresentar, como presença determinada pelo tempo, pelo que tem caráter de temporal. Do ente dizemos: ele é. No que diz respeito à questão 'ser' e no que diz respeito à questão 'tempo' permanecemos cautelosos. Não dizemos: ser é, tempo é; mas: dá-se ser e dá-se tempo (HEIDEGGER, 2010, p. 9-11).

É no reconhecimento de que o ente transcende o Ser que a metafísica heideggeriana se sustenta, pois, para Heidegger: “pensar o Ser propriamente exige que se abandone o ser como o fundamento do ente em favor do dar que joga velado no desvelar, isto é, em favor do dá-Se” (HEIDEGGER, 2010, p. 12). A ideia de velamento do Ser resulta do esquecimento do Ser, da verdade do Ser. Para Heidegger, o esquecimento do Ser é o mesmo que não pensar na verdade do Ser, conforme o pensamento anterior à sua metafísica. Em *Ser e Tempo* (2006), Heidegger propõe que o esquecimento do Ser seja a experiência básica de sua obra, na medida em que o esquecimento seja entendido não como negligência, mas como uma consequência do velamento do Ser, conforme afirma o autor no *Protocolo do Seminário sobre a Conferência 'tempo e ser'*:

Entretanto, para a compreensão correta, importa aceitar que o não-pensar, até agora, imperante, não é resultado de uma negligência, mas que deve ser pensado como consequência do velar-se do ser. O velamento do ser faz parte – como sua privação – da clareira do ser. O esquecimento do ser, que constitui a essência da metafísica e que se tornou o elemento propulsor para 'ser e tempo', faz parte do próprio modo de acontecer o ser. Com isto se impõe a um pensamento que pensa o ser a tarefa de pensar o ser de tal maneira que o esquecimento do ser dela faça parte essencial (HEIDEGGER, 2010, p. 36-37).

O ente, por sua vez, pode ser definido como tudo aquilo que se encontra no mundo e com que os homens se relacionam, percebem e compreendem: as coisas e os outros homens. Para Heidegger, o ser humano pode ser definido como *Ser-aí* ou como *Ser-no-mundo* e, dessa maneira, “ser-aí manifesta-se como ente (ôntico), fundamentado na constituição (ontológica) que sustenta seu estatuto de ser” (SALES, 2008, p. 565). Já o Ser é conhecido através de seu desvelamento:

Ser, pelo qual é assinalado todo ente singular como tal, ser significa pre-sentar. Pensado sob o ponto de vista do que se apresenta, pre-sentar se mostra como pre-sentificar [...]. Pre-sentificar mostra-se no que lhe próprio pelo fato de levar para o desvelamento. Pre-sentificar significa: desvelar, levar ao aberto. No desvelar está em jogo um dar, a saber aquele que no presentificar dá o pre-sentar, isto é, ser (HEIDEGGER, 2010, p. 11).

Em *Ser e Tempo*, Heidegger (2006) apresenta o conceito de cuidado como tendo uma definição tripartida em faticidade, existencialidade e queda. Em um segundo momento, o cuidado assume uma definição bipartida, marcada pelos conceitos de ocupação e solicitude.

Segundo o autor, o cuidado transcende o próprio ser-aí:

Enquanto totalidade originária de sua estrutura, o cuidado se acha, do ponto de vista existencial a *priori*, ‘antes’ de toda ‘atitude’ e ‘situação’ do Dasein, o que sempre significa dizer que ele se acha em toda atitude e situação de fato (HEIDEGGER, 2006, p. 193).

Dessa forma, o cuidado se apresenta como faticidade, na medida em que aparece enquanto uma preocupação do ser-aí com os utensílios a serem utilizados no cotidiano, de maneira que o ser-aí se concentra naquilo que precisa fazer, no mundo do ter-que-fazer, existindo de forma inautêntica, impessoalmente, voltado apenas para seu mundo interior. Por outro lado, quando o ser-aí é lançado no mundo, na existência, esse estar-no-mundo pressupõe poder-ser o que se deseja, poder escolher-se, antecipar-se-a-si mesmo, ou seja, no cuidado como existencialidade, o ser-aí passa a ser livre, a existir de forma autêntica, desvelando-se enquanto um ser-de-cura. Se conformado à vida inautêntica, o ser humano permanece imbricado no cotidiano, sendo levado pela vida ao estado de queda; não obstante, ao vivenciar o estado de angústia, o ser humano é convidado a se superar, “manifestando seu poder de transcendência sobre o mundo e sobre si mesmo”

(SALES, 2008, p. 566). Nessa projeção, o homem deixa de ser um ser solitário para estar com o outro, ou seja, para ser-com-o-outro.

Essa possibilidade de projetar-se faz despertar no homem o sentimento de solicitude por outrem, conduzindo-o ao amor e à comunicação direta. Conseqüentemente, encontra-se sempre em uma situação de cuidado consigo mesmo e com os outros ao seu redor. É o cuidado que conduz o homem à abertura para o universo existencial. É por meio do cuidado que o homem transporta-se em um existir para além do já dado. O cuidado é, portanto, o primeiro gesto da existência, o horizonte da transcendência, a priori, um horizonte capaz de ir além de sua própria existência. O homem apenas existe como tal em face de outro homem e para que o homem seja humano, para que ele possa desenvolver-se como pessoa, é necessário que ele conviva com outros entes, que ele possa efetuar trocas com os seus semelhantes. O homem apenas se conhece na sua relação com o outro (SALES, 2008, p. 566).

Retoma-se, neste ponto, a indagação anterior: se o cuidado faz parte do homem essencialmente, como admitir que haja homens mais ou menos cuidadosos com outros homens e com as coisas ao seu redor?

Sales (2008) explica que, quando o cuidado foi pensado por Heidegger, esse conceito não poderia antecipar a sociedade do século XXI. No entanto, com a guinada do pensamento do filósofo para as questões contemporâneas, Heidegger afirma que a ciência moderna transformou a subjetividade e a vida, de modo que o homem, alienado na vida, deixou de lado a sua essência, isto é, ser um ser do cuidado, o estar-com-outro autenticamente.

O homem é transformado em uma espécie de alienação de si mesmo, desenraizando-se de seu próprio projeto existencial, isto é, ser um ser do cuidado. Ele passa a estar entregue a esse estranho e desmedido maquinismo impessoal, o cuidado humano, nesse pensar torna-se algo discutido apenas nos bancos universitários, pois, na prática, transforma-se em um caminho ambíguo, ou seja, enfatizado por todos, mas não implementado concretamente por ninguém (SALES, 2008, p. 567).

Dentre os profissionais de saúde, esse vivenciamento inautêntico do ser-aí não permite que o sentimento de angústia leve-os a transcender o mundo e a si mesmos, não havendo um espaço para poder-ser diferente, ou poder-ser com o outro.

Nessas circunstâncias, é imprescindível o despertar dos profissionais de saúde para a natureza reflexiva de seu existir-no-mundo, pois é refletindo consigo mesmo que a consciência de si mesmo surge. Essa transcendência capacita o ser humano a projetar-se em direção ao seu poder ser autêntico,

libertando-se do vazio existencial, no qual está enredado, e assim desvelar-se a si e desvendar o mundo ao seu redor (SALES, 2008, p. 567).

Pelo que ficou demonstrado ao longo deste tópico, pode-se afirmar que o cuidado ético deveria subjazer a todos os outros modelos de cuidado, na medida em que convoca o ser-cuidadoso para a própria existencialidade. Assim sendo, é possível conceber que tanto o modelo de cuidado biomédico, quanto o holístico, bem como o modelo preventivo clamam, em sua base, pelo cuidado ético, na medida em que o Cuidado é o ser do ser-aí, e a ética é o princípio que guia as relações cuidadosas dos seres humanos entre si, transcendendo os cuidados paliativos ou pontuais, holísticos ou preventivos.

2.3 Questões sociais e políticas em torno do envelhecimento

Na pauta da discussão social e política sobre o envelhecimento humano, encontra-se a preocupação com a preservação da dignidade humana na velhice – a qual inclui questões de saúde e qualidade de vida, de afeto e família, de trabalho e aposentadoria, bem como a imagem que se tem do idoso na sociedade brasileira.

Na ponderação sobre o que possibilita ou obstrui a dignidade do envelhecer, a pergunta sobre como a sociedade trata a velhice e as questões que a cercam é fundamental. Como o imaginário cultural interfere na vivência dos sujeitos que envelhecem? Como lidar com a progressiva redefinição da identidade social, à luz das expectativas e oportunidades do contexto societário? Que suportes sociais e institucionais contribuiriam para um balanço mais favorável entre perdas e ganhos na velhice? (ASSIS, 2004, p. 11).

Essas indagações se colocam em uma sociedade cuja população idosa convive cotidianamente com o problema da violência, da falta de assistência médica, das baixas aposentadorias e do estigma social do velho enquanto um ser descartável, sozinho, doente e decadente. Apesar dos avanços na área da saúde e também na legislação em prol do sujeito idoso, sobretudo a partir da década de 1990, existe ainda uma disparidade entre a atenção que a sociedade dispõe para o idoso e a demanda social crescente desse segmento populacional (VERAS, 2009; ASSIS, 2004).

Em interessante reflexão sobre a representação da velhice na mídia, Silva Sobrinho (2007) analisou três capas da revista *Veja* sobre o tema, em épocas

diferentes: em 1972, em 1990 e em 2003. A partir da análise discursiva desse material, o autor concluiu que o imaginário social da velhice permanece estático, e as capas da revista revelam a imagem negativa da velhice na sociedade brasileira:

Na imprensa o discurso sobre a velhice se manifesta por meio de uma relação que traduz uma oposição (velhice e juventude) da qual podemos compreender o funcionamento de práticas divisórias entre jovem e velho, algo semelhante ao que Foucault (1995) apontou: o louco e o são, o doente e o sadio, os criminosos e os bons meninos. Tal discurso acaba reforçando as práticas divisórias que vão opor aquele que é jovem e deseja continuar jovem àquele que é velho, mas nega sua velhice para não ser discriminado, e por isso busca a juventude porque ‘sabe’ que ser velho é ‘feio’, é ‘solidão’, ‘desprestígio’, ‘insegurança e doença’ (SILVA SOBRINHO, 2007, p. 177).

A velhice ora é tratada como algo contra o qual se deve lutar, através de receitas mágicas fornecidas pela medicina para a manutenção da juventude, ora é vista como um caminho sem volta, à espera da morte. Essa imagem da velhice, aliás, é bastante preocupante na visão de Birman (1994), pois o velho se enxerga como um produto de uma existência social que se findou, não havendo espaço para o aproveitamento da velhice no presente, tampouco qualquer perspectiva de futuro, daí a constante lembrança do passado que deixa entrever a “falta de investimento na vida e o sentimento de ausência de rumo, associados à perda de sentido da própria existência” (ASSIS, 2004, p. 19).

Por outro lado, os idosos que seguem as receitas mágicas em busca da manutenção da saúde e da juventude ajudam a repercutir o discurso do “idoso-jovem”, da “melhor idade”, que “demarca uma nova postura de auto-reconhecimento do trabalhador que envelheceu”, contrapondo-se à imagem do “velho decrépito”, improdutivo (SILVA SOBRINHO, 2007, p. 191). Esse “idoso-jovem” é, potencialmente, um consumidor no sistema capitalista, na medida em que possui poder aquisitivo e tempo livre para desfrutar da “melhor idade”.

O “velho decrépito”, por sua vez, não mais serve de mão-de-obra para o sistema capitalista, nem tem condições financeiras para consumir os produtos voltados para a “melhor idade”, ou para o “idoso-jovem”. Dessa forma, apenas representa ônus ao Estado e à sociedade, tendo em vista que “uma sociedade que valoriza a produtividade e a riqueza material acima de outros valores é compreensivelmente orientada para a juventude” (AGICH, 2008, p. 112).

A onerosidade da velhice se traduz para o Estado, dentre outras questões, pelo direito à aposentadoria, adquirido por todo trabalhador que já deu sua

contribuição à sociedade. Mas, apesar de ser um direito conquistado pelo trabalhador, a aposentadoria traz consequências positivas e negativas para o cidadão, a depender das condições de trabalho que enfrentou e de sua trajetória de vida.

A situação de vida no momento do afastamento é também determinante, destacando-se a segurança econômica, o acesso à moradia própria, a condição de saúde e a perspectiva de projetos futuros nos quais investir o tempo livre (ASSIS, 2004, p. 12).

No Brasil, ainda é uma minoria de idosos que se aposenta e se satisfaz com sua renda, aproveitando o seu tempo livre; a grande maioria é composta pelos idosos trabalhadores que dependem do benefício concedido pelo Estado e, ao se aposentarem, têm sua renda reduzida, sendo forçados a retornar ao mercado de trabalho, como forma de complementá-la (ASSIS, 2004). Quando o mercado não os absorve, os idosos se veem obrigados a diminuir seu padrão de vida.

Tal fato se agrava quando a aposentadoria do idoso (nas camadas pobres), em resposta à crise econômica e social gerada pelo Estado mínimo neoliberal, passa a ser a única fonte de renda da família (filhos e netos desempregados e com baixo nível de escolaridade), exacerbando, assim, sua dolorosa pobreza [...] (FERNANDES, SANTOS, 2007, p. 50).

Ainda, ao encerrar a sua atividade de trabalho, o idoso acaba perdendo sua própria identidade profissional, na medida em que já não se enquadra no ciclo laboral enquanto um sujeito que assume determinadas responsabilidades, como o cumprimento da jornada de trabalho, da produtividade, enfim, de seu papel social. Nas palavras de Assis:

Não há mais diferenciação de papéis e *status* pelas profissões, mas um rótulo – *aposentados* – que retira do indivíduo o sentido de pertencimento à engrenagem social, podendo gerar questionamentos sobre como sentir-se útil fora do mercado de trabalho (ASSIS, 2004, p. 13).

Enfim, a aposentadoria carrega a ambiguidade do próprio trabalho humano, que congrega no trabalhador a escravidão e a fonte de interesse, o cansaço e o equilíbrio, o desgaste e a integração social, a compensação financeira e a construção de laços afetivos. É assim que “essa ambiguidade reflete-se na aposentadoria, que pode ser encarada como grandes férias, ou como uma

marginalização” (BEAUVOIR, 1990, p. 325). Na visão de Beauvoir, é necessária uma preparação gradativa do trabalhador para o vivenciamento da aposentadoria de maneira criativa e produtiva, de forma que o idoso não desfaça radicalmente suas relações sociais e se afaste do sentido da vida.

O enfrentamento da aposentadoria de forma criativa e produtiva, ou, em outras palavras, a busca pelo sentido da vida na própria velhice, no entanto, é apenas mais uma das muitas preocupações a serem enfrentadas pelo Estado e por uma sociedade cujas regras de organização tendem a ser cada vez mais impostas pela população que envelhece aceleradamente. De maneira geral, a população idosa brasileira ainda sofre com a falta de consideração, com o preconceito e com a desinformação dos cidadãos a seu respeito, além da falta de suporte do próprio Estado, problemas que devem ser combatidos com urgência, visto que não garantem ao idoso brasileiro uma velhice com dignidade.

À desinformação, ao preconceito e ao desrespeito aos cidadãos de terceira idade, somam-se a precariedade de investimentos públicos para atendimento às necessidades específicas da população idosa, e mesmo de recursos humanos, tanto em quantidade como em qualidade (VERAS, 2009, p. 550).

É nesse cenário que, no Brasil, muitos idosos permanecem financeira e socialmente desamparados pelo Estado, sem acesso pleno aos progressos na área da saúde, bem como sem direito à assistência social e cuidadora que o envelhecimento demanda. Não se pode ignorar que a distribuição dos avanços na área da saúde não ocorre de forma igualitária para toda a população, e a desigualdade social se traduz também como envelhecimento desigual, daí a preocupação sociológica em lidar com as diversas velhices (VERAS, 2004; COUTRIM, 2010). É nesse sentido que se torna necessária a implementação de políticas públicas que envolvam conhecimentos interdisciplinares e ações conjuntas entre os diversos setores da gestão pública, a fim de suprir as demandas sociais do envelhecimento, conforme esclarecem Silva e Caldas:

Os desafios trazidos pelo envelhecimento da população brasileira têm diversas dimensões e repercussões na sociedade, mas nada é mais justo do que garantir ao idoso sua integração na comunidade. As políticas de atenção à terceira idade impõem a atuação intersetorial na gestão pública. [...] Tradicionalmente, pensava-se somente nas questões físicas e econômicas dos idosos, na assistência à saúde e nas pensões; atualmente, eles reivindicam os seus direitos sociais que no passado recente não eram

considerados importantes. Para que esses direitos sejam postos em prática no cotidiano é preciso que haja cada vez mais a mobilização permanente da sociedade para a inclusão da velhice na agenda de prioridades dos governos locais (SILVA; CALDAS, 2004, p. 22).

Um documento pioneiro em termos de atendimento ao segmento idoso brasileiro é a Declaração de Brasília sobre o Envelhecimento. Esse texto é resultante do Seminário Internacional sobre Envelhecimento Populacional em Brasília, que ocorreu em 1996, reunindo especialistas sobre o envelhecimento, a fim de traçar princípios de ação para lidar com o envelhecimento no final do século XX. Entre esses princípios, destaca-se, por exemplo, a necessidade de propor uma política social abrangente à comunidade, baseada na compreensão do envelhecimento na perspectiva do curso de vida (explicitada no item 2.1 deste capítulo) e pautada na gestão multissetorial, para abranger os aspectos biológicos, psicológicos, econômicos, sociais e ambientais da saúde do idoso (SILVA; CALDAS, 2004).

Ainda em 1996, foi regulamentada a Política Nacional do Idoso (PNI) e, em 1999, a Política Nacional da Saúde do Idoso (PNSI). Em 2003, o Ministério da Saúde lançou o Estatuto do Idoso, sancionado no mesmo ano pelo então Presidente Luiz Inácio Lula da Silva, o qual passou a vigorar a partir de janeiro de 2004.

A Política Nacional do Idoso surgiu a partir da iniciativa do Governo Federal e de Organizações Não-Governamentais, com o objetivo geral de atender às demandas dos idosos e dos futuros idosos, preconizando ações assistencialistas, mas também preventivas de saúde, além de apresentar uma preocupação com os profissionais que lidam diretamente com o envelhecimento, na Geriatria e na Gerontologia. As diretrizes da PNI são as seguintes:

Artigo 4º - Constituem diretrizes da política nacional do idoso:

- I - viabilização de formas alternativas de participação, ocupação e convívio do idoso, que proporcionem sua integração às demais gerações;
- II - participação do idoso, através de suas organizações representativas, na formulação, implementação e avaliação das políticas, planos, programas e projetos a serem desenvolvidos;
- III - priorização do atendimento ao idoso através de suas próprias famílias, em detrimento do atendimento asilar, à exceção dos idosos que não possuam condições que garantam sua própria sobrevivência;
- IV - descentralização político-administrativa;
- V - capacitação e reciclagem dos recursos humanos nas áreas de geriatria e gerontologia e na prestação de serviços;
- VI - implementação de sistema de informações que permita a divulgação da política, dos serviços oferecidos, dos planos, programas e projetos em cada nível de governo;

VII - estabelecimento de mecanismos que favoreçam a divulgação de informações de caráter educativo sobre os aspectos biopsicossociais do envelhecimento;

VIII - priorização do atendimento ao idoso em órgãos públicos e privados prestadores de serviços, quando desabrigados e sem família;

IX - apoio a estudos e pesquisas sobre as questões relativas ao envelhecimento (BRASIL, 1994, p. 02).

A Política Nacional de Saúde do Idoso, por sua vez, abrange em suas diretrizes a promoção da saúde, mas também a manutenção da capacidade funcional do idoso, ampliando o conceito de saúde do idoso para incluir questões de ordem social, econômica, política e cultural, e não apenas a ausência de doenças. No que concerne à capacitação de profissionais para lidar com o envelhecimento, a PNSI expande sua orientação para aqueles trabalhadores considerados como “recursos humanos especializados”, bem como prevê uma assistência para a realização dos cuidados informais. Eis as diretrizes da PNSI:

- A promoção do envelhecimento saudável;
- A manutenção da capacidade funcional;
- A assistência às necessidades de saúde do idoso;
- A reabilitação da capacidade funcional comprometida;
- A capacitação de recursos humanos especializados;
- O apoio ao desenvolvimento de cuidados informais;
- O apoio a estudos e pesquisas (BRASIL, 1999 *apud* SILVA; CALDAS, 2004, p. 25-26).

O Estatuto do Idoso veio coroar, em 2003, a necessidade de sugerir políticas públicas voltadas para os idosos brasileiros, bem como de propor uma legislação específica para esse segmento populacional. Trata-se de um documento legal de proteção/regulação dos mais variados aspectos que envolvem o envelhecimento, conforme a apresentação do então Ministro da Saúde, Humberto Costa:

O Estatuto do Idoso, elaborado com intensa participação das entidades de defesa dos interesses das pessoas idosas [...] ampliou em muito a resposta do Estado e da sociedade às necessidades dessas pessoas. Trata dos mais variados aspectos de sua vida, abrangendo desde direitos fundamentais até o estabelecimento de penas para crimes mais comuns cometidos contra as pessoas idosas. **O relevante papel conferido à área da saúde no presente texto legal concretiza a garantia do cuidado e da atenção integral pelo Sistema Único de Saúde (SUS)** (BRASIL, 2003, p. 05-06).

De acordo com o trecho destacado, é coerente esperar que o discurso do Estatuto atribua ao Poder Público (através do SUS) as responsabilidades sobre o idoso, sobretudo aquele que necessita do Estado para a garantia de seus direitos

fundamentais, como o direito à vida e à saúde. No entanto, não é o que o artigo 3º demonstra, nas Disposições Preliminares do Estatuto, quando atribui primeiramente à família e, em seguida, à comunidade, à sociedade e, enfim, ao Poder Público, a efetivação dos direitos fundamentais dos idosos:

Art. 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 (BRASIL, 2003, p. 8).

Conforme bem observou Silva Sobrinho, acerca do Estatuto do Idoso:

Esses direitos garantidos ao 'idoso' permitem sustentar o 'direito de envelhecer' [...]. Contudo, o *Estatuto* destaca que a obrigação é atribuída à família, à comunidade, à sociedade e ao poder público, este último devendo assegurar os direitos dos 'idosos'. Há uma gradação que vai da família ao Estado, um processo como se fosse algo evolutivo, revelando que o direito do 'idoso' deve ser assegurado por todas essas instâncias. Tal construção discursiva se sobrepõe às relações sociais ali contidas, como se o envelhecimento se restringisse a benefícios que o Estado possa regular/assegurar. E acaba silenciando que a sociedade é dividida em classes sociais onde existem trabalhadores e capitalistas e que a questão da velhice não se inicia no momento em que a pessoa humana faz 60 anos, mas sim resulta da trajetória de vida percorrida por ela [...] (SILVA SOBRINHO, 2007, p. 163).

De fato, segundo Silva Sobrinho (2007), a garantia dos direitos aos idosos, de acordo com o Estatuto do Idoso, é um processo evolutivo, gradual, que tem seu início na família e seu término no Estado, de maneira que todas essas instâncias – a família, a comunidade, a sociedade e o Poder Público – devem assegurar os direitos dos idosos. Por outro lado, o autor parece deixar de lado que a ideia de gradação, ou de evolução, não carrega semanticamente a noção de igualdade entre as instâncias, mas a noção de primazia da primeira instância sobre as demais. É nesse sentido que a família assume, primeiramente, no discurso do Estatuto do Idoso, a obrigação de assegurar os direitos de seus idosos, e apenas se estes não puderem contar com a família é que recorrerão à comunidade, à sociedade e, por fim, ao Poder Público.

É perceptível que o Estatuto do Idoso estabelece uma relação dialógica com a Constituição Federal de 1988 – e não poderia ser diferente, já que a Constituição Federal é o documento legal de maior importância na sociedade brasileira – conforme se percebe no trecho destacado a seguir:

Título VII – DA ORDEM SOCIAL

Capítulo VII – DA FAMÍLIA, DA CRIANÇA, DO ADOLESCENTE E DO IDOSO

Art. 230. **A família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas**, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhes o direito à vida (BRASIL, 2013, p. 45).

A importância atribuída à família no cuidado ao idoso se configura como uma herança da forma como o envelhecimento vem sendo encarado na sociedade brasileira: uma questão da vida privada e que, por isso, deve ser resolvida no âmbito familiar, não cabendo ao Estado interferir sobre ela. Até há relativamente pouco tempo, não haveria motivos para tratar o envelhecimento no Brasil como uma questão pública, visto que o grupo social dos idosos sequer era representativo na pirâmide demográfica brasileira (MINAYO; COIMBRA Jr., 2004). Nesta nova realidade, o idoso brasileiro ocupa um espaço cada vez menor na família:

As transformações recentes na estrutura familiar, como a diminuição do tamanho da família e a inserção da mulher no mercado de trabalho dificultam o suporte familiar ao idoso, sobretudo em caso de doença e/ou incapacidade. Nos grandes centros urbanos, são fatores agravantes a distância entre as moradias, as dificuldades do trânsito e o pouco tempo e/ou interesse de adultos e jovens para o contato mais estreito com seus familiares idosos (ASSIS, 2004, p. 15).

Com o acelerado envelhecimento no Brasil e a conseqüente reconfiguração dessa pirâmide demográfica, portanto, os idosos passam a reorganizar a sociedade brasileira, em termos culturais, laborais, econômicos e de poder. Nesse sentido, como destaca o sociólogo Mills (1974), é de extrema importância compreender a transformação de uma questão privada, particular, em uma questão pública. Para tanto, far-se-á uma breve retrospectiva histórica acerca da relação entre o Estado e a Economia, como forma de esclarecer a atual posição do Estado em relação ao idoso.

Em interessante panorama histórico sobre o tema, Belo (2010) elenca quatro estágios que marcaram a relação entre Estado e economia:

(i) Na Antiguidade Clássica e na Idade Média, o Estado assegurava alguns monopólios – ou seja, neutralizava a concorrência - por razões pragmáticas, para sanar distorções tóxicas e obter resultados eficazes e imediatos (FORGIONI, 2007);

(ii) Com a crise do feudalismo, o declínio do mercantilismo, a emergência do modo de produção capitalista e a Revolução Industrial, o Estado possuía uma postura não-intervencionista, sob os auspícios do liberalismo econômico que defendia a livre concorrência como apta a regular o mercado;

(iii) O liberalismo trouxe como distorções a extrema concentração de poder nas mãos de poucos agentes econômicos e o risco de autodestruição do mercado, exigindo-se do Estado que disciplinasse o jogo do mercado, para preservá-lo;

(iv) A regulamentação da concorrência – decorrente da atuação do Estado sobre a economia - passa a ser vista não apenas como fundamental à manutenção do sistema, mas como instrumento de implementação de políticas públicas (FORGIONI, 2007), estágio que será analisado a partir do impacto da chamada *Revolução Keynesiana* (BELO, 2010, p. 54-55).

Visualizando-se esses estágios, percebe-se que, ao longo da História, o desenvolvimento econômico sofreu uma alternância entre a intervenção do Estado na economia (como no mercantilismo) e a postura não-intervencionista que marca o Estado Liberal, cuja ideologia “defendia, em linhas gerais, a ampla liberdade individual, a democracia representativa com independência entre os poderes Executivo, Legislativo e Judiciário e o direito à propriedade” (BELO, 2010, p. 47).

Durante a Primeira Guerra Mundial, surgiram importantes cartas políticas em defesa do intervencionismo estatal na economia, as quais também refutavam a grande concentração de riquezas nas mãos de poucos, fruto do liberalismo. A Grande Depressão americana, em 1929, com a quebra da bolsa de valores de Nova Iorque, também foi um fator importante para que a economia clamasse pela intervenção do Estado, uma vez que fez declinar a produção e os investimentos, provocando o desemprego em massa. Foi nesse cenário que Keynes (2012), em 1936, propôs a intervenção do Estado na economia, através de políticas de gastos públicos como essenciais para resolução da crise do Estado Liberal (BELO, 2010). Assim, o Estado Liberal deu lugar ao Estado Social, marcado pelo intervencionismo do Poder Público na economia e na sociedade em geral, através de políticas públicas assistenciais:

No Estado Social, do tipo intervencionista, o objetivo principal de interferência estatal, por via do planejamento ou da adoção de políticas públicas, volta-se às questões de caráter público, ligadas ao interesse geral, na linha da efetivação dos direitos sociais, definidas as prioridades da ação governamental. Assim a eficácia da ação estatal encontra-se adstrita à sua capacidade de prestação nas decisões e na adequação das políticas públicas aos interesses sociais (FEITOSA, 2007, p. 173).

Não tardou para que os modelos *keynesianos* passassem a ser aplicados pelos países capitalistas, como forma de garantir o funcionamento econômico e o pleno emprego de seus cidadãos, garantindo-lhes o bem-estar social, daí por que essa época ficou também conhecida como *Welfare State* (o Estado do Bem-Estar, literalmente).

Com o passar do tempo, no entanto, o Estado Social entrou em crise, uma vez que estava sobrecarregado de responsabilidades sociais, adquirindo *déficit* público e não mais podendo enfrentar a corrupção e o desemprego. Soma-se a isso a queda do Muro de Berlim, em 1989, pondo o fim da Guerra Fria, além da crescente globalização, marcos históricos que revigoraram o ideal liberalista, fazendo emergir o neoliberalismo (BELO, 2010; FEITOSA, 2007).

O atual Estado Neoliberal é, por assim dizer, fruto da junção dos dois Estados anteriores: nem se exime totalmente da interferência nas questões públicas, como no Estado Liberal, tampouco interfere substancialmente nelas, como no Estado Social. Esse novo Estado é também designado de Estado Regulador, visto que assume o papel de regular a sociedade, mas não é o único responsável por ela, conforme elucidada Belo:

O neoliberalismo não representa um retorno ao liberalismo, mas a releitura do papel do Estado na economia: para os neoliberais, o Estado não deve agir como empresário (intervenção direta, tal qual no *Welfare State*), mas como agente regulador (intervenção indireta, ditando as regras que devem ser cumpridas pela iniciativa privada). Por outro lado, não há como abandonar as preocupações sociais conquistadas pelo *Welfare State*. Daí porque o neoliberalismo representa uma tentativa de adaptar os princípios do liberalismo clássico àquelas conquistas sociais (BELO, 2010, p. 56).

Produto da ideologia do já Estado Neoliberal, o discurso jurídico do Estatuto do Idoso (2003, p. 08), especificamente em seu art. 3º, em que atribui a obrigação à “família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade” o cumprimento de seus direitos fundamentais, reflete o sentido de envelhecimento tratado como uma questão da vida privada (já que a família está em primeiro lugar na gradação supracitada), ao mesmo tempo em que o refrata, chamando outras instituições sociais para assumir também o papel de assegurar/regular os direitos dos idosos. Em outras palavras, o Estatuto do Idoso reflete a herança histórica da abordagem do envelhecimento enquanto uma questão

da vida privada, pois um discurso está sempre inserido social e historicamente, mas também o refrata, uma vez que produz sobre essa realidade uma avaliação:

[...] De maneira alguma o discurso reflete a situação extraverbal do modo como um espelho reflete um objeto. Mais exatamente, o discurso aqui *analisa a situação*, produzindo uma *conclusão avaliativa*, por assim dizer. Muito mais freqüentemente, enunciados concretos continuam e desenvolvem ativamente uma situação, esboçam um plano para uma ação futura e organizam esta ação (VOLOCHÍNOV; BAKHTIN, 1926, p. 06).

Enquanto um enunciado concreto, o Estatuto do Idoso necessita de seu complemento real, isto é, de uma instância, na sociedade, que o represente e cuja ideologia ajude a propagar:

O enunciado [...] depende de seu complemento real, material, para um e o mesmo segmento da existência e dá a este material expressão ideológica e posterior desenvolvimento ideológico comuns (VOLOCHÍNOV; BAKHTIN, 1926, p. 06).

Ao refratar a compreensão atual do envelhecimento enquanto uma questão pública no Estado Neoliberal (regulador) brasileiro, o Estatuto do Idoso pressupõe um Estado que interfere na vida privada o mínimo possível (ou em última instância, já que a família, a comunidade e a sociedade vêm em primeiro lugar na referida gradação). É nesse contexto que, enquanto uma questão pública, o envelhecimento humano representa um ônus para o Estado, devido à sua obrigação com a previdência e assistência social aos idosos:

Art. 14º. Se o idoso ou seus familiares não possuírem condições econômicas de prover o ser sustento, impõe-se ao Poder Público esse provimento, no âmbito da assistência social (BRASIL, 2003, p. 13).

Nesse sentido, a partir da representação do envelhecimento como um ônus para o Estado que o Estatuto do Idoso delega às outras instituições sociais o papel de cuidar de seus idosos, tratá-los bem, denunciar os maus-tratos contra eles, fazer cumprir a Lei. O Estado, portanto, assume completamente a obrigação sobre os idosos apenas se eles não tiverem condições econômicas para fazê-lo. No entanto, o Estado brasileiro deixa a desejar no que concerne à prestação de serviços que permitam a busca e manutenção de uma velhice digna por todas as camadas sociais de sua população: há, por conseguinte, os idosos que possuem condições de contratar serviços particulares de saúde e assistência, os quais ajudam à

manutenção e equilíbrio do próprio Estado Neoliberal; por outro lado, há aqueles que permanecem à mercê da boa vontade do próprio Estado.

O Estado brasileiro não garante o acesso de uma população amplamente desprivilegiada, a exemplo da maioria dos idosos, aos serviços públicos que poderiam dignificar o seu cotidiano. Na prática, salienta a autora, o que ocorre é que os que detêm renda mais alta suprem suas necessidades e resolvem seus problemas no âmbito do privado (por exemplo, através de organizações privadas de assistência médica), com o incentivo da perspectiva neoliberal, porque isso favorece o desenvolvimento do mercado. No entanto, é inegável que o Estado tem um papel importante na dinâmica social por produzir bens e serviços que abrangem o coletivo. Isso é fundamental para a concretização da democracia na sociedade. [...] As bases do neoliberalismo estão na focalização, privatização e descentralização, que geram uma situação de assistencialismo e uma desuniversalização das ações. Neste contexto, o corte dos gastos sociais contribui para o equilíbrio financeiro do setor público e à política social cabe somente o papel de solucionar os problemas que o mercado, a comunidade e a família não conseguem suprir (FERNANDES; SANTOS, 2007, p. 51-52.).

Apesar da publicação de tais políticas públicas, elas ainda são pouco difundidas socialmente, de forma que se cria uma barreira entre o Poder Público e a sociedade civil no que tange à proteção, efetivação e regulação dos direitos aos idosos. Ora, se no atual Estado Neoliberal as obrigações sociais são descentralizadas, é necessário que as leis de atenção ao segmento idoso sejam amplamente divulgadas entre os cidadãos, a fim de que possam não apenas usufruir delas, quando idosos, mas que atuem como fiscais de seu cumprimento, conforme elucidam Andrade *et al.*:

As alterações demográficas incidem diretamente nos perfis epidemiológico, econômico e social peculiar a esta faixa etária em ascensão, exigindo que governantes e sociedade encontrem formas de materializar as leis que garantem proteção e efetivação dos direitos da pessoa idosa. Na prática, ainda observa-se a necessidade de discutir e divulgar as leis que regulamentam as políticas públicas direcionadas à promoção do bem estar, garantia de respeito e dignidade aos idosos brasileiros (ANDRADE *et al.*, 2012, p. 02).

A partir de um levantamento documental sobre a legislação específica para a pessoa idosa no Brasil e também de uma revisão integrativa das produções científicas sobre políticas públicas e envelhecimento, publicadas na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e na base Scopus entre 2003 e 2011, os mesmos autores (ANDRADE *et al.*, 2012) apontaram uma carência de publicações, sobretudo na região Nordeste.

Desse modo, podemos apontar para a necessidade de pesquisas envolvendo as questões de cidadania entre os idosos e suas configurações na área das políticas públicas. Ressalta-se ainda que, entre as produções selecionadas, 20% foram produzidas e publicadas na região Centro-Oeste, 13% no Sudeste, 6% no Sul e Nordeste, evidenciando uma carência de publicações e pesquisas, principalmente, na região Nordeste que, por sua vez, é a segunda maior detentora de participação da população idosa do país, concentrando quase 29% de pessoas da terceira idade vivendo em condições socioeconômicas desfavoráveis (ANDRADE *et. al.*, 2012, p. 04).

Especificamente em Pernambuco, destaca-se o Plano Estadual de Atenção Integral à Pessoa Idosa, implementado em 2011, visando a assegurar “a autonomia, a integração, melhorar o bem-estar, a qualidade de vida e efetivar a participação do/a cidadão/ã idoso/a na sociedade” (PERNAMBUCO, 2011, p. 02). Esses objetivos do Plano basearam-se em documentos internacionais, nacionais e locais, como o Plano de Ação Internacional sobre o Envelhecimento, traçado em Viena (ONU, 2002); o Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003) e a Política Estadual dos Direitos do Idoso do Estado de Pernambuco, instituída pela Lei 12.109, de 26 de novembro de 2001 (PERNAMBUCO, 2001).

Ainda, a publicação do Plano Estadual de Atenção Integral à Pessoa Idosa em Pernambuco se justifica pelas próprias estatísticas demográficas do Estado, as quais ultrapassam a média nacional, de acordo com o último Censo (IBGE, 2010a), conforme se observa através do trecho a seguir:

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Censo 2010, 9,4% da população brasileira é idosa. Pernambuco possui uma população acima de 60 anos na ordem de 10,9%, ou seja, acima do percentual nacional. Para a população do estado, que é de 8.796.448, esse percentual corresponde a algo em torno de 900 mil pessoas idosas no estado de Pernambuco. O Plano Estadual de Atenção Integral à Pessoa de Pernambuco foi elaborado com o propósito de garantir às pessoas com 60 anos e mais, os seus plenos direitos. Sua proposição levou em conta os estudos e pesquisas existentes sobre envelhecimento e os marcos referenciais legais que instam os estados e governos a proporem ações de promoção do envelhecimento ativo (PERNAMBUCO, 2011, p.01-02).

O Plano Estadual de Atenção Integral à Pessoa Idosa de Pernambuco, portanto, parece estar de acordo com as demais políticas públicas nacionais, em prol da garantia dos direitos dos idosos e de um envelhecimento ativo. Todas essas políticas, no entanto:

São dispositivos que norteiam ações, sociais e de saúde, garantem os direitos das pessoas idosas e obrigam o Estado na proteção dos mesmos. Porém, é sabido que a efetivação de uma política pública requer a atitude consciente, ética e cidadã dos envolvidos e interessados em viver envelhecendo de modo mais saudável possível, onde, o Estado, profissionais da saúde, idoso e sociedade em geral sejam co-responsáveis por esse processo (ANDRADE *et. al.*, 2012, p. 05).

Parece, então, que se a sociedade, como um todo, não se envolver na efetivação das políticas públicas, estas correm o grande risco de serem engavetadas, ou postas em prática apenas parcialmente, somente para cumprir com determinada política de governo, tornando-se, dessa maneira, uma política mais partidária que propriamente uma política pública.

Questiona-se igualmente de que forma é possível cobrar da sociedade em geral uma atitude consciente, ética e cidadã em relação ao idoso, se o próprio “preconceito contra a velhice e a negação da sociedade quanto a esse fenômeno colaboram para a dificuldade de se pensar políticas específicas para esse grupo” (ANDRADE *et al.*, 2012, p. 04). Além disso, como exigir o mesmo do próprio idoso, que pode se encontrar num processo de marginalização social e, muitas vezes, ser assolado pela fragilidade advinda das perdas de velhice, a exemplo das inúmeras demências senis?

Por fim, será que o conceito de saúde que norteia a definição dos profissionais de saúde é coerente com a busca por uma saúde integral, que convergiria positivamente para um envelhecimento ativo? Quais seriam o lugar e o papel do cuidador de idosos nesse cenário? E qual a função dos manuais do cuidador de idosos na formação do cuidador?

É precisamente em busca de algumas respostas a essas três últimas perguntas que será construído o tópico seguinte.

2.4 Um pouco sobre o cuidador de idosos e os manuais do cuidador

Em interessante estudo, o doutor em gerontologia Jaime Pacheco reuniu um grupo de nove cuidadores de idosos, familiares ou profissionais, para que eles trocassem experiências acerca do que é cuidar do idoso dependente e de quais seriam as funções do cuidador de idosos. O autor priorizou respostas subjetivas de cada cuidador, de acordo com sua experiência com o idoso, às seguintes perguntas:

“Mas, o que é ser cuidador? Qual a experiência que precisa ter aquele que cuida de um idoso dependente? Quais são as tarefas que precisam ser executadas e como executá-las?” (PACHECO, 2004, p. 49).

Depois de desenvolvido um trabalho com o grupo, foi possível formular três conclusões gerais sobre o cuidador de idosos:

A primeira conclusão a que o grupo chegou foi que não seria possível formular, ou descrever, as atividades de um cuidador de uma forma fechada, pois as necessidades e as realidades variam de pessoa a pessoa, de momento a momento, de ambiente a ambiente, passando pelas questões físicas, econômicas, sociais e psicológicas do cuidador e do idoso dependente. A segunda foi de que no ato de cuidar há aspectos permanentes e importantes aos quais deve-se sempre estar atento: o respeito ao ser humano, a capacidade de entender as limitações do outro e a disposição de servir. A terceira conclusão foi que cuidar é um ato de amor, sem, contudo, cair numa visão romântica ou ingênua de que o cuidador é responsável por tudo, que pode resolver tudo e que esta missão é unicamente sua. Cuidar tem que ser um ato compartilhado (PACHECO, 2004, p. 49-50).

Conforme se vê, as atividades que envolvem o trabalho do cuidador de idosos devem considerar as particularidades do idoso cuidado, no que concerne às questões físicas, psicológicas, sociais, econômicas e de saúde. Preconiza-se o respeito à dignidade humana do idoso, em concordância com os documentos legais de proteção/regulação dos direitos dos idosos, além de se destacar o ato de amor e doação no trabalho, que deve, por fim, ser um ato compartilhado com os demais que convivem com o idoso.

Essas conclusões podem ser resumidas em um único item lexical – o **cuidado** – o qual inclui respeitar as limitações físicas e os direitos dos idosos, amá-los e tratá-los com carinho, para preservar sua saúde e seu bem-estar de maneira integral. É em torno do cuidado, pois, que o tema da enunciação completa (o sentido) sobre a atividade do cuidador de idosos se constitui, enquanto “um sentido definido e único, uma significação unitária, é uma propriedade que pertence a cada enunciação *como um todo*. Vamos chamar o sentido da enunciação completa o seu *tema*” (BAKHTIN/VOLOCHÍNOV, 2012, p. 133, grifos do autor).

Para compreender uma enunciação, no entanto, é necessário colocar-se igualmente no terreno da significação, que funciona como um “*aparato técnico para a realização do tema*”, isto é, a significação atribui certa estabilidade ao tema, conectando-o com os sentidos que o precedem e o sucedem; ademais, a

compreensão da significação deve ser orientada para o tema, para uma “investigação contextual [...] de uma dada palavra nas condições de uma enunciação concreta” (BAKHTIN/VOLOCHÍNOV, 2012, p. 134-136, grifos do autor). É dessa maneira que tema e significação culminam no conceito de compreensão ativa e responsiva da enunciação:

Compreender a enunciação de outrem significa orientar-se em relação a ela, encontrar o seu lugar adequado no contexto correspondente. A cada palavra da enunciação que estamos em processo de compreender, fazemos corresponder uma série de palavras nossas, formando uma réplica. Quanto mais numerosas e substanciais forem, mais profunda e real é a nossa compreensão. Assim, cada um dos elementos significativos isoláveis de uma enunciação e a enunciação toda são transferidos nas nossas mentes para um outro contexto, ativo e responsivo. A compreensão é uma forma de *diálogo*; ela está para a enunciação assim como uma réplica está para a outra no diálogo. Compreender é opor à palavra do locutor uma *contrapalavra* (BAKHTIN/VOLOCHÍNOV, 2012, p. 137).

A compreensão ativa e responsiva da enunciação sobre o cuidador, então, clama por um posicionamento que abranja outras significações e temas com os quais o **cuidado** precisa dialogar, uma vez que essas contrapalavras ajudam a compreender o sentido da própria enunciação sobre o cuidador de idosos. Além disso, cabe acrescentar que a enunciação é dotada também de um acento apreciativo, sem o qual o sentido não se realiza:

Toda palavra usada na fala real possui não apenas tema e significação no sentido objetivo, de conteúdo, desses termos, mas também um acento de valor ou *apreciativo*, isto é, quando um conteúdo objetivo é expresso (dito ou escrito) pela fala viva, ele é sempre acompanhado por um acento apreciativo determinado. Sem acento apreciativo, não há palavra (BAKHTIN/VOLOCHÍNOV, 2012, p. 137).

Do entendimento da relação intrínseca entre tema, significação e acento apreciativo, portanto, decorre que a compreensão da enunciação sobre o cuidador de idosos deve ser construída no embate de sentidos que circulam no campo de sua atividade de trabalho. O campo do trabalho do cuidador inclui, necessariamente, temas no campo da saúde e no campo jurídico, porquanto o cuidado com o idoso envolve ações em torno da preservação de sua saúde e deve estar de acordo com a legislação que protege/regulamenta os direitos dos idosos. Dessa forma, para compreender a atividade do cuidador de idosos, é necessário se entranhar dialogicamente nesses campos, a fim de pôr em evidência os sentidos que acabam

por definir e regular essa ocupação, afinal o campo do trabalho é propício a negociações, uma vez que se configura, propriamente, como uma arena de embates de ações e discursos de trabalhadores e sobre trabalhadores.

Em se tratando de discursos sobre o cuidador de idosos, a Classificação Brasileira de Ocupações do Ministério de Trabalho e Emprego delega ao cuidador de idosos exercer sua atividade:

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 (BRASIL, 2002a, p. 1).

Assim, os cuidadores auxiliam os idosos no desempenho de suas atividades de vida diárias (AVDs), mas também precisam oferecer certo suporte físico e emocional a essas pessoas. Contraditoriamente, o modelo médico de treinamento é predominante na formação de cuidadores no Brasil, conforme atesta o estudo realizado por Maffioletti *et. al.* (2006), em duas instituições cariocas que oferecem cursos de formação de cuidadores. As autoras concluíram que, embora os cursos questionassem, na construção do projeto de cuidados e no diagnóstico rigoroso da saúde do idoso, a relevância do domínio do cuidado biomédico pelo cuidador, seus respectivos conteúdos programáticos e os materiais utilizados indicavam um direcionamento inverso, preconizando a valorização da técnica e do conhecimento formal.

Por outro lado, a realidade de trabalho de muitos cuidadores de idosos, no Brasil, nem sempre é marcada por um curso de formação. Em estudo realizado em três instituições geriátricas do Recife acerca do trabalho do cuidador de idosos, Porto (2010) entrevistou dez cuidadores de idosos, os quais exercem seu trabalho sem necessariamente terem frequentado cursos de capacitação para cuidadores de idosos; os cuidadores possuíam formações diversas, sendo que a maioria cursou até o ensino básico, e alguns deles tinham o curso técnico em enfermagem. Além disso, todos os cuidadores afirmaram desconhecer qualquer um dos manuais do cuidador de idosos, e o único material de natureza semelhante, mencionado por poucos cuidadores, foi a apostila distribuída durante o curso de formação de três meses.

Apesar do distanciamento do saber formal para o exercício da atividade, os cuidadores entrevistados mobilizaram sentidos diversos na sua compreensão ativa e responsiva acerca do envelhecimento/velhice humanos, evocando, em suas falas, tanto o discurso do Outro – para o qual envelhecimento/velhice são sinônimos de decrepitude –, e contestando esse discurso para atribuir-lhe novos sentidos, como, por exemplo, o sentido de velhice como uma etapa da vida que necessita de cuidados específicos, mas que não está necessariamente atrelada ao que é descartável, inútil e incapaz. No que concerne ao plano da atividade, esses trabalhadores mostraram uma competência²¹ fortemente ligada à herança histórica desse trabalho, no saber prático da atividade de cuidador. A atividade desses cuidadores de idosos foi marcada por um embate de valores distintos, uma constante negociação entre os procedimentos a serem escolhidos pelos cuidadores diante das *dramáticas do uso de si*, isto é, dos dilemas que surgem no cotidiano da atividade e requerem a gestão dos trabalhadores (SCHWARTZ, 1998), fazendo com que eles vivenciassem as situações singulares de maneira sempre diversa, colocando-se como *Seres-Eventos*²² em suas próprias existências (BAKHTIN, 2010). Esses embates, então, puderam ser recuperados discursivamente, a partir do estabelecimento de uma relação com o discurso do Outro, que também era constitutivo do próprio cuidador na sua atividade (PORTO, 2010).

Não obstante a compreensão ativa e responsiva do envelhecimento/velhice humanos por parte daqueles cuidadores, Porto (2010) demonstrou que eles apresentaram uma lacuna de caráter formativo, no que se refere àquilo que Schwartz (2000a) designa de trabalho prescrito, ou seja, o patrimônio cultural acumulado sobre o trabalho, as normas antecedentes a serem seguidas na realização do trabalho.

Na visão de Schwartz (1998), o trabalho prescrito é essencial para a formação da competência dos trabalhadores, uma vez que abrange a capacidade de aprender técnicas e procedimentos generalizáveis, de criar conceitos e prever problemas que

²¹ Competência é tomada aqui no sentido atribuído pelo filósofo e ergologista Yves Schwartz (1998), como sendo complexa e constituída por diversos ingredientes, entre os quais se destacam: a) a capacidade de adequação às normas antecedentes (trabalho prescrito, formal); b) a habilidade que tem de armazenar saberes, a partir do conhecimento prático da atividade; (c) a capacidade de estabelecer a relação entre o primeiro e o segundo ingredientes, aplicando os conhecimentos formais à prática.

²² Para Bakhtin (2010), o homem é entendido como um Ser-Evento, um Ser que se instaura no mundo a partir de seus atos concretos e dinâmicos, e a consciência o apreende como uma ação, evento, e não como um conteúdo.

possam vir a acontecer na atividade, capacidade esta que é desenvolvida a partir da apreensão do saber formal. Ora, se ficou constatada uma lacuna com respeito ao saber formal dos cuidadores de idosos, a análise de sua atividade precisa tentar responder os porquês dessa lacuna, contrastando o trabalho real com o trabalho prescrito.

Uma vez que os manuais do cuidador enquadram-se no trabalho prescrito para essa atividade, seu estudo torna-se de extrema importância para a compreensão da própria atividade do cuidador, tendo em vista que a análise ergolinguística desses manuais ajudará a pôr em evidência os sentidos que circulam e baseiam historicamente essa atividade, procurando regulá-la. Esses sentidos serão, então, colocados no embate com os sentidos mobilizados pelos cuidadores de idosos entrevistados anteriormente (PORTO, 2010), visto que, como qualquer campo da atividade humana, o campo do trabalho do cuidador de idosos vai abarcar formas e usos multiformes da linguagem que estão indissolivelmente ligados e assumem sua própria especificidade na atividade humana em questão (BAKHTIN, 2003).

Cabe acrescentar que os cuidadores de idosos ainda não possuem um reconhecimento legal de sua profissão no Brasil, daí por que esse trabalho é considerado como uma ocupação. Tal fato tem implicações trabalhistas sérias, entre as quais é preciso destacar a equiparação do trabalho do cuidador de idosos às atividades dos trabalhadores domésticos. Ou seja, o cuidador de idosos tem os mesmos direitos dos trabalhadores domésticos, como a garantia do salário mínimo, carteira de trabalho assinada, 13º salário e férias de 30 dias, repouso semanal, licença maternidade de 120 dias e a estabilidade no emprego até 5 meses após o parto, aposentadoria, aviso prévio de 30 dias, auxílio-doença pelo INSS, seguro desemprego etc. Não obstante, o cuidador de idosos não tem as mesmas atribuições dos trabalhadores domésticos, e isso fica ainda mais evidente quando os cuidadores de idosos exercem suas atividades em instituições geriátricas. O trabalho do cuidador de idosos, portanto, carece de reconhecimento e regulamentação, o que impede esses trabalhadores de constituírem um sindicato que defenda seus direitos e lute por condições de trabalho que sejam condizentes às suas obrigações.

Enquanto o Projeto de Lei nº 4702/2012 (BRASIL, 2012), que regulamenta a profissão dos cuidadores de idosos, não for aprovado em todas as instâncias²³, os cuidadores de idosos vão exercer sua atividade sem que seja preciso seguir qualquer tipo de formação para tal. Em outras palavras, enquanto os cuidadores de idosos não constituírem suas identidades profissionais e não forem trabalhadores reconhecidos legalmente, será mantida a lacuna entre o cuidador que atua junto aos idosos e aquele cuidador que, para isso, precisa necessariamente de passar por um curso de formação, conforme determina o Projeto de Lei nº 4702/2012 (BRASIL, 2012). Dessa maneira, permanecerá o duelo entre os discursos de cuidadores que estão no mercado de trabalho, o qual é pautado no conhecimento prático (o trabalho real), fruto da herança histórica de seu trabalho (o segundo ingrediente da competência) *versus* os discursos que pretendem regular o trabalho dos cuidadores, determinando e formalizando os saberes mínimos considerados necessários para o exercício desse trabalho (o primeiro ingrediente da competência, veiculado pelo trabalho prescrito para atividade do cuidador).

A questão que se coloca é que a manutenção dessa dicotomia entre o trabalho real e o trabalho prescrito não condiz com uma postura de negociação entre o saber formal e o saber realizado, onde os trabalhadores fazem usos de si mesmos na atividade, a partir da mobilização dos diversos ingredientes da competência (SCHWARTZ, 2000a). De outra forma, tão logo o referido projeto de lei torne-se uma lei, os cursos de formação para cuidadores de idosos serão obrigatórios para aqueles que desejarem seguir a profissão, de maneira que um maior contato com o trabalho prescrito para a atividade será inevitável.

Assim, torna-se relevante aprofundar o conhecimento sobre a atividade dos cuidadores de idosos, a fim de melhor compreender e antecipar as possíveis lacunas dessa atividade através da análise ergológica dos manuais do cuidador, documentos que possivelmente serão utilizados num futuro próximo para a formação dos cuidadores de idosos no Brasil.

²³ O projeto foi aprovado pelo Senado e, atualmente, aguarda, na Câmara dos Deputados, o parecer da Comissão de Seguridade Social e Família. Em 2013, foi realizada uma audiência pública para discutir o projeto, mas entidades de enfermeiros e cuidadores de idosos não conseguiram chegar a um consenso sobre o assunto: enquanto os enfermeiros defendem que a profissão seja exercida por um técnico em enfermagem, os cuidadores não se reconhecem enquanto profissionais de saúde. Por outro lado, a representante do Ministério da Saúde advertiu para a pouca precisão do texto do projeto de lei acerca das atividades que podem ser desempenhadas pelos cuidadores, clamando por maior clareza do documento legal nesse sentido (ENTIDADES DIVERGEM..., 2013).

Para tanto, neste capítulo, foi feita uma retomada das contribuições de algumas áreas acerca das reflexões sobre o envelhecimento humano, sobretudo no Brasil, suscitando algumas questões consideradas pertinentes sobre o envelhecimento, o cuidador de idosos e os manuais do cuidador. Uma vez introduzidas e contextualizadas essas questões, prepara-se o terreno para o referencial teórico da Ergolinguística, apresentado no capítulo a seguir.

3 A ERGOLINGUÍSTICA

No ano de 2008, o Programa de Pós-Graduação em Letras da Universidade Federal de Pernambuco implementou, após ampla discussão, uma reforma curricular²⁴ que abriu espaço para a incorporação da disciplina de Ergolinguística à sua grade. Enquadrada na linha de pesquisa intitulada “Linguagem, sociedade e trabalho”, que abarca os estudos de diversas áreas da Linguística interessadas no funcionamento da linguagem no âmbito da atividade humana, a Ergolinguística se propõe a discutir a complexidade do trabalho via linguagem, a partir do aporte teórico e metodológico resultante da confluência entre a Teoria/Análise Dialógica do Discurso, a Ergonomia francesa e a Ergologia.

Não obstante, as discussões que preocupam a Ergolinguística não são inéditas: o interesse pelo estudo da relação entre linguagem e trabalho é mais antigo. Na França, a temática se fortaleceu, principalmente, a partir das contribuições de Clot (1997) e Faïta (2002, 2005), estudiosos de diferentes formações que encontraram um campo teórico fecundo na Ergologia (SCHWARTZ, 1989; 1997; 1999; 2000a;b), disciplina que surgiu na França, na década de 1970, interessada na análise pluridisciplinar do trabalho, sendo este visto como uma atividade humana em situação real.

No final da década de 1990, houve o lançamento da coletânea intitulada *Linguagem & Trabalho* (DUARTE; FEITOSA, 1998), fruto do I Colóquio Franco-Brasileiro sobre Linguagem e Trabalho, ocorrido em 1995, na cidade do Rio de Janeiro. Os pesquisadores interessados na temática fundaram, em 1997, um projeto de cooperação entre o Brasil e a França, envolvendo, por um lado, a PUC-SP, a PUC-Rio, a UFRJ e outras instituições brasileiras, através do grupo de pesquisa ATELIER Linguagem e Trabalho (CNPq), liderado pela Profa. Dr^a. Maria Cecília Pérez de Souza-e-Silva; por outro lado, a Université de Provence-Aix-Marseille e a Université de Rouen, onde atuavam, entre outros, o Prof. Dr. Daniel Faïta e o Prof. Dr. Yves Schwartz. O estabelecimento dessa cooperação entre essas universidades

²⁴ Em 2014, após nova discussão no Programa de Pós-Graduação em Letras da UFPE, foi submetida uma proposta ao colegiado para que a Ergolinguística passasse a dividir seu espaço com outras abordagens, sendo incorporada a uma nova disciplina, denominada “Linguagem e trabalho em diferentes práticas sociais”. Tal incorporação não invalida sua contribuição, tampouco diminui seu papel na reflexão a que se propõe, apenas sinaliza para a necessidade de angariar mais espaço no âmbito da Linguística, obtendo, assim, maior reconhecimento e, conseqüentemente, recrutando mais pesquisadores que possam dar continuidade ao desenvolvimento de seu percurso teórico e metodológico.

brasileiras e francesas rendeu importantes publicações, e algumas delas podem ser vistas na coletânea organizada por Souza-e-Silva e Faïta (2002), intitulada *Linguagem e trabalho: construção de objetos de análise no Brasil e na França*.

Após treze anos, a disciplina de Ergolinguística pleiteia seu lugar no campo da Linguística, procurando demonstrar aos pesquisadores brasileiros e estrangeiros a importância, na contemporaneidade, de se pensar o trabalho como um campo complexo, permeado por atividades simbólicas atravessadas pela linguagem, que, por um lado, ajuda a organizar o trabalho e, por outro, permite compreendê-lo. Desta forma, a Ergolinguística abre espaço para o desenvolvimento de análises do trabalho com base na Teoria/Análise Dialógica do Discurso, proveniente dos estudos sobre o legado deixado pelo Círculo de Bakhtin, oferecendo um arcabouço teórico e metodológico consistente para todos aqueles que desejam se utilizar da Linguística para compreender as relações humanas.

É no âmbito da Ergolinguística, portanto, que este trabalho se situa, ao definir como objeto principal desta abordagem os manuais escritos para a orientação dos cuidadores de idosos em sua atividade laboral, confrontados com a palavra dos cuidadores de idosos. A partir desse enfoque, a linguagem se mostra como uma via essencial para a compreensão do mundo do trabalho, conforme será demonstrado adiante, através da constituição epistemológica da disciplina.

3.1 Contextualizando a discussão sobre linguagem e trabalho

O interesse pelo estudo da relação entre linguagem e trabalho, base da Ergolinguística, adquiriu repercussão, no Brasil, a partir da década de 1990. Mas, não partiu da Linguística a iniciativa de reunir os pesquisadores interessados na temática: o Prof. Dr. Mário César Vidal, da UFRJ, e o ergonomista Alain Wisner, do Laboratório de Ergonomia do Conservatoire National des Arts et Métiers (CNAM), organizaram juntos o I Colóquio Franco-Brasileiro sobre Linguagem e Trabalho, realizado pela PUC-Rio e pela UFRJ, em 1995.

O livro intitulado *Linguagem & Trabalho* (DUARTE; FEITOSA, 1998), resultado dos trabalhos apresentados no evento, indicava a necessidade de tratar o tema por diversos enfoques: sociólogos, linguistas, ergonomistas, engenheiros, comunicólogos, entre profissionais de outras áreas, esforçaram-se por pensar, a

partir da contribuição de cada campo de pesquisa, a importância da linguagem para compreender a situação de trabalho e suas atividades constitutivas.

Na época, apesar de o Colóquio e a posterior publicação do livro terem aberto um espaço profícuo para se pensar a relação entre linguagem e trabalho no Brasil, seria precipitado pensar no surgimento de uma disciplina, no âmbito da Linguística, a qual se interessasse pela abordagem do trabalho através da linguagem, a partir da delimitação de uma teoria, de um objeto de estudo e de uma metodologia. A própria natureza diversa dos temas tratados durante o Colóquio, bem como a filiação teórica dos pesquisadores com diferentes áreas era bastante favorável à abordagem do tema a partir de diversas disciplinas, e não ao surgimento de uma disciplina, com teoria e métodos próprios, a qual elegeria a temática como seu enfoque principal.

De fato, como qualquer novo campo de pesquisa, era necessário, naquela época, ensaiar teorias e métodos que buscassem dar conta das preocupações que envolviam o complexo mundo do trabalho, mediado necessariamente pela linguagem. E foi a partir das tentativas de linguistas, sobretudo brasileiros e franceses, que se estabeleceram as bases para o surgimento da Ergolinguística. Entre esses pesquisadores, destaca-se Maria Cecília Pérez de Souza-e-Silva, da PUC-SP, que, na área da Linguística Aplicada, dedicou-se ao estudo da temática com tal empenho que impulsionou o diálogo entre o grupo francês, liderado por Daniel Faïta, e os demais pesquisadores brasileiros interessados em desenvolver estudos na área.

A partir do legado desses pesquisadores, construiu-se o arcabouço teórico e metodológico da Ergolinguística. Para situar essa disciplina, portanto, é preciso retomar seu percurso desde a Linguística Aplicada, disciplina com a qual mantém uma estreita relação.

3.2 A Linguística Aplicada e a Ergolinguística

Em artigo publicado anteriormente (PORTO, 2011), realizou-se uma retrospectiva histórica da Linguística Aplicada, desde a época de seu surgimento, enquanto aplicação da Linguística, à chamada Linguística Aplicada Indisciplinar, abordagem liderada por Moita Lopes (2009; 2012), entre outros pesquisadores da área. Para os fins deste trabalho, interessa retomar de forma breve e crítica esse

percurso, a fim de delinear histórica, teórica e metodologicamente a Ergolinguística, disciplina escolhida para conduzi-lo.

Na introdução do livro *Por uma Linguística Aplicada Indisciplinar*, Moita Lopes (2011) chama a atenção dos leitores sobre a necessidade de ultrapassar a categorização da Linguística Aplicada como uma aplicação da Linguística ao ensino de línguas estrangeiras, conforme a disciplina surgiu nos anos 1940. Nesta primeira fase, pretendia aplicar as teorias linguísticas como uma forma de solucionar os problemas de ensino/aprendizagem de línguas. Ainda nos dias de hoje, a Linguística Aplicada atrai vários pesquisadores interessados nessa perspectiva, sobretudo no ensino/aprendizagem de língua inglesa, e esse interesse pela sala de aula acabou por se desdobrar em muitos estudos concentrados na relação entre linguagem e educação, uma tendência bastante sedimentada na Linguística Aplicada, no Brasil, na Austrália e em outros países do mundo (MOITA LOPES, 2011).

A crítica que reside na redução da Linguística Aplicada à aplicação da Linguística a situações de sala de aula de línguas se deve à constatação, por parte de pesquisadores da própria área, da inconsistência de se pensar que as teorias linguísticas, de maneira geral, poderiam responder às problemáticas do ensino/aprendizagem de línguas, como se isso envolvesse apenas aspectos linguísticos. Segundo Moita Lopes, o processo de ensinar e aprender línguas:

Está sob contingências outras que nenhuma teoria linguística pode contemplar: aspectos sociais e psicológicos da aprendizagem em sala de aula são somente algumas delas, estando bem distantes do escopo de uma teoria linguística (MOITA LOPES, 2011, p. 18).

Para tentar abranger a complexidade do ensino/aprendizagem de línguas, a Linguística Aplicada, então, passou a solicitar a contribuição de outras disciplinas e de outras teorias dentro da própria Linguística. Foi assim que abriu espaço para as questões concernentes aos estudos da tradução, bem como para trabalhos de orientação gerativista²⁵, influenciados pelo então recente modelo gerativo-transformacional desenvolvido por Chomsky a partir da década de 1950.

Nos anos 1970, no Brasil, há que se destacar o desenvolvimento dos estudos em língua materna, a exemplo da contribuição dos estudos sobre os letramentos

²⁵ Entre eles, um artigo do próprio Moita Lopes (1979). Para mais detalhes, consultar Moita Lopes (2009).

(KLEIMAN, 1995) e da mudança de foco das salas de aulas escolares para outras instituições:

Ao contrário do que frequentemente acontece em outras partes do mundo, no Brasil, a pesquisa em Linguística Aplicada tem se espalhado para uma série de contextos diferentes da sala de aula de Língua Estrangeira: da sala de aula de Língua Materna para as empresas, para as clínicas de saúde, para a delegacia de mulheres etc., ainda que predominem aspectos referentes à educação linguística. E a questão de pesquisa, em uma variedade de contextos de usos da linguagem, passou a ser iluminada e construída interdisciplinarmente. Tal perspectiva tem levado à compreensão da Linguística Aplicada não como conhecimento disciplinar, mas como Indisciplinar ou como *antidisciplinar* e transgressivo (MOITA LOPES, 2011, p. 19).

Por ocasião do interesse da Linguística Aplicada pelo contexto de uso da linguagem em outros âmbitos institucionais, cabe destacar a crescente importância que o mundo do trabalho passou a ter para a disciplina, sobretudo a partir da década de 1990. Com respeito a isso, Souza-e-Silva (2004, p. 188) ressalta que é preciso “avançar um pouco mais na compreensão da dificuldade do languageiro para expressar a experiência sobre o trabalho”. Desta maneira, alguns pontos consensuais acerca da delimitação da Linguística Aplicada contemporânea são levantados pela autora, dentre os quais, os dois últimos merecem ser destacados:

5) Geralmente se incluem na linguística aplicada vários subcampos de estudo: bilinguismo, linguística de *corpus*, linguística forense, estudos sobre línguas em contato, valorização e evolução linguística, tradução e interpretação, uso da língua em contextos profissionais, lexicografia e elaboração de dicionários, alfabetização, aquisição de primeira e segunda língua, investigação sobre a escrita em segunda língua.

6) Como consequência, a linguística aplicada é um campo interdisciplinar, já que poucos problemas práticos, envolvendo a linguagem de forma central, são abordados com os recursos oferecidos pelos conhecimentos de uma única disciplina, incluindo a linguística (SOUZA-E-SILVA, 2004, p. 190).

É necessário salientar, contudo, que os itens consensuais elencados por Souza-e-Silva (2004) expressam a tentativa da autora em esclarecer para profissionais de outras áreas, isto é, não linguistas, de forma sucinta, a organização interdisciplinar da Linguística Aplicada contemporânea, a fim de situar os estudos do grupo Atelier, por ela liderado, os quais resultam do privilégio atribuído pela Linguística Aplicada aos referidos campos e subcampos com os quais se relaciona. Nessa perspectiva, o grupo Atelier:

- a) Pensa a linguagem na relação com o trabalho sob dois eixos: o estudo dos discursos produzidos por diferentes interlocutores, nos quais o tema *trabalho* é relevante e a análise das práticas de linguagem em situação de trabalho.
- b) Tem suas pesquisas voltadas prioritariamente para instituições não-acadêmicas (empresas, hospitais), o que não implica o distanciamento das questões de ensino-aprendizagem; dialoga com disciplinas convocadas a pensar o trabalho que ainda não transitam na área: a ergonomia situada – que tem por objetivo analisar a atividade de trabalho levando em conta a natureza e circulação das prescrições e os recursos utilizados pelo trabalhador e pelo coletivo de trabalho como resposta a essas prescrições – e a ergologia, caracterizada aqui como disciplina no sentido de uma norma na investigação intelectual (SOUZA-E-SILVA, 2004, p. 190-191).

Onze anos após a publicação de Souza-e-Silva (2004), não é difícil encontrar pesquisadores desenvolvendo estudos nos citados subcampos da Linguística Aplicada, considerando-os como disciplinas independentes. É o caso da Linguística de *Corpus*, da Linguística Forense, da Aquisição da Linguagem etc. Enquanto linguistas, esses pesquisadores tendem a se filiar a essas novas disciplinas, e não à grande área da Linguística Aplicada.

É na esteira dessas novas disciplinas que emerge a Ergolinguística, a partir da repercussão expressiva dos estudos sobre a relação entre linguagem e trabalho nas instituições, sejam elas acadêmicas ou não. Assumindo o arcabouço teórico e metodológico deixado por Bakhtin e seu Círculo, através da Teoria/Análise Dialógica do Discurso, a Ergolinguística dialoga com outras disciplinas, a exemplo da Ergonomia situada e da Ergologia, a fim de compreender a relação entre o trabalho e a linguagem como atividades situadas, através de métodos de coleta e análise de dados que se colocam como facilitadores do conhecimento de sujeitos sociais via discurso (SAMPAIO *et. al.*, 2006), ao passo que também convocam os trabalhadores para reflexão, possibilitada pela linguagem, sobre si mesmos em atividade, ajudando à compreensão do funcionamento do mundo do trabalho.

Deste modo, a Ergolinguística se constitui como uma disciplina independente da Linguística Aplicada, na medida em que é um subcampo que galgou seu espaço no âmbito acadêmico, através do desenvolvimento de estudos sobre o trabalho humano a partir de teorias e métodos próprios. Por outro lado, a Ergolinguística pode ser considerada como uma abordagem da Linguística Aplicada na ótica indisciplinar proposta por Moita Lopes (2009; 2011), uma vez que, nesse caso, não deixa de ser definida enquanto uma disciplina, porquanto a Linguística Aplicada é

vista como uma grande área que abarca muitas disciplinas da Linguística, sem haver, por isso, uma relação de subordinação entre elas.

De qualquer forma, ao ser delimitada como uma disciplina, a Ergolinguística não tem a pretensão de se configurar como uma “nova verdade”, cuja teoria e os métodos devem ser seguidos por todos aqueles que desejem compreender o mundo do trabalho via linguagem, para dialogar com as palavras de Moita Lopes (2011), mas sim como uma verdade possível para se compreender os sujeitos em atividade situada. É daí que, na Ergolinguística, torna-se possível a inclusão e experimentação de outros métodos de coleta e análise de dados, como a utilização de entrevistas narrativas (PORTO, 2010), contanto que a metodologia esteja de acordo com uma atitude dialógica diante do *corpus* discursivo (BRAIT, 2006), a qual permite que pesquisadores e trabalhadores tornem-se sujeitos no emaranhado de relações dialógicas possíveis de construir a partir da relação de interdefinição entre linguagem e trabalho.

3.3 A Ergolinguística e sua natureza transdisciplinar

Na obra *Problemas da Poética de Dostoiévski*, Bakhtin (2002) apresenta aos seus leitores a Metalinguística, uma disciplina que se difere da Linguística da época, pois não elege como seu objeto de estudos a língua aos moldes do estruturalismo de Saussure (2002), mas as relações dialógicas que se estabelecem a partir do discurso. Segundo o pensador russo, apenas uma abordagem que ultrapassasse o estudo da língua “em si mesma e por si mesma” poderia dar conta de compreendê-la em sua integridade concreta e viva:

Intitulamos este capítulo ‘O discurso em Dostoiévski porque temos em vista o *discurso*, ou seja, a língua em sua integridade concreta e viva e não a língua como objeto específico da Linguística obtido por meio de uma abstração absolutamente legítima e necessária de alguns aspectos da vida concreta do discurso. Mas são justamente esses aspectos, abstraídos da Linguística, os que têm importância primordial para os nossos fins. Por este motivo as nossas análises subsequentes não são linguísticas no sentido rigoroso do termo. Podem ser situadas na Metalinguística, subtendendo-a como um estudo – ainda não constituído em disciplinas particulares definidas – daqueles aspectos da vida do discurso que ultrapassam – de modo absolutamente legítimo – os limites da Linguística. As pesquisas metalinguísticas, evidentemente, não podem ignorar a Linguística e devem aplicar seus resultados. A Linguística e a Metalinguística estudam um mesmo fenômeno concreto, muito complexo e multifacético – o discurso, mas estudam sob diferentes ângulos de visão (BAKHTIN, 2002, p. 181).

Com o avanço da ciência linguística ao longo do século XX, ela passou a abranger também os estudos que ultrapassavam os limites da língua homogênea, tal como definida por Saussure (2002). Esse fato permite conjecturar que, na atualidade, não seria necessário Bakhtin delimitar uma nova disciplina – a Metalinguística – para responder aos seus anseios de compreensão da língua viva, uma vez que a própria Linguística englobaria seus interesses. Não obstante, na época, a preocupação de Bakhtin com a mudança de foco nos estudos da linguagem acabou por impulsionar o desenvolvimento de sua Teoria Dialógica, que viria a ser retomada nas últimas décadas do século XX, quando, após a guinada pragmática da Linguística, surgiram várias disciplinas na área interessadas na fala, na enunciação, no discurso²⁶, ou seja, nos referidos aspectos da língua que até então haviam sido legitimamente abstraídos, conforme Bakhtin (2002).

Ao definir sua Metalinguística, Bakhtin afirmou que o discurso era objeto de estudos também da Linguística, embora fosse abordado de pontos de vista diversos. Por isso mesmo, preferiu substituir a palavra “discurso” por “relações dialógicas” – o objeto de estudos da Metalinguística – sendo aquelas de natureza extralinguística, mas necessariamente relacionadas ao discurso, de natureza linguística:

Assim, as relações dialógicas são extralinguísticas. Ao mesmo tempo, porém, não podem ser separadas do campo do *discurso*, ou seja, da língua enquanto fenômeno integral concreto. A linguagem só vive na comunicação dialógica daqueles que a usam. É precisamente essa comunicação dialógica que constitui o verdadeiro campo da *vida* da linguagem. [...] Essas relações se situam no campo do discurso, pois este é por natureza dialógico e, por isso, tais relações devem ser estudadas pela Metalinguística, que ultrapassa os limites da Linguística e possui objeto autônomo e metas próprias (BAKHTIN, 2002, p. 183).

As relações dialógicas, pois, passaram a assumir lugar central nos estudos da Teoria/Análise Dialógica do Discurso, corrente desenvolvida a partir da década de 1990, no Brasil, baseada na obra de Bakhtin e seu Círculo (BRAIT, 2006), interessada na compreensão de sujeitos via linguagem. Nessa ótica, o texto deve ser o ponto de partida de todas as ciências humanas, de acordo com Bakhtin no ensaio *O problema do texto na Linguística, na filologia e em outras ciências humanas*, publicado no adendo da *Estética da Criação Verbal*:

²⁶ Para uma reconstituição da história da Linguística, consultar Weedwood (2003) e Fiorin (2013).

Não é nossa intenção um aprofundamento na história das ciências humanas, particularmente da filologia e da linguística – estamos interessados na especificidade do pensamento das ciências humanas, voltado para pensamentos, sentidos e significados dos outros, etc., realizados e dados ao pesquisador apenas sob a forma de *texto*. Independentemente de quais sejam os objetivos de uma pesquisa, só o texto pode ser o ponto de partida (BAKHTIN, 2003, p. 308).

É o texto, portanto, que possibilita ao pesquisador a oportunidade de compreender as relações dialógicas ali presentes, relações essas que são entre sujeitos. Assim, compreender as relações dialógicas é uma forma de entender os sujeitos que se comunicam através dos textos. É nesse norte que a Ergolinguística elege a Teoria/Análise Dialógica do Discurso como central para sua constituição, na medida em que busca a compreensão, através dos textos que circulam nos diversos campos da atividade humana, dos sujeitos trabalhadores e da própria organização do trabalho.

Conforme exposto no item anterior, a Ergolinguística se coloca à disposição de pesquisadores interessados em desenvolver estudos sobre a atividade humana situada. Todavia, o mundo do trabalho é também estudado por várias outras disciplinas, sejam elas da Linguística – como a Sociolinguística ou a Linguística Aplicada, para citar dois exemplos – ou não, como a Antropologia e as Ciências Sociais de forma geral. Nesse sentido, julgou-se importante, em trabalho anterior (PORTO, 2011), melhor delimitar a Ergolinguística, a fim de esclarecer algumas especificidades de sua abordagem e, de forma breve, essa discussão será retomada a partir de agora, com o objetivo de situar a sua natureza transdisciplinar.

A natureza transdisciplinar da Ergolinguística é fundamental para compreender que, desde sua constituição, trata-se de uma abordagem que parte dos estudos linguísticos, especificamente na Teoria/Análise Dialógica do Discurso, para estabelecer uma postura dialógica com a Ergologia que, por sua vez, bebeu na fonte da Ergonomia.

O prefixo *ergo* vem de uma palavra grega que significa ‘ação, trabalho, obra’. Aponta para a energia, a vitalidade daquele que trabalha, a ênfase não está no trabalho visto por uma pessoa exterior. Aí está o ângulo sob o qual abordamos o trabalho: colocamo-nos tanto quanto possível do *ponto de vista daquele que trabalha*. Nós nos centramos sobre a relação que a pessoa estabelece com o meio no qual ela está engajada (SCHWARTZ; DURRIVE, 2007, p. 297, grifo do autor).

A Ergolinguística é, portanto:

Uma linguística do trabalho, visto como uma atividade complexa e situada. [...] A Ergolinguística é de natureza transdisciplinar, uma vez que seu aporte teórico se constroi na confluência entre a Ergonomia, a Ergologia e a Linguística. Contudo, isso não significa que se trata apenas da justaposição de três disciplinas, cada uma trabalhando à sua maneira, pois, se assim fosse, não haveria sentido em se falar de uma Ergolinguística. Na verdade, parte-se da contribuição de cada um desses campos de conhecimento, a fim de tentar abarcar a complexidade do trabalho (PORTO, 2011, p. 275-276).

Preocupada com a adaptação do trabalho às pessoas (TELLES, ALVAREZ, 2004), no período após a Segunda Guerra Mundial, a Ergonomia se formalizou enquanto uma disciplina que entendia a atividade laboral como bifurcada em trabalho prescrito e o trabalho real, isto é, subdivida entre a “definição formal das tarefas a executar” e as “dimensões concretas de sua realização” (FAÏTA, 2002, p. 45-46). A Ergologia, interessada na produção de conhecimento sobre a atividade humana situada, buscou no diálogo com várias disciplinas – a Ergonomia, a Sociologia, a Filosofia, a Psicologia, a Engenharia de Produção, a Linguística etc. – um aporte para compreender o trabalho prescrito e o trabalho real não dois polos distintos, mas considerando a constante renormalização do trabalho prescrito, a partir do patrimônio histórico acumulado sobre a própria atividade.

Desta forma, Schwartz (1997; 1998; 1999; 2000a;b) compreende a atividade humana situada como um espaço para a subjetividade dos trabalhadores, visto que suas formas de falar e de agir na atividade combatem a repetição mecânica²⁷ das tarefas a executar e, conseqüentemente, as regras que lhes foram pré-determinadas. Assim, os trabalhadores não reproduzem maquinalmente as instruções a serem seguidas na atividade; ao contrário: enquanto sujeitos de trabalho, eles são parte essencial de sua organização e, por isso mesmo, toda a complexidade desses sujeitos deve ser levada em consideração na análise da atividade, na medida em que eles se colocam, a todo momento, através da linguagem, de gestos, de ações, do seu corpo, dos seus desejos e dos seus valores (SCHWARTZ, 1997).

²⁷ Essa repetição mecânica está atrelada ao modelo taylorista, fundado por Frederick Taylor, no final do século XIX, para ser aplicado com os operários das fábricas da época, objetivando a racionalização do trabalho, para aumentar a produção e o lucro da empresa. O tempo de execução das tarefas era controlado rigorosamente, por isso as tarefas eram divididas, e os trabalhadores se especializavam na sua execução repetitiva (SOUZA-E-SILVA, 2002).

O conceito de gestão, na Ergologia, põe o foco no sujeito trabalhador que gere a sua atividade a partir do uso que faz de si mesmo, em constante confronto com o uso de si pelos outros, “já que enfim a negociação dos usos de si é sempre problemática, sempre lugar de uma *dramática*. A atividade industriosa é sempre um *destino a viver*” (SCHWARTZ, 2004, p. 25). Lançando mão do seu corpo si, que carrega um saber marcado por aspectos sensoriais, biológicos, psíquicos, culturais e históricos (SCHWARTZ, 1998), o trabalhador, na gestão de todos eles, leva em conta um *si* que transita entre o individual e o coletivo, renormalizando as normas antecedentes a partir de seus valores, contanto que respeite os limites dos “horizontes de uso” que direcionam as escolhas e ações dos sujeitos no trabalho (FRANÇA, 2004; CHARRIAUX; SCHWARTZ, 1992).

O trabalho é uso de si, isto quer dizer que ele é o lugar de um problema, de uma tensão problemática, de um espaço de possíveis sempre a negociar [...] É o indivíduo em seu ser que é convocado; são, mesmo que inaparente, recursos e capacidades infinitamente mais vastos que os que são explicitados, que a tarefa cotidiana requer (SCHWARTZ, 2000a, p.40).

Considerando-se a linguagem como uma importante maneira de expressar os usos de si pelo sujeito trabalhador, ela se apresenta enquanto uma via de acesso ao mundo do trabalho, na medida em que permite entrever os problemas imediatos das situações laborais, revelando igualmente os percalços da organização do trabalho (FEITOSA, 1998). Deste modo, a linguagem é facilitadora da compreensão das ações dos profissionais e dos sentidos que eles produzem e mobilizam na esfera da atividade (FAÏTA, 2002), adquirindo o *status* de:

Elemento essencial na construção da ação e da significação, na afirmação das identidades profissionais, no planejamento, na coordenação, na negociação das atividades e das tomadas de decisão (FAÏTA, 2002, p. 47).

Ao admitir a relevância da linguagem para a compreensão do trabalho e, conseqüentemente, dos sujeitos trabalhadores, a Ergologia encontrou na Teoria/Análise Dialógica do Discurso um campo fértil para pensar de que forma as relações dialógicas revelam a produção de sentidos na atividade humana. Mais especificamente, é preciso compreender as relações dialógicas entre trabalhadores, entre pesquisadores e trabalhadores e entre os discursos que baseiam as normas

anteriores das atividades humanas, ao serem confrontados com os discursos que emergem no trabalho real.

Nesse sentido, Vieira (2004) ressalta que não se trata, simplesmente, de analisar a execução de uma tarefa por parte do trabalhador e, em seguida, atribuir sentido àquela ação: é preciso compreender a atividade como uma instância mais global que a ação e considerar que ela é também constituída por seu entorno não-evidente. Assim:

As atividades suspensas, contrariadas ou impedidas e suas contra-atividades devem ser admitidas na análise. Tal posicionamento implica uma reflexão conjunta do analista-pesquisador e dos protagonistas que ajuda na reconstrução de sentidos para a atividade (VIEIRA, 2004, p. 220).

A reconstrução dos sentidos, pois, dá-se através da linguagem, bem como a atribuição de novos sentidos à própria atividade. Isso se torna possível a partir de uma postura teórico-metodológica do linguista que se coloca como um interlocutor dos textos que circulam nos diversos campos da atividade humana. Em outros termos, é preciso que o pesquisador assuma uma postura dialógica diante dos textos, para compreendê-los enquanto “um elo na corrente complexamente organizada de outros enunciados” posto que “não existe a primeira nem a última palavra, e não há limites para o contexto dialógico” (BAKHTIN, 2003, p. 272; 410).

Em situação de trabalho, o objetivo primeiro do linguista é ocupar um lugar de interlocutor ativo na esfera da comunidade dialógica de pesquisa que se estabelece. No lugar de visar à constituição de um *corpus*, visa a participar o desenvolvimento da história do sujeito no trabalho e, com ele (s), propor textos (FRANÇA, 2004, p.129).

Fica esclarecida, portanto, a relação indissociável entre a Linguística e a Ergologia na constituição da Ergolinguística enquanto uma disciplina: se, por um lado, é necessária uma teoria que se interesse pelas relações dialógicas estabelecidas entre sujeitos de trabalho, por outro, é preciso ultrapassar a dicotomia entre trabalho prescrito e trabalho real, para assumir que o trabalhador negocia constantemente entre o uso de si por si mesmo, lugar de exercer sua subjetividade, e o uso de si por outrem – encarregados de fazer cumprir o trabalho prescrito. Assim, a atividade situada convida o trabalhador a se posicionar mediante as *dramáticas do uso de si*, definidas como os dilemas que surgem no exercício laboral e fazem surgir “uma verdadeira micro-história, essencialmente inaparente, na qual

cada um se vê na obrigação de se escolher, ao escolher orientar sua atividade de tal ou tal modo” (SCHWARTZ, 1998, p. 29).

Levando-se em consideração a figura do trabalhador como central para a compreensão do mundo do trabalho, não se pode subjugar a complexidade de fatores que envolvem a sua competência. Além de depender dos usos que esse trabalhador fará de si mesmo, mediante as dramáticas que enfrentará, é necessário ressaltar que a formação da competência do trabalhador a partir de diversos ingredientes é crucial para entender, por exemplo, o porquê de um trabalhador se apoiar em determinado conhecimento, e não em outro, para resolver os problemas em seu ofício.

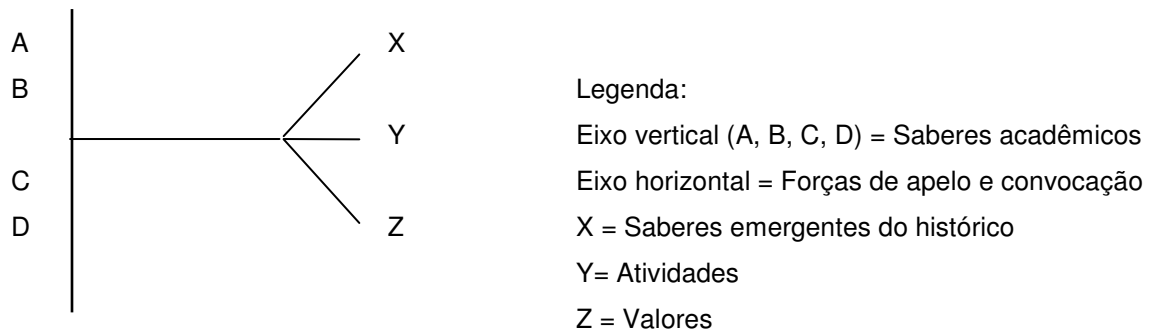
De acordo com Schwartz (1998), os ingredientes da competência podem ser resumidos em: (1) a habilidade de adequação ao trabalho prescrito, ou seja, às normas antecedentes estabelecidas para a atividade; (2) a capacidade de mobilizar saberes provenientes do conhecimento prático, adquirido pela herança histórica da atividade, bem como pela experiência do próprio trabalhador; (3) a aptidão de fazer o bom uso de si por si, negociando entre os conhecimentos formais e práticos, estabelecendo uma relação entre primeiro e o segundo ingredientes; (4) considerar os valores envolvidos, bem como a competência coletiva (quinto ingrediente), os quais envolvem toda atividade do trabalho. É preciso ponderar, por último, sobre a qualidade sinérgica (ou construção sinérgica) – o sexto ingrediente – responsável por regular a atividade de trabalho, conforme Schwartz (1997). Com respeito a este último ingrediente, Muniz *et. al.* elucidam sua importância na composição de equilíbrios na competência:

A construção de equilíbrios sempre singulares e provisórios, cuja dinâmica depende da conjunção de espectros ergológicos diferentes [...] Não se trata de fazer a soma de competências ou desempenhos individuais ao avaliar o desempenho global de um coletivo. A construção sinérgica promove transformações nos desempenhos e competências individuais, assim como na culinária os ingredientes, quando misturados, formam sabores diferentes dos que ofereceriam se provados individualmente (MUNIZ *et. al.*, 2004, p. 335).

Todos os ingredientes da competência convocam o trabalhador a lançar mão de sua vivência linguística, cognitiva e histórica na atividade de trabalho. A proposta de Schwartz (1997) com respeito à competência, como se pode observar, não apenas a destrincha em diversos ingredientes, colocando-a em espectro complexo

inerente à própria atividade de trabalho, como também reconhece a indissociabilidade desses ingredientes. Para facilitar a compreensão de sua proposta, o autor (SCHWARTZ, 2000a) elaborou o dispositivo de três pólos, representados pelos conhecimentos, pelas atividades e pelos valores:

Figura 1 – Dispositivo de três pólos



De acordo com a Figura 1, o eixo vertical é composto pelos saberes acadêmicos (A, B, C, D), mas também por saberes emergentes do histórico, isto é, pelo conhecimento adquirido através do exercício da atividade, em que esses saberes são retrabalhados (X), considerando-se também os valores (Z) ali envolvidos. O confronto entre os saberes que compõem o eixo vertical do dispositivo é realizado pelos protagonistas que produzem o conhecimento, governados por forças de apelo e de convocação (Y), assim definidas por Schwartz:

Por que forças de apelo e convocação? Para indicar que os protagonistas de um tal regime de produção de conhecimento têm a vocação de requerer e confrontar em suas situações reais, os saberes e as demandas normatizadas do eixo vertical. O eixo horizontal é, em certo sentido, aquele do apelo, da demanda, do sentimento dos limites ou das derivas possíveis dos vínculos atividades-valores e dos saberes emergentes do histórico. De outro lado, é também aquele de colocar à prova as análises e diagnósticos teóricos. Todo o apelo, se for seguido do trabalho em comum – coração do próprio dispositivo – é também reformulação de questões, de ampliação dos horizontes culturais, retrabalho dos valores pelos protagonistas do apelo (SCHWARTZ, 2000b, p. 89).

O dispositivo de três pólos é ilustrativo do contínuo, proposto por Schwartz (200b), entre o trabalho prescrito e o trabalho real, no qual o protagonista da atividade assume uma importância basilar. A confluência entre o trabalho prescrito e o real, então, permite o conhecimento tanto da atividade quanto do sujeito que a

protagoniza, tendo em vista que a abordagem da subjetividade, no trabalho, propicia uma reflexão sobre sua dimensão coletiva (SCHWARTZ, 2000b).

Assim, ao analisar o trabalho, não se deve reduzir o trabalhador à dicotomia competente/incompetente, mas enxergá-lo enquanto um sujeito de trabalho em constante gestão de suas habilidades para solucionar problemas. A partir dessa ótica, é preciso pensar: em qual(is) ingrediente(s) está(ao) a(s) lacuna(s) dessa competência do trabalhador, quais as razões sociais para o surgimento dessas lacunas, uma vez que o trabalho é uma atividade social e não pode ser enxergado fora de seu contexto, e quais seriam as possíveis resoluções para os problemas naquele âmbito de trabalho?

Uma vez postas essas questões, faz-se necessária uma breve apresentação dos métodos utilizados na Ergolinguística, para melhor esclarecer de que maneira o linguista analisa a atividade e se coloca em relação aos trabalhadores.

3.4 Os métodos de autoconfrontação, as instruções do sócia e a entrevista narrativa

Provenientes do Direito e da Psicologia e surgidos nos anos 1960, os métodos de autoconfrontação²⁸ defendem a autorreflexão como crucial para o desenvolvimento da situação de trabalho (CLOT, 1997), porquanto se entende que a palavra é fundamental para a organização e manifestação do pensamento, conforme Vygotsky (1987).

Os métodos de autoconfrontação possibilitam que os trabalhadores se observem em atividade, a partir do registro (em áudio ou em vídeo) de suas ações, inclusive daquelas que se manifestam através da linguagem. Ao se confrontarem consigo mesmos em atividade, os trabalhadores são convidados a falarem sobre a situação para o pesquisador e para os colegas que os acompanham, estimulando sua autorreflexão sobre o trabalho (VIEIRA, 2004).

Ao registrar o momento de interação com o trabalhador que se autoconfronta, o linguista passa a ter acesso à compreensão do trabalho no seu entorno não-

²⁸ A autoconfrontação subdivide-se em simples e cruzada, mas elas não são detalhadas aqui, pois o objetivo deste tópico é apenas situar os métodos utilizados na Ergolinguística; ademais, apenas as instruções do sócia serviram de base para constituição da entrevista narrativa, que é um dos instrumentos utilizados para a coleta de dados neste trabalho. Para maior detalhamento desses métodos, consultar Vieira (2004) e Porto (2011).

evidente, que se manifesta através dos sentidos que emergem do embate entre aquilo que se espera do trabalhador (o trabalho prescrito) e aquilo que ele realiza no trabalho real, inclusive no enfrentamento das dramáticas cotidianas (FAÏTA, 2011). O linguista, na análise da atividade situada, procura reconstituir as relações dialógicas que se estabelecem entre os discursos dos trabalhadores e o discurso do outro, seja ele o outro imediato – o gestor da instituição, o colega de trabalho, outros profissionais com a mesma função em outras instituições; ou não, a exemplo dos profissionais que exerceram sua função em outro momento da história, tendo em vista que o princípio dialógico ultrapassa a noção de tempo, retomando o passado e apontando prospectivamente para o futuro (BAKHTIN, 2003).

Além dos métodos de autoconfrontação, é necessário explanar uma técnica empregada na Itália, nos anos 1970, com os operários da fábrica da Fiat: as instruções do sócia. Estas consistiam em questionar o trabalhador sobre quais instruções ele daria a um sócia, que fosse substituí-lo em seu trabalho, para que ele o realizasse sem que a substituição fosse percebida pelos demais trabalhadores, e a aplicação desse método objetivava, sobretudo, recontar “as maneiras (concretas, subjetivas, intersubjetivas) pelas quais cada um adapta o trabalho prescrito à realidade da atividade” (VIEIRA, 2004, p. 222). Assim, o analista do trabalho se coloca como o sócia para o trabalhador:

Fazendo com que o sujeito explicita os elementos que ele pensa ter descrito com muitos implícitos, com o objetivo de fornecer outras pistas tal que ele possa, na sequência, retomar as modalidades particulares do que ele faz (SCHELLER, 1999, p. 7).

Diante da narrativa do trabalhador sobre o seu próprio trabalho, colocando-se no papel do outro – o sócia – o linguista encontra terreno fértil para analisar de que maneira o trabalhador se constitui dialogicamente e, assim, como essa constituição permite compreender o seu trabalho. Ainda, segundo Vieira (2004, p. 221), “no método do sócia, a compreensão da dimensão narrativa e seus recursos reflexivos é imprescindível para a realização do trabalho”.

Considerando-se o papel da narrativa para a expressão sobre o trabalho e, baseada nas instruções do sócia, Porto (2010) experimentou a aplicação das entrevistas narrativas como método de coleta de dados sobre o trabalho real de cuidadores de idosos atuantes em instituições geriátricas do Recife. Essas

entrevistas, reaproveitadas neste trabalho, foram organizadas em torno das seguintes questões gerativas da narrativa: a) “Me fale sobre o seu trabalho como cuidador de idosos” e b) “O que você faz no seu dia-a-dia de trabalho, da hora que você chega até a hora que você sai?”.

Porto (2010) pode observar, através da análise dialógico-discursiva das entrevistas narrativas com os dez cuidadores de idosos entrevistados, um predomínio do segundo ingrediente na constituição de sua competência laboral (SCHWARTZ, 1998), constatação que apontou para uma forte herança histórica na construção dos saberes que envolvem a sua atividade, ao mesmo tempo em que revelou uma lacuna no que compete ao primeiro ingrediente da competência, às normas antecedentes baseadas no saber formal. Nesse sentido, essas entrevistas narrativas serão retomadas no capítulo 5 deste trabalho, destinado à análise quantiquantitativa dos dados, com o objetivo de aprofundar a discussão possibilitada pelo confronto entre o trabalho real, ali expresso, e o trabalho prescrito, representados aqui pelos manuais do cuidador.

Conforme demonstrado ao longo deste capítulo, a Ergolinguística é uma disciplina da Linguística contemporânea a qual se propõe à compreensão da língua viva, dos sujeitos e da atividade de trabalho. Em outros termos, a Ergolinguística assume como princípio o estudo da língua enquanto expressão de sujeitos socialmente situados, ou seja, enquanto forma de expressão de sujeitos dialógicos no mundo do trabalho.

PARTE II

Metodologia

4 METODOLOGIA

Este trabalho é de natureza quantiqualitativa. Por isso, neste capítulo, será apresentado o *corpus* selecionado para análise à luz do Método de Análise Lexical, Textual e Discursiva (CAMLONG, 1996) e do método dialógico-discursivo de análise de dados (BAKHTIN, 2003; BRAIT *et al.*, 2006).

Trabalhos desta natureza são caracterizados pelo levantamento, processamento e interpretação do *corpus* como um todo a partir dos dados quantitativos, que permitem comparar os textos entre si, revelando os *temas* neles recorrentes, o *acento apreciativo* de seus discursos e para que *interlocutores* se dirigem (BAKHTIN/VOLOCHÍNOV, 2012). O olhar quantitativo, portanto, norteia a análise qualitativa dos dados, uma vez que os dados quantitativos já revelam previamente a configuração desses discursos.

Para demonstrar a homogeneidade ou a heterogeneidade discursivo-dialógica desses textos, será utilizado o método dialógico-discursivo de análise de dados (BAKHTIN, 2003; BRAIT *et al.*, 2006), buscando revelar, explicar e analisar quais os *sentidos* e quais as *relações dialógicas* que se estabelecem com o *Outro* nos manuais escritos para orientar os cuidadores de idosos no exercício de sua atividade (BAKHTIN/VOLOCHÍNOV, 2012).

4.1 Coleta de dados

O foco de análise deste trabalho repousa sobre os manuais do cuidador de idosos. Não obstante, acredita-se que uma análise mais aprofundada, que permitirá um entendimento mais amplo desses manuais, deverá considerar também as entrevistas narrativas realizadas com dez cuidadores de idosos que trabalham em instituições de longa permanência para idosos em Recife/PE, as quais foram constitutivas do *corpus* discursivo de pesquisa anterior (PORTO, 2010). Nesse sentido, poder-se-ão reconstituir as *relações dialógicas* entre o discurso dos manuais (o Eu), que explicitamente se reporta ao discurso do *Outro* (os cuidadores), a fim de compreender, em instâncias diversas, a configuração da atividade do cuidador de idosos.

Para tanto, serão utilizados dados das duas modalidades de uso da língua: os manuais, que são escritos, e as entrevistas narrativas, que são transcritas da oralidade.

4.1.1 Manuais do Cuidador de Idosos

O *corpus* será constituído por três manuais do cuidador: o *Guia Prático do Cuidador* (BRASIL, 2009), lançado pelo Ministério da Saúde em 2007 e relançado em 2008, o *Cuidar Melhor e Evitar a Violência: Manual do Cuidador da Pessoa Idosa*²⁹, elaborado pela Secretaria de Direitos Humanos do Governo Federal e organizado por Tomiko Born (2008), e o *Manual para Cuidadores de Idosos* (TRELHA *et. al.*, 2007), elaborado por uma equipe interdisciplinar da Universidade Estadual de Londrina-PR.

Uma vez que este é um trabalho de análise documental, a seleção do *corpus* levou em consideração os dois manuais publicados, no Brasil, com respaldo do Governo Federal. O manual espanhol³⁰ *Cuando lãs Personas Mayores Necesitan Ayuda: Guía para cuidadores y familiares* (TROCONÍZ; CERRATO; VEIGA, 1997) serviu de parâmetro para a elaboração de alguns capítulos do manual organizado por Born (2008), o que chama atenção pela diferença considerável entre o envelhecimento acelerado dos países em desenvolvimento, como é o caso do Brasil, e o envelhecimento populacional gradativo enfrentado por países europeus, como a Espanha e a França, e pelos Estados Unidos, o qual ocorreu ao longo do século XX, conforme discutido no capítulo 2.

4.1.2 Entrevistas Narrativas

Conforme mencionado anteriormente, as dez entrevistas narrativas foram realizadas com cuidadores de idosos em trabalho anterior (PORTO, 2010).

Na época, foram visitadas três instituições geriátricas em Recife-PE, as quais são autorizadas pela Vigilância Sanitária a se responsabilizar por uma média de 30

²⁹ Devido ao tamanho do título deste manual, daqui em diante, ele será referido por seu subtítulo – *Manual do Cuidador da Pessoa Idosa*.

³⁰ Se necessário, o manual espanhol será referido na análise qualitativa.

idosos residentes. A caracterização dessas instituições, feita anteriormente (PORTO, 2010), será resumida a seguir.

A Instituição 1 (I1) está localizada na Região Político-Administrativa 1 (RPA 1 - Centro) de Recife, é de natureza filantrópica e abriga um total de 34 idosos, de ambos os sexos. Para sua manutenção, recebe uma ajuda de custo de valor não informado, além de doações. Na época da realização das entrevistas, as cinco cuidadoras entrevistadas nessa instituição possuíam vínculo empregatício e trabalhavam em uma jornada de 12h/36h, ganhando um salário mínimo (duas delas trabalhavam à noite e, por isso, recebiam um adicional noturno). Todas haviam concluído o Ensino Médio e frequentado um curso de capacitação para cuidadores de idosos, ou o curso técnico em enfermagem, ou ambos. Por fim, as cuidadoras da I1 reconheciam a existência do Estatuto do Idoso, mas nenhuma delas conhecia qualquer manual do cuidador de idosos.

Situada na RPA 4, Oeste de Recife, localiza-se a Instituição 2 (I2), também de natureza filantrópica. A I2 abriga 28 idosos, majoritariamente do sexo feminino, e os cuidadores não souberam informar quanto se cobra pelo acolhimento de cada idoso, mas a instituição recebe um auxílio da Prefeitura do Recife, bem como doações. Nesta instituição, os quatro cuidadores – três mulheres e um homem – trabalham somente durante o dia, pois um enfermeiro de plantão os substitui à noite. A sua jornada é de 12h/36h, eles recebem um salário mínimo e têm vínculo empregatício, embora sejam contratados como empregados de serviços gerais. O grau de escolaridade desses cuidadores era bastante variável: duas cuidadoras possuíam o Ensino Fundamental incompleto, embora uma delas tenha frequentado um curso de capacitação para cuidadores de idosos; outra cuidadora possuía o Ensino Fundamental completo; por fim, um cuidador havia cursado todo o Ensino Médio, possuía o Curso Técnico em Enfermagem e não havia concluído o curso de capacitação para cuidadores de idosos. À semelhança dos cuidadores da I1, os cuidadores da I2 jamais tiveram acesso a quaisquer manuais do cuidador de idosos, mas tinham consciência da existência do Estatuto do Idoso.

Também situada na RPA 4, Oeste de Recife, a Instituição 3 (I3) abriga 35 idosos, em sua maioria do sexo feminino, e é considerada filantrópica, embora cobre 70% do valor da renda dos idosos, além do recebimento de doações. Nessa instituição, a única cuidadora trabalha em regime de 44h semanais – 8h/dia, de segunda a sexta, e nas manhãs dos sábados. Para exercer seu cargo, ela recebe

dois salários mínimos, e sua carteira de trabalho é assinada como funcionária administrativa, função que assume apenas em circunstâncias excepcionais. Sua formação inclui o Ensino Médio completo e um curso de capacitação para cuidadores de idosos. Ainda, a cuidadora relatou conhecer o Estatuto do Idoso, mas não conhecia qualquer guia ou manual para cuidadores de idosos.

4.2 Análise quantitativa dos dados

4.2.1 O Método Camlong

O *Guia Prático do Cuidador* (BRASIL, 2009), o *Cuidar melhor e evitar a violência: Manual do Cuidador da Pessoa Idosa* (BORN, 2008) e o *Manual para cuidadores de idosos* (TRELHA *et. al.*, 2007), bem como as entrevistas narrativas realizadas com os dez cuidadores de idosos que trabalham em instituições de longa permanência para idosos no Recife foram submetidos a um processamento estatístico computacional, através do programa STABLEX³¹ (CAMLONG, 1991), e analisados à luz do Método de Análise Lexical, Textual e Discursiva. Segundo o autor, trata-se de um método de análise estatística:

Destinado ao tratamento informático de dados lexicais, textuais e discursivos, para o uso de todos aqueles que desejam se dedicar à prática de análise 'científica' de qualquer *corpus* textual (escrito ou transcrito), exposto de um ponto de vista teórico e prático (CAMLONG, 1996, p. 5).

O Método de Análise Lexical, Textual e Discursiva se fundamenta em um instrumento (tecnologia) e em uma técnica (metodologia) que se complementam, isto é, trata-se de uma ferramenta informática amparada pela matemática aplicada, por um lado, através da estatística paramétrica, caracterizada pela objetividade, cientificidade e indução; por outro, através de uma estatística descritiva que auxilia a interpretação, uma vez que descreve o *status* de uma população lexical. Para tal, o método Camlong é composto por três instrumentos básicos: “a aritmética, para calcular, determinar e controlar”; “o cálculo algébrico para medir, comparar e

³¹ O módulo STAB, do STABLEX, efetua automaticamente o recenseamento e a descrição de todo o vocabulário das variáveis que constituem os *corpora*, a partir do qual são geradas tabelas de distribuição de frequência e de desvios reduzidos, organizadas por ordem alfabética e por ordem de frequência de emprego (CAMLONG, 1996).

integrar”; e “a representação geométrica para visualizar, memorizar e raciocinar” (CAMLONG, 1996, p. 7). A partir desses três instrumentos, permite a síntese e a análise, possibilitando ao pesquisador desvendar a composição discursiva dos textos processados, através da manipulação de sua “arquitetura”, da observação e transcendência da matéria (CAMLONG, 1996, p. 7).

A visualização dessa arquitetura discursiva é proporcionada pela apreciação do léxico, do texto e do discurso em cada variável, sendo possível compará-las entre si, a partir da análise da densidade do peso da população lexical recenseada exhaustivamente, conforme esclarecem Zapparoli e Camlong:

A densidade de peso, de um texto, é expressa em função da escala aritmética de uma matriz que situa a massa lexical no eixo das abscissas e o peso lexical no eixo das ordenadas. A densidade do peso, dependente do conteúdo lexical de cada célula da matriz, é tanto mais forte ou mais fraco em proporção inversa ao número de elementos lexicais nela contidos; é tanto mais forte, ou tanto mais fraca, quando a medida algébrica tende mais para o alto, ou mais para o baixo da escala aritmética da matriz: positiva, exprime uma escolha preferencial; negativa, uma rejeição; nula, um emprego normalizado em torno da média. Ou seja, todo o desvio reduzido positivo acusa um uso privilegiado; negativo, um uso rejeitado; em torno da média reduzida a zero, um uso normal (ZAPPAROLI; CAMLONG, 2002, p; 44-45).

Para a realização do recorte das sequências lexicais, estas são consideradas em função do peso lexical³² dos vocábulos, distribuídos em variáveis e descritos de acordo com a tipologia explicitada a seguir:

- Vocabulário Preferencial é aquele cujo emprego é significativamente excedente, ou seja, é objeto de escolha privilegiada de nossos atores – com peso lexical altamente positivo (peso lexical positivo entre $z > +1,96$ ou $+2$); possui uma força temática devido às suas qualidades particularmente apropriadas à composição do texto e do discurso;
- Vocabulário Diferencial é um vocabulário de um emprego significativamente deficitário de nossos atores, ou seja, objeto de abandono ou rejeição – cujo peso lexical negativo é altamente significativo (peso lexical negativo entre um $z < -1,96$ ou -2);
- Vocabulário Básico é um vocabulário cujo peso lexical é centrado em torno da média reduzida a zero ($-2 < z < +2$). Distinguem-se: vocabulário fundamentalmente básico (entre $-1 < z < +1$) constituído por palavras nocionais³³ fundamentais e que servem de suporte para a construção do texto; vocabulário básico com tendência positiva – aquele que se diferencia

³² O peso remete à qualidade do léxico nas variáveis, isto é, a força do emprego de um item lexical em função de seu peso. Assim, a qualidade do léxico do qual depende a elaboração do texto e do discurso é reflexo do peso (CAMLONG, 1996).

³³ Incluem-se nas palavras nocionais ou gramaticais todas as categorias de palavras com forte carga semântica (nomes, adjetivos, advérbios, verbos) e uma forte carga de ligação gramatical (artigos, pronomes, posições e conjunções).

positivamente (entre $+1 < z < +2$): é um vocabulário que tende, por um lado, a dar suporte ao vocabulário preferencial e, por outro, a diferenciar o vocabulário de base, conferindo-lhe um caráter temático e de formação gramatical; vocabulário básico com tendência negativa é aquele que tende a se diferenciar negativamente (entre $-2 < z < -1$): é um vocabulário que faz o contrapeso do vocabulário básico marcado positivamente;

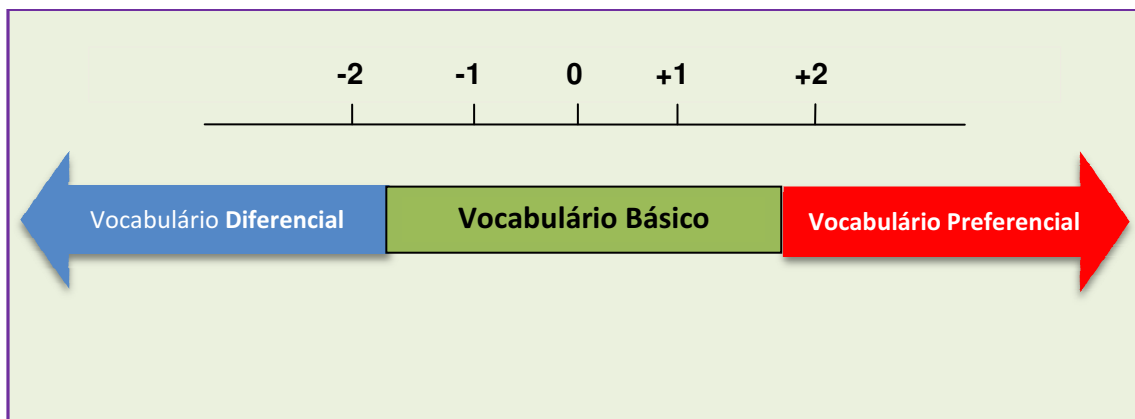
· Vocabulário Particular é aquele exclusivo de uma única variável. Dentre o vocabulário particular destacam-se os hápax, que pertencem exclusivamente a uma única variável e ocorrem uma única vez em todo o *corpus*, caracterizando-se pela precisão da escolha de nossos atores e sendo essencialmente temáticos (CAMLONG, 1996, p. 126).

A respeito da tipologia, Camlong elucida que:

As noções estatísticas de vocabulário preferencial, diferencial, particular, específico [...] são noções objetivas, regradas pelas medidas e pelos parâmetros cientificamente independentes. Elas dão conta essencialmente dos pesos e das dimensões que afetam as palavras e os vetores lexicais de um ponto de vista topológico e combinatório. Elas relevam a topologia e a combinatória dos elementos lexicais que obedecem às regras fundamentais e intrínsecas de composição (textual e discursiva), atribuindo cada palavra a um peso, um sentido, um lugar e uma relação privilegiados, um e um único, o submeter-se a uma força, a uma trajetória e a uma dinâmica privilegiada: um lugar para cada palavra e cada palavra a seu lugar, assinatura nem superficial nem intercambiável (CAMLONG, 1996, p. 127).

A divisão das noções estatísticas se estabelece sobre a base de relações estabelecidas, a partir da escala de valores dos desvios reduzidos que fixam os pesos, a densidade e a intensidade de todos os elementos da variável e do *corpus*. O léxico, então, define-se em estratos e obedece a um arranjo objetivo e científico em relação aos pesos lexicais, por isso que as noções de vocabulário preferencial, diferencial, básico e particular seguem clivagens objetivas e independentes. Para melhor visualização, a escala de pesos lexicais adiante é representativa da tipologia descrita anteriormente:

Figura 2 – Escala de Pesos Lexicais



Ao submeter os manuais e as entrevistas ao processamento estatístico paramétrico através do programa STABLEX, criam-se bancos de dados de itens lexicais (MACRO), em forma de tabelas do Excel, denominadas *tabelas de distribuição de frequência* (TDF) e *tabelas de desvios reduzidos* (TDR).

Nesta pesquisa, foram criados dois bancos de dados (duas TDF): um para os três manuais e um para as dez entrevistas, já que os manuais e as entrevistas não poderiam ser processados no mesmo banco de dados, haja vista pertencerem a modalidades diferentes da língua (os manuais, da modalidade escrita; as entrevistas, da modalidade oral). De acordo com Sampaio:

As tabelas de distribuição de frequências – TDFs informam o número de ocorrências e a frequência da população lexical recenseada no *corpus* e sua distribuição nas variáveis. Através delas, é possível demonstrar que um determinado *corpus* possui mais vocábulos quantificáveis de um determinado tipo do que de outro. As informações sobre a frequência da população lexical recenseada servem de matriz para a confecção da tabela de desvio reduzido (SAMPAIO, 2002, p. 80-81).

As tabelas de distribuição de frequência são consideradas brutas, isto é, possibilitam a identificação dos tipos de vocábulos predominantes em determinado *corpus* (vocabulário básico, diferencial, preferencial ou hápax, conforme especificado acima), mas não permitem uma análise direta dos dados a partir de uma mesma medida e reduzidos a uma mesma escala. Essa precisão só poderá ser dada pelas *tabelas de desvios reduzidos* (TDR):

A tabela de desvios reduzidos – TDR é uma matriz de medidas algébricas, todas elas tomadas com a mesma medida e reduzidas à mesma escala. Ou seja, ela reduz os dados brutos da TDF em dados medidos e proporcionalmente dimensionados. Enquanto a TDF não pode ser ‘lida’ diretamente, a TDR, graças às operações de cálculo algébrico, pode ser descrita e lida diretamente (CAMLONG, 1996 *apud* SAMPAIO, 2002, p. 81).

Cada variável de análise resultará em uma nova TDR. Neste caso, com respeito à TDF relativa aos manuais, foram criadas três TDR, já que serão analisados três manuais, e cada um deles é considerado como uma variável; no que condiz à TDF que abriga as entrevistas com os cuidadores de idosos, foram criadas dez TDR, uma vez que cada uma das entrevistas também corresponde a uma variável de análise.

Cada TDR contém uma coluna de itens lexicais (Palavras), uma coluna que indica a ocorrência de cada item em todas variáveis (Ocorrência), uma coluna que indica a ocorrência de cada item naquela determinada variável (M1) e, por fim, o peso de cada item naquela variável (Z1), conforme este exemplo, retirado da TDR do *Guia Prático do Cuidador*.

Figura 3 – TDR *Guia Prático do Cuidador*

Palavras	Ocorrência	M1	Z1
Prótese	12	12	7,35
Feridas	26	19	7,26
Ostomia	14	13	7,25
Coloque	43	26	7,20

Além de servir de base para a geração das TDRs, a *tabela de distribuição de frequência* (TDF) também permite que o pesquisador compare os textos tendo por base esse banco de dados, através do procedimento de lematização, isto é:

Uma técnica de 'síntese parcial do léxico' que permite o reagrupamento de um conjunto de vocábulos (nomes, verbos, adjetivos e advérbios) a um tema 'para formar um novo vetor' e 'pesá-lo para determinar suas características (carga semântica, temática, retórica...) e o lugar que ele ocupa no *corpus* ou na variável' (CAMLONG, 1996, p. 133 *apud* SAMPAIO, 2002, p. 88).

Ou seja, a partir da TDF, são selecionados os itens lexicais considerados como pertencentes a determinado eixo temático e, em seguida, eles são copiados e colados para outra planilha que já contém a fórmula da lematização pronta. Aplicada essa fórmula, os itens lexicais são pesados novamente, de maneira que se torna possível gerar os gráficos que demonstram como os itens lexicais selecionados se comportam em cada uma das variáveis e em relação ao eixo temático.

A tabela a seguir ilustra o processo de lematização, retirado do eixo temático denominado *trabalho do cuidador*.

Figura 4 – Lematização do Campo do Trabalho do Cuidador nos Manuais

Palavras	TOTAL	M1	M2	M3
Pessoa idosa	648	2	646	0
Pessoa	412	240	168	4
Cuidador	333	132	194	7

Após originar todas essas planilhas no STABLEX e no Excel, os dados numéricos provenientes da análise estatística precisam ser interpretados em sua relação indissociável com o texto e, conseqüentemente, com os discursos. Dessa forma, “o método estatístico permite descrever, analisar e tornar visíveis as relações que ligam os elementos lexicais, sintático-semânticos na estruturação de textos e de discursos” (CAMLONG, 1996 *apud* SAMPAIO, 2002, p. 78).

Ainda, é preciso ressaltar que o vocabulário descrito e interpretado pelo viés da estatística paramétrica orientará os recortes de enunciados dos discursos, de maneira que a seleção do vocabulário será definida ao longo da própria análise do discurso, visto que uma leitura quantiquantitativa dos dados permite esse procedimento, conforme esclarece Sampaio:

A seleção desse vocabulário não se dará somente em função de um saber histórico anterior do analista, da necessidade de responder às perguntas de seu estudo, de comprovar ou não a hipótese de seu trabalho. A seleção será definida no decorrer da análise do discurso através de uma leitura quantiquantitativa de dados cientificamente descritos. Tal procedimento evita o risco de o analista proceder a uma eliminação aleatória de uma população lexical importante e, conseqüentemente, de seus respectivos contextos enunciativos (SAMPAIO, 2002, p. 77-78).

Dessa maneira, para além da comprovação de uma hipótese e da busca pelas possíveis respostas às perguntas de pesquisa que orientam qualquer trabalho científico, o processamento computacional de textos através do programa STABLEX e a utilização do Método de Análise Lexical, Textual e Discursiva (CAMLONG, 1996) proporcionam ao pesquisador uma visão geral de suas arquiteturas discursivas as quais, interpretadas à luz da tipologia de vocábulos proposta por Camlong (1996), indicam previamente como se configuram discursivamente cada um dos textos processados. Não obstante, antes da submissão desses textos ao programa STABLEX, é preciso prepará-los, segundo as etapas descritas a seguir.

4.2.2 O processamento dos textos no STABLEX

O programa STABLEX processa textos no formato .txt, de forma que se torna necessário fazer a conversão dos arquivos em formato .doc, .docx ou .pdf para a extensão .txt. Por outro lado, há arquivos salvos em .pdf que apresentam algum tipo de proteção, ou estão criptografados, não sendo possível salvá-los em outra

extensão, nem copiá-los para o Word. Quando da utilização desse tipo de arquivo, é preciso redigitar todo o texto em formato .txt.

Uma vez transformados os arquivos em extensão.doc, .docx ou .pdf para o formato .txt., é preciso revisar todo o texto, visto que a extensão .txt não possui formatação e, assim, aparecem fontes desconfiguradas, ou palavras separadas por hífen, conforme o exemplo a seguir:

O presente manual do(a) cuidador(a) da pessoa idosa foi elaborado por iniciativa da Secretaria Especial dos Direitos Humanos, Subsecretaria de Promoção e Defesa dos Direitos Humanos, na perspectiva de enfrentamento à violência contra a pessoa idosa (BORN, 2008, p. 19).

Dessa forma, o *Guia Prático do Cuidador* (BRASIL, 2009) e o *Manual do Cuidador da Pessoa Idosa* (BORN, 2008), salvos originalmente em extensão .pdf, foram transformados para .txt e, em seguida, passaram por uma minuciosa revisão, a fim de corrigir as fontes desconfiguradas, bem como a hifenização desnecessária. Após essa revisão, esses manuais foram processados no STABLEX, todavia ainda permaneceram erros que dificultavam o reconhecimento dos itens lexicais (palavras grafadas com acentos, til e cedilha); ocorreu também de o programa ora reconhecer um item com determinado peso em um dos manuais, ora não reconhecê-lo no outro manual, de maneira que esse processamento resultaria em dados não coincidentes com a realidade. Atestado esse problema, foi necessária uma nova revisão nos manuais, eliminando os acentos gráficos, o til, as cedilhas, os tremas e os caracteres especiais dos textos de todos os manuais, para que assim os itens lexicais pudessem ser reconhecidos após o processamento.

Além disso, também foram eliminadas desses manuais as informações que constavam nos elementos pré-textuais (capa, contracapa, folha de rosto e sumário) e as referências bibliográficas, o anexo do manual organizado por Born (2008), com informações sobre onde denunciar os maus-tratos contra a pessoa idosa, bem como as “sugestões para leituras” que constam no final de cada capítulo e, por fim, os rodapés que repetiam o título do manual, por não interferirem, de qualquer maneira, na análise quantitativa dos dados. Sob a mesma justificativa, foram eliminados do *Guia Prático do Cuidador* os itens: “9.3 legislação importante”; “9.4 órgãos de

direitos” e “9.5 rede de apoio social”. Para a análise qualitativa, no entanto, os textos completos dos manuais foram considerados.

Quanto ao *Manual para Cuidadores de Idosos* (TRELHA *et. al*, 2007), originalmente salvo em formato .pdf, não pôde ser convertido para o Word, tampouco para o formato .txt, uma vez que o arquivo encontrava-se protegido. Sendo assim, foi necessário digitar todo o texto do referido manual diretamente no bloco de notas, para que ele pudesse ser salvo na extensão .txt. Para fins de análise, foram suprimidos desse manual: a ficha catalográfica, o sumário, o item de “endereços eletrônicos” e os “telefones úteis”, bem como as informações referentes à publicação, sob a responsabilidade da Universidade Estadual de Londrina. Uma vez que foram eliminados os acentos gráficos, o til, as cedilhas, os tremas e os caracteres especiais dos outros manuais, o mesmo procedimento foi adotado com esse manual.

Com respeito às entrevistas narrativas, foi eliminada a questão gerativa da narrativa, assim como as demais perguntas intercaladas ao longo dos relatos, para que fossem observados apenas os itens lexicais utilizados pelos cuidadores de idosos. Originalmente salvos em Word, esses arquivos não apresentaram problemas na conversão para .txt, tampouco houve erros de leitura e, por isso, foram mantidos os acentos, o til, as cedilhas, os tremas e os caracteres especiais de todas as entrevistas. Para fins de análise qualitativa, os textos integrais foram apreciados.

Ainda no que condiz à preparação dos dados, o STABLEX não lê números, de forma que é necessário adotar uma convenção para que todos os números sejam considerados itens lexicais e, assim, sejam pesados individualmente. De maneira análoga, palavras compostas, ou itens lexicais que precisem ser considerados em seu conjunto são ligados por hífen. Assim, no momento da preparação dos dados, cabe ao pesquisador pré-definir quais serão os critérios a serem seguidos para a apreciação dos itens lexicais, de acordo com seus objetivos de pesquisa (CAMLONG, 1996).

Mediante o exposto, adotaram-se as seguintes convenções na preparação dos dados numéricos:

- a) Os números, em geral, foram precedidos por “N”, como, por exemplo: “N-1 O Cuidado” (BRASIL, 2009, p. 07); “Coma-os N-5 vezes por dia” (BRASIL, 2009, p. 26);

- b) Os dias foram precedidos por “D”: “D-45 dias” (BRASIL, 2009, p. 19);
- c) Os anos receberam a letra “A”: “Ter contribuído para a Previdência-Social por pelo menos A-15 anos” (BRASIL, 2009, p. 19);
- d) As idades foram precedidas por “I”, a exemplo de: “I-65-anos” (BRASIL, 2009, p. 18);
- e) As horas (incluindo os minutos) foram precedidas por “H”: “e a deixe nessa posição por H-30-minutos após o término da alimentação” (BRASIL, 2009, p. 31); “As pessoas com algum tipo de incapacidade, que passam a maior parte do tempo na cama ou na cadeira-de-rodas, precisam mudar de posição a cada H-2-horas” (BRASIL, 2009, p. 34);

No que condiz à hifenização de um conjunto de palavras, consideraram-se como itens lexicais únicos os seguintes casos:

- a) Nomes próprios: “Centros-de-Referência-da-mulher”; “Ministério-Público” (BRASIL, 2009, p. 61);
- b) Títulos de obras: “O segundo capítulo desse guia-prático [...]” (BRASIL, 2009, p. 07);
- c) Palavras compostas ou substantivos seguidos de adjetivos de especificação: “Documento-de-identidade”; “Certidão-de-nascimento” (BRASIL, 2009, p. 18). Também foram hifenizadas as expressões cujos substantivos receberam mais de um adjetivo, como no exemplo: “expressas pelo forte laço-de-amor-de-solidariedade-e-de-doação” (TRELHA *et. al.*, 2007, p. 06).
- d) Vocabulário técnico-especializado: “As próteses são partes artificiais, conhecidas como dentadura, ponte-fixa ou ponte-móvel” (BRASIL, 2009, p. 24); “A sonda-vesical-de-demora, ou sonda-de-Folley [...]” (BRASIL, 2009, p. 48).
- e) Expressões idiomáticas : “Agora eu olho assim, meu-Deus, as meninas [...]” (Cuidador 10).
- f) Atividades (ações) executadas no âmbito do trabalho do cuidador, ou que concernem ao trabalho: “Administrar-as-medicações” (BRASIL, 2009, p. 08); “Autocuidado significa cuidar-de-si próprio [...] o cuidar-do-outro representa a essência da cidadania [...]. Já o autocuidado ou cuidar-de-si

[...]” (BRASIL, 2009, p. 07); “[...] acompanho-a-médico, se possível [...]” (Cuidador 10)

- g) Expressões atreladas ao cuidado, ao trabalho do cuidador, ou ao envelhecimento que, se ligadas por hífen, permitem uma visão mais refinada do léxico, como, por exemplo, as diversas formas em que o verbo “depende” aparece no discurso do cuidador: “[...] Depende do tipo-da-dependência que você fala [...] Dependência... depender-de-outra-pessoa [...] Dependência-dessa-vozinha...” (Cuidador 1); “[...] eu mesma acho que vou-envelhecer-logo-por-esgotamento” (Cuidador 9).

Cabe ressaltar, ainda, que as pessoas verbais não foram ligadas aos itens lexicais, uma vez que a língua portuguesa permite que o sujeito gramatical seja recuperado pela flexão do verbo. Em alguns casos, porém, foi necessário explicitar esse sujeito, ligando-o ao item lexical, quando nas entrevistas, por exemplo, os cuidadores se referiam à divisão de atividades com outros cuidadores, ou marcavam sua própria atividade com o sujeito coletivo (“a gente”, ou “cuidamos”). Bechara (2003) atribui à necessidade do falante (neste caso, à necessidade da pesquisadora) essa explicitação do sujeito, conforme esclarece:

Estes sujeitos gramaticais, quando necessários ao melhor conhecimento da mensagem veiculada no texto, podem ser explicitados por *formas léxicas* que guardam com os sujeitos gramaticais a relação gramatical de concordância em número e pessoa. Assim é que em *Eu estudo*, *eu*, pronome da 1ª pessoa do singular, se acomoda à indicação do morfema *-o*, indicador, nos verbos, da 1ª pessoa do singular do presente do indicativo [...]. Já em *brincamos*, o sujeito gramatical ‘1ª pessoa do plural’ está indicado pelo morfema *-mos*. Este sujeito inclui necessariamente a pessoa que fala (eu), mas abre um amplo leque de pessoas que com ela participam do processo indicado pelo lexema *brincar*.

Eu e meu vizinho
Eu e minha colega
Eu e os primos, etc.

Por isso, sente o falante a necessidade de explicitar, de indicar claramente a que pessoas ele quer referir-se (BECHARA, 2003, p. 409).

A opção pela formação desses itens lexicais com o sujeito explícito foi motivada tanto quantitativa quanto qualitativamente, pelo fato de que o peso dos itens lexicais com sujeitos ocultos, que indicam ações ou atividades realizadas pelo próprio cuidador, não deve coincidir com aquelas atividades que são partilhadas com

outras pessoas; por outro lado, isso interfere diretamente na análise qualitativa, pois é preciso resgatar o funcionamento da atividade a partir da construção discursiva de sua complexidade, através do método dialógico-discursivo de análise de dados³⁴ (BRAIT *et. al.*, 2006), em que a categoria de *alteridade* é fundamental para a compreensão da construção da identidade dos sujeitos em situações de trabalho (FAÏTA, 2005; SOUZA-E-SILVA; FAÏTA, 2002).

4.3 Análise qualitativa de dados: teoria e método dialógico-discursivo

A partir dos anos 1990, pesquisadores interessados na obra de Bakhtin e seu Círculo empreenderam estudos que culminaram no aparecimento de uma Teoria/Análise Dialógica do Discurso (BRAIT, 2006).

Mas, para compreender a Teoria Dialógica e, conseqüentemente, a Análise Dialógica do Discurso e seu método, é preciso retomar o projeto filosófico de Bakhtin, tendo em vista que, em *Para uma Filosofia do Ato Responsável*, escrito no início da década de 1920, o autor já apresenta conceitos fundamentais de seu pensamento, os quais vão sendo aperfeiçoados ao longo do desenvolvimento de sua Filosofia da Linguagem (BAKHTIN, 2010). Interessa, sobretudo, à discussão neste trabalho, o conceito de ato concreto, base de sua Filosofia Primeira, que não se limita à verdade da ciência, que toma o mundo como um objeto teórico, como se ele não existisse concretamente:

Enquanto o mundo autônomo teórico, abstrato, alheio por princípio à historicidade viva singular, permanece fechado em suas próprias fronteiras, a sua autonomia é justificável e inviolável; são igualmente justificadas disciplinas filosóficas especiais como a lógica, a teoria do conhecimento, a psicologia do conhecimento, a biologia filosófica, que objetivam descobrir – teoricamente, isto é, segundo o conhecimento abstrato – a estrutura do mundo teoricamente cognoscível e seus princípios. Mas o mundo como objeto de conhecimento teórico procura se fazer passar como o mundo como tal, isto é, não só como unidade abstrata, mas também como concretamente único em sua possível totalidade; o conhecimento teórico visa, assim, construir uma filosofia primeira (*prima philosophia*) (BAKHTIN, 2010, p. 50).

Para Bakhtin (2010, p. 68), a Filosofia Primeira seria “uma doutrina não sobre a criação cultural unitária, mas sobre o existir-evento unitário e singular”. Desta

³⁴ Esse método será tratado no item a seguir.

forma, a Filosofia Primeira não se restringe à verdade teórica (o ideal da filosofia científica), que representa apenas uma parte da verdade, uma filosofia especializada, ela preconiza a existência de dois mundos: o mundo teórico e o mundo real, onde o ato responsável se realiza:

Portanto, esta filosofia teórica não pode pretender ser uma filosofia primeira, isto é, uma doutrina não sobre a criação cultural unitária, mas sobre o existir-evento unitário e singular [...]. Para uma consciência participante e exigente, é claro que o mundo da filosofia contemporânea, o mundo teórico e teorizado da cultura, é, em certo sentido, real e tem validade, mas é igualmente claro que tal mundo não é aquele mundo no qual ela vive de fato e no qual o seu ato, responsabilmente, se realiza (BAKHTIN, 2010, p. 68-69).

A Filosofia Primeira, então, é uma filosofia do ato responsável, que é definido por Bakhtin (2010) como uma composição entre seu conteúdo-sentido e a realidade histórica do seu existir. Dessa forma, o ato só existe na confluência entre o que se disse teoricamente sobre ele e o valor que ele assume ao realizar-se em determinado momento, único e irrepetível. Assim, o ato responsável, seja em forma de um pensamento ou de uma ação, pressupõe sempre uma *assinatura* que lhe confere validade e reconhecimento:

Não é o conteúdo da obrigação escrita que me obriga, mas a minha assinatura colocada no final, o fato de eu ter, uma vez, reconhecido e subscrito tal obrigação. E, no momento da assinatura, não é conteúdo deste ato que me obrigou a assinar, já que tal conteúdo sozinho não poderia me forçar ao ato – a assinatura-reconhecimento, mas podia somente em correlação com a minha decisão de assumir a obrigação – executando o ato da minha assinatura-reconhecimento; e mesmo neste ato o aspecto conteudístico não era mais que um momento, e o que foi decisivo foi o reconhecimento que efetivamente ocorreu, a afirmação – o ato responsável, etc. (BAKHTIN, 2010, p. 94).

Este ser não pode definir-se em categorias de uma consciência teórica indiferente, mas de categorias da comunicação real, de um ato ético, nas categorias de uma vivência participativa na singularidade concreta do mundo. Essa participação concreta no mundo pressupõe a não-indiferença ao outro, que também ocupa seu lugar no mundo e é insubstituível, ou seja, cada um ocupa um lugar central no mundo, este “*todo arquitetônico* [que] é disposto em torno de mim como único centro de realização do meu ato” (BAKHTIN, 2010, p. 118). Trata-se de um todo arquitetônico no qual convergem valores, significados e relações espaço-temporais,

caracterizados a partir das relações de alteridade entre o eu-para-mim, o outro-para-mim e o eu-para-o-outro, conforme observa Ponzio (2010).

Para o filósofo (BAKHTIN, 2010), todo o ser humano tem um lugar insubstituível no mundo e, ainda que, de forma responsável, ele possa renunciar a si mesmo, este fato, do ponto de vista do sentido e da sua existência, não torna este mundo indiferente:

O mundo no qual eu, do meu lugar, no qual sou insubstituível, renuncio, de maneira responsável, a mim mesmo, não se torna um mundo no qual eu não estou, um mundo indiferente, no que diz respeito ao seu sentido, à minha existência: a abnegação é uma realização que abraça o existir-evento (BAKHTIN, 2010, p. 63).

Ao enfatizar o lugar insubstituível que todo o ser humano ocupa no mundo dos atos realizados, Bakhtin (2010) deixa claro que o acesso ao mundo (do conhecimento e, por conseguinte, da compreensão e do sentido) é orientado por uma relação de alteridade com o outro na consciência emotiva-volitiva participante do eu, em sua unicidade:

De fato o meu ato (e o sentimento como ato) se orienta justamente sobre o que é condicionado pela unicidade e irrepetibilidade do meu lugar. O outro, na minha consciência emotiva-volitiva participante, está exatamente no seu lugar [...]. A partir do lugar único que eu ocupo, se abre o acesso a todo o mundo na sua unicidade, e para mim, somente deste lugar (BAKHTIN, 2010, p. 104-106).

Em outra passagem da referida obra (BAKHTIN, 2010), pode-se observar que, para o autor, a relação de alteridade não se constroi apenas entre o *eu* e os *outros* imediatos, mas entre o homem e a sociedade, ao longo do tempo:

Não existe o homem em geral; existe eu, e existe um determinado, concreto, 'outro': o meu próximo, o meu contemporâneo (a humanidade social), o passado e o futuro das pessoas reais (da humanidade histórica real) (BAKHTIN, 2010, p. 106).

Também em outro importante texto, ao discutir a relação entre o autor e a personagem na atividade estética, Bakhtin (2003) defende que apenas a partir do *outro* é possível definir o *eu*, posto que apenas o *outro* possui um excedente de visão sobre o *eu*:

Quando contemplo no todo um homem situado fora e diante de mim, nossos horizontes concretos efetivamente vivenciáveis não coincidem. Porque em qualquer situação ou proximidade que esse outro que contemplo possa estar em relação a mim, sempre verei e saberei algo que ele, da sua posição fora e diante de mim, não pode ver [...]. Esse *excedente* de minha visão, do meu conhecimento, da minha posse – *excedente* sempre presente em face de qualquer outro indivíduo – é condicionado pela singularidade e pela insubstituíbilidade do meu lugar no mundo: porque nesse momento e nesse lugar, em que sou o único a estar situado em dado conjunto de circunstâncias, todos os outros estão fora de mim. [...] Minha imagem externa não pode ser um elemento de caracterização para mim mesmo. Na categoria do *eu*, minha imagem externa não pode ser vivenciada como um valor que me engloba e me acaba, ela só pode ser assim vivenciada na categoria do *outro*, e eu preciso me colocar a mim mesmo sob essa categoria para me ver como elemento de um mundo exterior plástico-pictorial único (BAKHTIN, 2003, p. 21; 32-33).

Diante do exposto, já se torna possível visualizar, na Filosofia da Linguagem de Bakhtin, a base da Teoria/Análise Dialógica do Discurso, pautada nas relações que se estabelecem entre sujeitos, sempre inacabados, que empregam seus atos – de ação, de pensamento, de sentimento, de linguagem etc. – a partir dos lugares que ocupam no mundo e em relação a outros sujeitos. Essas relações se estabelecem e se expressam através da plenitude da palavra:

A expressão do ato a partir do interior e a expressão do existir-evento³⁵ único no qual se dá o ato exigem a inteira plenitude da palavra: isto é, tanto o seu aspecto de conteúdo-sentido (a palavra-conceito), quanto o emotivo-volitivo (a entonação da palavra), na sua unidade. E em todos esses momentos a palavra plena e única pode ser responsabilmente significativa: pode ser a verdade (*pravda*), e não somente qualquer coisa de subjetivo e fortuito (BAKHTIN, 2010, p. 84).

Estendendo o seu pensamento para uma reflexão sobre os fundamentos filosóficos das ciências, em discussão posterior, no ensaio *Metodologia das Ciências Humanas*, Bakhtin (2003) defendeu que as ciências humanas tinham uma natureza diversa das ciências naturais e exatas e, por isso, não poderiam abordar seus objetos como uma coisa muda:

As ciências exatas são uma forma monológica do saber: o intelecto contempla uma *coisa* e emite enunciado sobre ela. Aí só há um sujeito: o

³⁵ Ser-Evento e existir-evento são traduções diferentes para o mesmo conceito. Apesar de a citação trazer “existir-evento”, optou-se pelo primeiro termo, por acreditar ser uma expressão mais clara em Língua Portuguesa.

cognoscente (contemplador) e falante (enunciador). A ele só se contrapõe a *coisa muda*. Qualquer objeto do saber (incluindo o homem) pode ser percebido e conhecido como coisa. Mas o sujeito como tal não pode ser percebido e estudado como coisa porque, como sujeito e permanecendo sujeito, não pode tornar-se mudo; conseqüentemente, o conhecimento que se tem dele só pode ser *dialógico* (BAKHTIN, 2003, p. 400, grifos do autor).

Para o autor (BAKHTIN, 2003), o objeto de estudo das ciências humanas é o sujeito que “não pode tornar-se mudo”, isto é, o sujeito que se expressa e que só pode ser estudado em relação ao Outro. Desta forma, o conhecimento nessas ciências deve ter uma natureza dialógica, uma vez que o sujeito é “o ser expressivo e falante. Esse ser nunca coincide consigo mesmo e por isso é inesgotável em seu sentido e significado” (BAKHTIN, 2003, p. 395).

O dialogismo atravessa a constituição do próprio homem e, por consequência, a relação entre os textos por ele produzidos: “O texto só tem vida contatando com outro texto (contexto). Só no ponto desse contato de textos eclode a luz que ilumina retrospectiva e prospectivamente, iniciando dado texto no diálogo”. Para a compreensão dos textos, então, é necessário aprofundar “seu sentido, com o auxílio de outros sentidos” (BAKHTIN, 2003, p. 399-401), considerando-se que o sentido vivo, resultante do enunciado concreto, é um evento não-reproduzível, visto que é fruto da interação verbal entre, no mínimo, dois interlocutores.

A partir do entendimento de que a interação verbal é a “realidade fundamental da língua” (BAKHTIN/VOLOCHÍNOV, 2012, p.127), o dialogismo se estabelece enquanto força motriz de toda forma de comunicação verbal, inclusive através do discurso escrito:

Assim, o discurso escrito é de certa maneira parte integrante de uma discussão ideológica em grande escala: ele responde a alguma coisa, refuta, confirma, antecipa as respostas e objeções potenciais, procura apoio, etc. Mas essa comunicação verbal ininterrupta constitui, por sua vez, apenas um momento na evolução contínua, em todas as direções, de um grupo social determinado. Um problema importante decorre daí: o estudo das relações entre a interação concreta e a situação extralinguística – não só a situação imediata, mas também, através dela, o contexto social mais amplo. [...] A comunicação verbal não poderá jamais ser compreendida e explicada fora desse vínculo com a situação concreta (BAKHTIN/VOLOCHÍNOV, 2012, p. 128).

Em *Marxismo e Filosofia da Linguagem*, Bakhtin/Volochínov (2012) elucida que uma das formas mais explícitas de manifestação do dialogismo é o discurso citado, definido como:

O discurso no discurso, a enunciação na enunciação, mas é, ao mesmo tempo, um discurso sobre o discurso, uma enunciação sobre a enunciação. Aquilo de que nós falamos é apenas o conteúdo do discurso, o tema de nossas palavras. [...] Mas o discurso de outrem constitui mais do que o tema do discurso; ele pode entrar no discurso e na sua construção sintática, por assim dizer, 'em pessoa', como uma unidade integral da construção. [...] A enunciação do narrador, tendo integrado na sua composição uma outra enunciação, elabora regras sintáticas, estilísticas e composicionais para assimilá-las parcialmente, para associá-la à sua própria unidade sintática, estilística e composicional, embora conservando, pelo menos sob uma forma rudimentar, a autonomia primitiva do discurso de outrem, sem o que ele não poderia ser completamente apreendido (BAKHTIN/VOLOCHÍNOV, 2012, p. 150-151).

Ainda, o dialogismo também caracteriza o enunciado verbo-visual, pensado por Brait (2009, p.143) “como um enunciado concreto articulado por um projeto discursivo do qual participam, com a mesma força e importância, o verbal e o visual”. A autora acrescenta que nesses textos:

A articulação entre os elementos verbais e visuais forma um todo indissolúvel, cuja unidade exige do analista o reconhecimento dessa particularidade. São textos em que a verbo-visualidade se apresenta como constitutiva, impossibilitando o tratamento excludente do verbal ou do visual e, em especial, das formas de junção assumidas por essas dimensões para produzir sentido (BRAIT, 2009, p. 143).

Como se observa, qualquer que seja a natureza do texto a ser analisado – oral, escrita ou verbo-visual –, o dialogismo lhe é inerente, na medida em que a interação verbal é lugar de expressão de sujeitos, e não de coisas mudas (BAKHTIN, 2003). Neste norte, a consideração do sentido vivo é crucial no método dialógico-discursivo, que, a partir da exploração qualitativa dos textos e da subjetividade de sujeitos, proporciona uma forma de conhecimento de natureza sociocultural de sujeitos históricos, através da linguagem (SAMPAIO, 2006).

Segundo Bakhtin/Volochínov: “compreender a enunciação de outrem significa orientar-se em relação a ela, encontrar o seu lugar adequado no contexto correspondente” (BAKHTIN/VOLOCHÍNOV, 2012, p. 137). Assim, a compreensão do enunciado concreto, conforme sugestão de Bakhtin (2003), segue o movimento dialógico de interpretação, que parte do relacionamento do texto com outros textos e contextos passados, ao passo que também antecipa a construção de outros textos e de futuros contextos. Nesse sentido, a compreensão pode ser subdividida em quatro atos:

- 1) A percepção psicofisiológica do signo físico (palavra, cor, forma espacial);
- 2) Seu *reconhecimento* (como conhecido ou desconhecido). A compreensão do seu *significado* reprodutível (geral) na língua;
- 3) A compreensão de seu *significado* em dado contexto (mais próximo e mais distante);
- 4) A compreensão ativo-dialógica (discussão-concordância). A inserção no contexto dialógico. O elemento valorativo na compreensão e seu grau de profundidade e universalidade (BAKHTIN, 2003, p.398).

Assim, na análise quantiquantitativa dos manuais do cuidador, os signos serão compreendidos no âmbito da língua, que não pode ser dissociado do contexto em que aparece e, por fim, que está inserido no contexto dialógico, isto é, está imerso nos sentidos atribuídos pelo Outro. Essa imersão no contexto dialógico é o que permite, propriamente, a compreensão dos discursos em determinada enunciação, ou seja, do seu sentido atual:

O significado lingüístico de uma enunciação dada é conhecido sobre o fundo de uma língua e o seu sentido atual, sobre o fundo de outras enunciações concretas do mesmo tema, sobre o fundo de opiniões contraditórias, de pontos de vista e de apreciações [...] (BAKHTIN, 1993, p. 90).

Ainda para o autor (BAKHTIN/VOLOCHÍNOV, 2012), o enunciado possui tema e significação. O tema é o “sentido da enunciação completa” que “se apresenta como a expressão de uma situação histórica concreta que deu origem à enunciação” (BAKHTIN/VOLOCHÍNOV, 2012, p. 133), e a significação tem relação com a memória carregada pela palavra. O estudo do enunciado concreto, então, deve tender para a compreensão do tema:

A investigação da significação de um ou outro elemento lingüístico pode, segundo a definição que demos, orientar-se para duas direções: para o estágio superior, o tema; nesse caso, tratar-se-ia da investigação da significação contextual de uma dada palavra nas condições de uma enunciação concreta. Ou então ela pode tender para o estágio inferior, o da significação: nesse caso, será a investigação da significação da palavra no sistema da língua, ou em outros termos a investigação da palavra dicionarizada (BAKHTIN/VOLOCHÍNOV, 2012, p. 136).

Ressalta-se, porém, que a memória traz determinada estabilidade à palavra, ligando o tema àquilo que o precede e o que o sucede e, ao ser atualizada no uso concreto da língua, a palavra recebe um novo acento apreciativo, constituindo-se enquanto um signo:

Toda palavra usada na fala real possui não apenas tema e significação no sentido objetivo, de conteúdo, desses termos, mas também um acento de valor ou *apreciativo*, isto é, quando um conteúdo objetivo é expresso (dito ou escrito) pela fala viva, ele é sempre acompanhado por um acento apreciativo determinado. Sem acento apreciativo, não há palavra. [...] Toda enunciação compreende antes de mais nada uma *orientação apreciativa* [e] em qualquer enunciação, por maior que seja a amplitude de seu espectro semântico e da audiência social de que goza, uma enorme importância pertence à apreciação (BAKHTIN/VOLOCHÍNOV, 2012, p. 137-140).

Neste trabalho, o estudo comparativo entre os manuais do cuidador será feito levando-se em consideração os campos da atividade humana a que pertencem os temas da enunciação dos manuais, posto que:

Todos os diversos campos da atividade humana estão ligados ao uso da linguagem. Compreende-se perfeitamente que o caráter e as formas desse uso sejam tão multiformes quanto os campos da atividade humana, o que, é claro, não contradiz a unidade nacional de uma língua. O emprego da língua efetua-se em forma de enunciados (orais e escritos) concretos e únicos, proferidos pelos integrantes desse ou daquele campo da atividade humana. Esses enunciados refletem as condições específicas e as finalidades de cada referido campo não só por seu conteúdo (temático) e pelo estilo da linguagem, ou seja, pela seleção dos recursos lexicais, fraseológicos e gramaticais da língua mas, acima de tudo, por sua construção composicional. Todos esses três elementos – o conteúdo temático, o estilo, a construção composicional – estão indissoluvelmente ligados no todo do enunciado e são igualmente determinados pela especificidade de um determinado campo da comunicação. Evidentemente, cada enunciado particular é individual, mas cada campo de utilização da língua elabora seus *tipos relativamente estáveis* de enunciados, os quais denominamos *gêneros do discurso* (BAKHTIN, 2003, p. 261-262).

Se, por um lado, os gêneros do discurso sustentam certa estabilidade da forma do enunciado, os estilos são responsáveis por trazer o que há de particular na produção do enunciado e por empreender as mudanças nos gêneros ao longo do tempo (BAKHTIN, 2003). Daí a relevância de uma abordagem do conteúdo e da construção composicional através dos temas de predileção contidos no repertório lexical, textual e discursivo dos manuais, identificados a partir de seu processamento no programa STABLEX e da posterior descrição, interpretação e análise quantiquantitativa à luz do Método de Análise Lexical, Textual e Discursiva (CAMLONG, 1996) e da Teoria/Análise Dialógica do Discurso (BAKHTIN, 2003; 2007; BAKHTIN/VOLOCHÍNOV, 2012), em confluência com a Ergologia (SCHWARTZ, 1997; 2000b), as quais formam a base da Ergolinguística.

A observação, descrição e análise dos temas e dos acentos apreciativos próprios de cada manual, em cada campo da atividade humana analisado, tornará possível um olhar mais completo e abrangente sobre os manuais, na medida em que temas de predileção poderão ocorrer através de vocábulos que remetam a acentos apreciativos diferentes. A partir dessa análise, serão suscitadas as relações dialógicas que cada um dos manuais estabelece com o discurso do Outro sobre o trabalho do cuidador de idosos, já que, como dizia Bakhtin/Volochínov (2012, p.137) “compreender é opor a palavra do locutor uma *contrapalavra*”.

Neste estudo, buscar-se-ão os sentidos nos discursos dos manuais do cuidador, baseados, prioritariamente, nas categorias de *tema* e *acento apreciativo*, relativos à teoria/análise dialógica do discurso, tendo como pano de fundo os conceitos de *trabalho prescrito/trabalho real*, concernentes à teoria ergológica, conforme discutidos no capítulo 3.

Não obstante, Brait (2006, p. 29) esclarece que, a partir das contribuições do legado de Bakhtin e do seu Círculo, o desenvolvimento da Teoria/Análise Dialógica do Discurso e, conseqüentemente, do método dialógico-discursivo, clama por um conjunto de conceitos e categorias que “especificam uma *postura dialógica* diante de um *corpus discursivo*, da metodologia e do pesquisador” (BRAIT, 2006, p. 29, grifo do autor). Desta forma, embora as categorias de *tema* e *acento apreciativo* tenham sido eleitas como balizadoras deste estudo, a análise do discurso dos manuais deverá requerer outras categorias da Teoria, uma vez que “a partir de um ponto de vista dialógico, de um embate”, é preciso “deixar que os discursos revelem sua forma de produzir sentido” (BRAIT, 2006, p. 24).

Enfim, considerando-se que, no mundo do trabalho, a linguagem e a atividade se interpenetram e se interdefinem (BRAIT, 2006), aquela se coloca como um importante viés de análise para a complexidade do trabalho, à medida que permite compreender as singularidades discursivas que constituem os diversos campos da atividade humana.

PARTE III

Análise Quantitativa dos Dados

Certo dia, ao atravessar um rio, Cuidado viu um pedaço de barro. Logo teve uma idéia inspirada. Tomou um pouco do barro e começou a dar-lhe forma. Enquanto contemplava o que havia feito, apareceu Júpiter. Cuidado pediu-lhe que soprasse espírito nele. O que Júpiter fez de bom grado. Quando, porém, Cuidado quis dar um nome à criatura que havia moldado, Júpiter o proibiu. Exigiu que fosse imposto o seu nome. Enquanto Júpiter e o Cuidado discutiam, surgiu, de repente, a Terra. Quis também ela conferir o seu nome à criatura, pois fora feita de barro, material do corpo da Terra. Originou-se então uma discussão generalizada. De comum acordo pediram a Saturno que funcionasse como árbitro. Este tomou a seguinte decisão que pareceu justa: Você, Júpiter, deu-lhe o espírito, receberá, pois, de volta este espírito por ocasião da morte da criatura. Você, Terra, deu-lhe o corpo; receberá, portanto, também de volta o seu corpo quando essa criatura morrer. Mas como você, Cuidado, foi quem, por primeiro, moldou a criatura, ficará sob seus cuidados enquanto viver. E uma vez que entre vocês há acalorada discussão acerca do nome, decido eu: esta criatura será chamada Homem(a), isto é, feita de Húmus, que significa terra fértil.

*Fábula-Mito do Cuidado
(Fábula de Higino, Roma, 64 a.C- 17 a.C)*

5 MANUAIS DO CUIDADOR DE IDOSOS: UMA ABORDAGEM ERGOLINGUÍSTICA DO ENVELHECIMENTO HUMANO

Neste capítulo, serão analisados quantiqualitativamente os dados processados no programa STABLEX (CAMLONG, 1996), com o propósito de investigar o funcionamento dos temas e dos acentos apreciativos na constituição discursiva dos manuais do cuidador de idosos, recuperando as relações dialógicas possíveis de se estabelecer com o discurso do Outro.

Busca-se evidenciar os sentidos que circulam nesses textos e que embasam concretamente a constituição discursiva sobre o trabalho dos cuidadores de idosos, uma vez que o método dialógico-discursivo de análise de dados permite uma análise das particularidades discursivas que emergem no contexto em que linguagem e atividade se penetram mutuamente e se interdefinem (BRAIT, 2006). Em outros termos, a abordagem ergolinguística desses manuais colocará em evidência os sentidos que circulam e baseiam historicamente essa atividade, procurando regulá-la. Esses sentidos serão postos em embate com os sentidos suscitados pelos discursos dos cuidadores de idosos entrevistados, de forma que os resultados permitirão orientar um estudo mais profundo sobre o papel dos manuais na formação teórica e técnica dos futuros cuidadores de idosos, tornando-se possível compreender e apontar soluções para as lacunas de caráter formativo, as quais esses trabalhadores venham a apresentar.

Diante da aprovação recente pelo Senado do projeto de lei que regulamenta a profissão do cuidador de idosos, conforme exposto no capítulo 2, acredita-se que em breve esse projeto passará a vigorar enquanto lei e, assim sendo, exigirá uma formação mínima para o exercício do trabalho de cuidador de idosos. Entre outros requisitos básicos para exercer a profissão, será exigida a frequência em cursos de capacitação para cuidadores de idosos, cujo material didático provavelmente fará referência aos modelos de manual do cuidador objetos deste estudo, daí a importância em conhecê-los quantiqualitativamente.

Ao serem processados no programa STABLEX, o conjunto lexical dos três manuais ficou condensado em um banco de dados denominado de MACRO

Manuais, dividido em três variáveis³⁶, correspondentes a cada um dos manuais, a saber: M1 – *Guia Prático do Cuidador* (BRASIL, 2009); M2 – *Manual do Cuidador da Pessoa Idosa* (BORN, 2008); M3 – *Manual para Cuidadores de Idosos* (TRELHA et al., 2007). Já o conjunto lexical resultante do processamento das entrevistas realizadas com os cuidadores de idosos, em pesquisa anterior (PORTO, 2010), foi agrupado no arquivo MACRO Cuidadores, que por sua vez está subdividido em dez variáveis, cada uma sendo representativa de um cuidador de idosos entrevistado, designadas por C1, C2, C3, C4, C5, C6, C7, C8, C9 e C10³⁷.

Esses dois grandes bancos de dados – a MACRO Manuais e a MACRO Cuidadores – são ilustrados e interpretados através de gráficos que permitem obter uma visão geral acerca do *corpus* deste trabalho. Essa visão geral fornece alguns indícios de como se comportam o total dos itens lexicais dos três manuais, bem como a totalidade dos itens lexicais que compõem as entrevistas com os cuidadores de idosos. A interpretação desses gráficos, portanto, direciona o início da análise dos dados³⁸, permitindo ao pesquisador traçar alguns caminhos que podem ser bastante úteis e esclarecedores mais adiante, quando da observação, interpretação e análise dos temas concernentes aos campos da atividade humana, em cada um dos manuais, em cada uma das variáveis, a partir do procedimento de lematização³⁹ das tabelas de desvios reduzidos (TDRs).

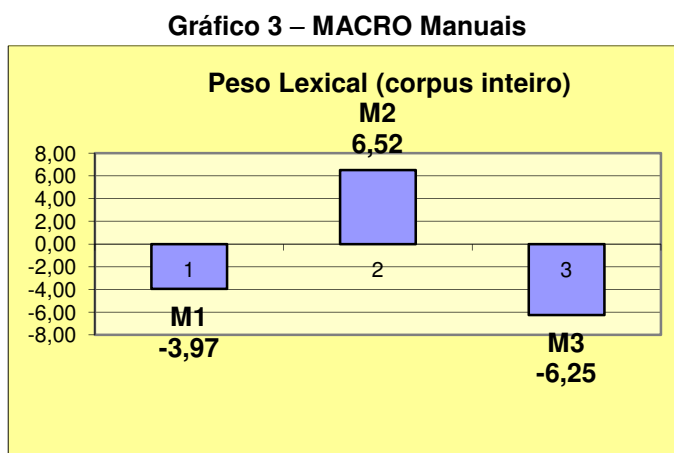
A MACRO Manuais gerou o gráfico 3, abaixo, que permite visualizar como se comportam as variáveis M1, M2 e M3 em relação ao conjunto de itens lexicais dos manuais do cuidador de idosos:

³⁶ Conforme explicado no início deste capítulo, as macros são as tabelas de distribuição de frequência (TDFs), sendo que cada uma das variáveis das macros são reprocessadas em formato de tabelas de desvios reduzidos (TDRs).

³⁷ Por uma questão de ética, as identidades dos cuidadores serão preservadas, conforme acordado no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, assinado na época da coleta dos dados (PORTO, 2010).

³⁸ As macros (TDFs) fornecem dados brutos acerca das variáveis em estudo, os quais permitem, ao pesquisador, visualizar, por exemplo, os tipos predominantes de vocábulos quantificáveis. Para maiores detalhes, consultar o início deste capítulo.

³⁹ A lematização é um procedimento de repesagem dos itens lexicais agrupados por temas, conforme explicitado no início do capítulo.



O gráfico 3 demonstra que M1 (-3,97) e M3 (-6,25) se localizam no eixo negativo da escala, enquanto que M2 (6,52) no eixo positivo. Dessa maneira, em relação ao *corpus* inteiro, o peso lexical de M2 encontra-se no vocabulário preferencial, enquanto que M1 e M3 estão alocados no vocabulário diferencial, sendo que, em M3, esse vocabulário diferencial é ainda mais evidenciado, fazendo contrapeso a M2 e, por isso, objeto de rejeição ou descarte. O gráfico 1 sinaliza, assim, que o peso lexical de M2 é mais significativo, em geral, que o de M1 e o de M3: ao se situar no vocabulário preferencial, M2 possui “uma força temática devido às suas qualidades particularmente apropriadas à composição do texto e do discurso” (CAMLONG, 1996, p. 126).

Observando-se a aba de desvios reduzidos da MACRO Manuais, a qual destaca os itens que “fixam os pesos, a densidade e a intensidade de todos os elementos da variável e do *corpus*” (CAMLONG, 1996, p. 126), extraem-se as seguintes palavras de M2:

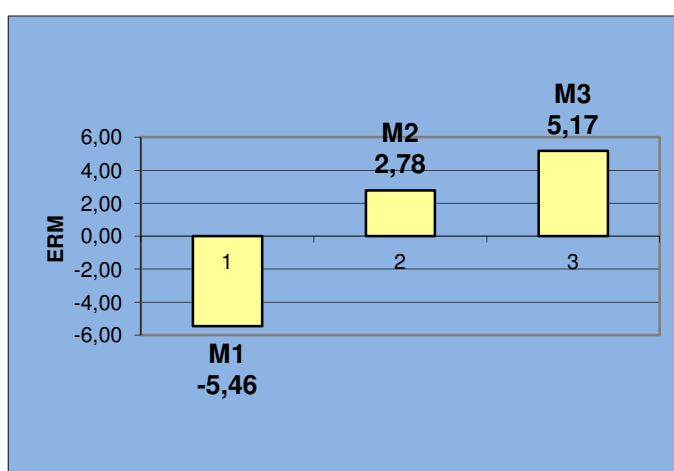
Tabela 2 – Desvios Reduzidos de M2

Palavras	Ocorrência	M2	Z2
Pessoa idosa	648	646	13,22
Que	2640	2165	4,65
De	3308	2690	4,24
Exemplo	151	139	4,10
Cuidado	87	52	-4,19
Refeições	40	19	-4,72
Cadeira	30	11	-5,53
Cuidador	333	194	-8,86
Pessoa cuidada	112	7	-18,49

No vocabulário preferencial, a palavra com maior carga semântica, em M2, é *pessoa idosa*, com peso ($Z^2=13,22$) altamente significativo. No vocabulário diferencial, encontram-se os itens: *cuidado* (-4,19), *refeições* (-4,72), *cadeira* (-5,53), *cuidador* (-8,86) e *pessoa cuidada* (-18,49). Ora, se todos esses itens do vocabulário diferencial são objetos de rejeição, em M2, como explicar que ele seja o manual com maior força temática em relação aos demais?

Para que se possa compreender a origem da força temática do Manual 2 (M2), ilustrada pelo peso significativo de 6,52, quando comparado aos pesos das demais variáveis distribuídas no *corpus* inteiro (Gráfico 3), é preciso levar em consideração o seu vocabulário particular, sobretudo os hápax, constituídos por itens lexicais que ocorrem uma única vez, em uma única variável. Constatou-se que é justamente o conjunto de tais itens – os hápax –, observados em M2, que é responsável por elevar o valor da força temática dos itens lexicais no referido manual, conforme pode-se observar nos pesos descritos no gráfico 4 abaixo.

Gráfico 4 – Peso Lexical dos Hápax em M1, M2 e M3



Com respeito aos hápax, observa-se, no Gráfico 4 acima, que M2 (2,78) e M3 (5,17) apresentam pesos que os situam no vocabulário preferencial, quando comparados a M1 (-5,46), cujo peso encontra-se localizado no vocabulário diferencial e, por isso mesmo, são objeto de rejeição em relação ao seu uso; já M3, em relação à ocorrência (5,17) de hápax, embora também apresente um peso significativo que o localize no vocabulário preferencial, tal resultado, quando comparado ao observado no Gráfico 3, em relação aos itens lexicais do *corpus* inteiro, apresenta uma inversão de valor, com um peso lexical negativo de -6,25

(vocabulário diferencial). Isso significa que M3 apresenta vocábulos do tipo hápax, a exemplo das palavras: *sudoríparas*, *tarefas de cuidado*, *tarefas diárias*, *trabalhosas*, *tratamento de saúde*, todas com peso lexical altamente significativo (5,20) e com uma carga temática precisa, uma vez que condizem a ações do trabalho do cuidador e aos cuidados (mais específicos, ou não) com a saúde do idoso.

Pode-se observar, pois, que se, no gráfico 3, a variável Manual 2 (M2) chama a atenção por ter um vocabulário com acentuada força temática (peso de 6,52), no gráfico 4, quase metade de seus itens lexicais privilegiados são hápax (peso de 2,78), os quais, como afirma Camlong (1996, p.126), são por natureza “essencialmente temáticos” e caracterizados pela “precisão da escolha” de um locutor.

Na tabela seguinte, apresentam-se alguns exemplos desses hápax, em M2, extraídos da tabela de desvios reduzidos e classificados em função do peso lexical (TDRM2-DELTA):

Tabela 3 – Desvios reduzidos dos Hápax em M2

Palavras	Ocorrência	M2	Z2
Abalos musculares intensos	1	1	0,53
Abandonada	1	1	0,53
Abandonadas	1	1	0,53
Abandonando	1	1	0,53
Abandono familiar	1	1	0,53
Abscesso cerebral	1	1	0,53
Abscesso intra-abdominal	1	1	0,53
Abstinência de sedativos	1	1	0,53
Abstinência do uso de benzodiazepínicos	1	1	0,53
Abuso financeiro	1	1	0,53
Abuso físico	1	1	0,53
Alteração da consciência	1	1	0,53
Alteração da fala	1	1	0,53
Atividade de cuidador	1	1	0,53
Atividade profissional remunerada	1	1	0,53
Atividades com animais	1	1	0,53
Atividades cotidianas	1	1	0,53
Atividades de autocuidado	1	1	0,53
Atividades diárias do idoso	1	1	0,53

A partir da tabela 3, confirma-se a precisão lexical dos hápax em M2, um léxico caracterizado por doenças e sintomas (pertencentes, portanto, ao campo da saúde) – *abalos musculares intensos*, *abscesso cerebral*, *abscesso intra-abdominal*,

abstinência de sedativos, abstinência do uso de benzodiazepínicos, alteração da consciência, alteração da fala –; por palavras pertencentes ao campo jurídico, no que concerne à proteção dos direitos do idoso, a exemplo dos itens: *abandonada, abandonadas, abandonando, abandono familiar, abuso financeiro e abuso físico*. Além desses dois campos, há itens lexicais que pertencem ao campo do trabalho do cuidador, isto é: *atividade de cuidador, atividade profissional remunerada, atividades com animais, atividades cotidianas, atividades de autocuidado, atividades diárias do idoso*.

Diante do que foi exposto nos gráficos 3 e 4, e exemplificado nas tabelas 2 e 3 acima, além da pré-análise qualitativa dos manuais do cuidador, foi possível observar que os temas dos manuais do cuidador organizam-se em torno de três macrocampos da atividade humana: o campo do trabalho do cuidador, o campo da saúde e o campo jurídico. Uma vez definidos esses três grandes campos de análise, a MACRO Manuais foi submetida ao processo de lematização, ou seja, foi subdividida em três, sendo seus respectivos itens lexicais reagrupados de acordo com os campos da atividade humana, recebendo novos pesos lexicais. Essa lematização seguiu os critérios descritos abaixo.

Campo do Trabalho do Cuidador nos Manuais

Este campo de atividade reúne os itens lexicais relativos ao cuidador de idosos e ao seu trabalho, como, por exemplo: as atividades que compõem a rotina do cuidador e que são esperadas na realização de seu trabalho em benefício do idoso cuidado, incluindo os cuidados gerais com o idoso; o envelhecimento humano – questão central para o trabalho do cuidador; sensações e sentimentos que o cuidador vivencia no exercício de sua profissão.

Campo da Saúde nos Manuais

Nesta categoria, encontram-se os itens lexicais classificados como mais técnicos ou específicos da área da saúde. Tendo em vista as diversas compreensões em torno da saúde, no estudo do envelhecimento humano, conforme discutido no capítulo 2, incluem-se, nesse campo, palavras relacionadas a:

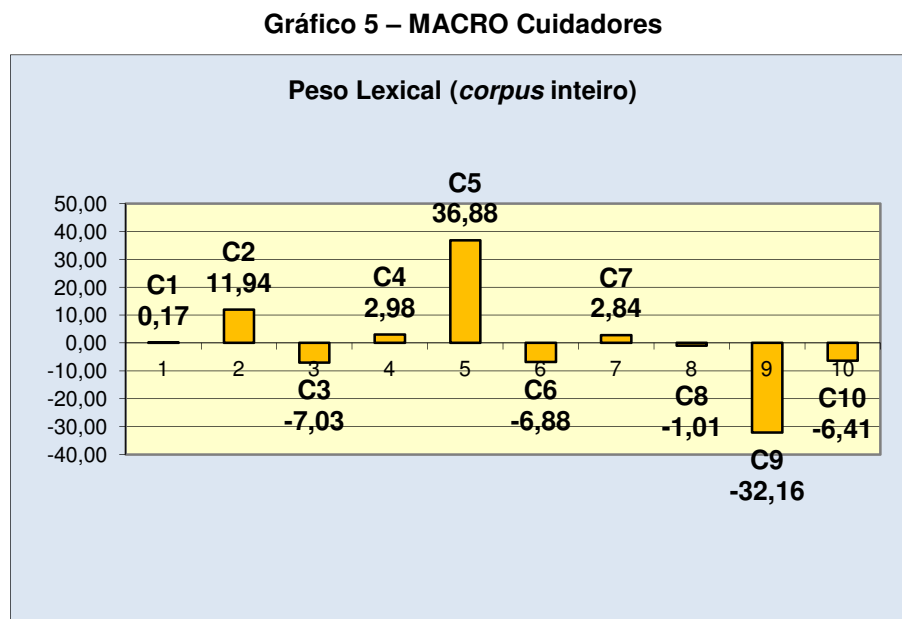
problemas de saúde ou doenças crônicas decorrentes do envelhecimento, inclusive as incapacitantes; procedimentos ou técnicas de cuidado e comportamentos preventivos para a promoção da saúde na velhice (envelhecimento saudável).

Campo Jurídico nos Manuais

No campo jurídico, foram incluídos tanto os itens lexicais relativos aos direitos do idoso como aqueles relacionados aos direitos do cuidador enquanto trabalhador. Embora não seja o campo de maior predominância, em manuais do cuidador, o campo jurídico está presente nos três manuais analisados e não poderia ser ignorado neste estudo.

Depois de definidos os três grandes campos de análise quantiquantitativa dos manuais escritos para a orientação dos cuidadores de idosos, foi preciso observar o banco de dados concernente ao processamento das entrevistas com os cuidadores de idosos, designado de MACRO Cuidadores. Conforme explicitado anteriormente, esse banco de dados foi dividido em dez variáveis – de C1 a C10 – sendo cada variável correspondente a um cuidador de idosos. Assim, cada entrevista foi considerada enquanto uma enunciação, isto é, constituída num todo significativo que apenas se realiza no curso da comunicação verbal (BAKHTIN/VOLOCHÍNOV, 2012).

A MACRO Cuidadores gerou o seguinte gráfico, referente ao peso lexical de cada variável em relação ao *corpus* inteiro:



No gráfico 5, pode-se observar a forma de distribuição dos pesos relativos aos itens lexicais que compõem o conjunto de variáveis relativas às enunciações, nas entrevistas narrativas, de cada um dos cuidadores de idosos. As variáveis C1, C2, C4, C5 e C7 encontram-se no eixo positivo, enquanto que C3, C6, C8, C9 e C10, no eixo negativo do gráfico, ou seja, cada um dos eixos é composto por cinco variáveis.

O peso 0,17, verificado em C1, localiza-se no vocabulário fundamentalmente básico, bem próximo à mediana “0”, sendo caracterizado por palavras nocionais fundamentais que servem de suporte para a construção do texto. Já os pesos verificados nas variáveis C4 (2,98) e C7 (2,84) encontram-se no vocabulário preferencial, marcado por sua força temática na construção discursiva, indicando que tais temas são objetos de predileção, por parte desses cuidadores de idosos. Pode-se observar também que ambos os pesos lexicais, nessas duas variáveis, encontram-se quantitativamente bastante próximos. Quanto ao peso lexical verificado na variável C2 (11,94), pode-se observar que apresenta uma precisão temática bem mais significativa do que em C4 e C7, acima referidas. Não obstante, é a variável C5 que se destaca sobremaneira no eixo positivo do gráfico 3, apresentando o peso altamente significativo de 36,88. Por esta razão, o peso verificado, em C5, insere-se no vocabulário preferencial, caracterizado pelo emprego de itens lexicais privilegiados pelo cuidador. Assim, de acordo com o gráfico 5, seguindo uma escala de precisão temática por parte dos cuidadores de idosos, ter-se-ia a seguinte ordem, da variável menos precisa para a mais precisa: C1, C7, C4, C2 e C5.

No que concerne ao eixo negativo do gráfico 5, a variável C8 (-1,01) localiza-se no vocabulário básico de tendência negativa ($-2 < z < -1$), porém está bem próxima ao vocabulário fundamentalmente básico ($-1 < z < +1$), sendo possível interpretar essa variável como um contrapeso a C1 (0,17), isto é, tanto C1 quanto C8 são caracterizados por um vocabulário nocional, que serve de suporte para a construção discursiva, mas sem uma precisão temática. Já os pesos dos itens lexicais verificados nos discursos dos cuidadores de idosos que correspondem às variáveis C3 (-7,03), C6 (-6,88) e C10 (-6,41), encontram-se localizados no vocabulário diferencial, caracterizado por um emprego significativamente deficitário, isto é, objeto de abandono ou rejeição por parte desses cuidadores. À semelhança do destaque do cuidador 5 (C5), no eixo positivo, o cuidador 9 (C9 - 32,16) destaca-se

negativamente, servindo de contrapeso para C5. Isso indica que, se em C5 os itens lexicais de alta carga temática são objeto de predileção, em C9 esses itens são significativamente rejeitados e, portanto, objetos de descarte.

Considerando-se o eixo positivo do gráfico 5, a variável C1 (0,17), situada no vocabulário fundamentalmente básico, apresenta os seguintes itens lexicais destacados nos pesos dos desvios reduzidos:

Tabela 4 – Pesos dos Desvios Reduzidos em C1

Palavras	Ocorrência	C1	Z1
assim	465	8	-5,05
aí	675	16	-5,46

Os termos *assim* e *aí*, que funcionam gramaticalmente enquanto advérbios de modo e de lugar, respectivamente, configuram-se como palavras nocionais ligadas à construção discursiva do enunciado, na definição de Camlong (1996). O uso dessas palavras, no discurso do Cuidador 1 (C1), pode ser ilustrado através dos seguintes fragmentos de seus enunciados:

Eu penso **assim**: se você quer cuidar de um adul... de alguém, cuide. [...]
 É do meu, do meu eu, eu sou **assim**, eu gosto de cuidar das pessoas [...].
Aí qualquer coisa se desengasga. [...]
 As que andam, **aí** tudo bem, mesmo assim ainda tem que ter cuidado [...] (C1, 2010, grifos nossos).

Como foi possível constatar, há uma grande incidência desses itens no *corpus* discursivo inteiro do Cuidador 1, o que é compatível com a inserção dessa variável no vocabulário fundamentalmente básico.

Ainda com relação ao eixo positivo do gráfico 5, é relevante exemplificar a qualidade do léxico do Cuidador 4 (-2,98) e do Cuidador 7 (-2,84), a fim de identificar quais itens lexicais são representativos de seus respectivos vocabulários preferenciais:

Tabela 5 – Desvios Reduzidos em C4 e C7

Palavras	Ocorrência	C4	Z	C7	Z
Né	273	23	6,66	21	-5,32
Mas	269	---	---	85	4,39
Não	698	---	---	195	4,69
É	866	---	---	272	7,74
Então	88	---	---	48	7,82

Assim	465	---	---	172	8,64
Ele	202	---	---	105	10,95

A partir da tabela 5, referente aos desvios reduzidos identificáveis nos cuidadores 4 e 7, nota-se que não há variação significativa entre a qualidade lexical verificada nos discursos de ambos, já que seus respectivos pesos lexicais estão localizados no vocabulário preferencial, enquanto que o léxico do cuidador 1 (C1), conforme já referido, insere-se no vocabulário fundamentalmente básico (vide gráfico 5). O item *né*, presente em C4 e C7, é um marcador conversacional, tal como *aí*, em C1, categoria utiliza no âmbito da Pragmática⁴⁰ para se referir a termos que não possuem função sintática em um enunciado, mas que:

Ajudam a construir e a dar coesão e coerência ao texto falado, especialmente dentro do enfoque conversacional. Nesse sentido, funcionam como articuladores não só das unidades cognitivo-informativas do texto como também dos seus interlocutores, revelando e marcando, de uma forma ou de outra, as condições de produção do texto, naquilo que ela, a produção, representa de interacional e pragmático (URBANO, 1993, p. 85-86).

As conjunções *mas* e *não*, bem como os advérbios *então* e *assim*, além da flexão do verbo *ser* *é* e do substantivo *ele* se configuram como palavras nocionais com forte carga semântica (adjetivos, advérbios, nomes e verbos), mas sem precisão temática. Observem-se os fragmentos que ilustram os valores dos desvios reduzidos verificados no vocabulário do cuidadores 4 e 7 respectivamente:

Tem umas aí que até diz que me ama, porque eu beijo ela e muito aí [...] disseram que ela é chata, mas ela num é chata, é porque ninguém... **né**... num tem assim como conversar com ela, aí... como é que uma pessoa vai se apegar à outra? Tem que conversar, **né**... (C4, 2010, grifos nossos).
 [...] Ah...o relacionar com eles, **assim**, o relacionamento com eles, o dia-a-dia, eu me sinto bem. **É**... eu tenho até **assim** esse trabalho como um ministério, **assim**, porque eu gosto mesmo, tem vocação mesmo pra... pra estar com eles (C7, 2010, grifos nossos).

⁴⁰ Esta breve referência feita à Pragmática, cuja definição não é unânime entre os estudiosos, ajuda a esclarecer a utilização de um termo específico da área. Para Levinson (2007), a Pragmática é definida como o estudo do uso linguístico. Em se tratando de uma referência pontual aos marcadores conversacionais, não se julgou necessário dedicar parte do escopo teórico deste trabalho à Pragmática, por se acreditar que isso desviaria o foco da Ergolinguística.

Já os pesos dos itens lexicais dos cuidadores que correspondem às variáveis C2 (11,94) e C5 (36,88), inserem-se no vocabulário preferencial, altamente significativo. A tabela 6, a seguir, é ilustrativa da qualidade desse léxico:

Tabela 6 – Desvios Reduzidos em C2 e C5

Palavras	Ocorrência	C2	Z	C5	Z
Assim	465	38	5,43	---	---
Né	273	28	6,02	---	---
Não	698	---	---	63	-5,27
É	866	---	---	89	-4,88
Ele	202	---	---	12	-4,02
Casa	37	---	---	16	4,40
Elas	103	---	---	35	4,81
Aí	675	---	---	160	5,11

As palavras *assim* e *né*, à semelhança de como aparecem nas tabelas anteriores, comportam-se como marcadores conversacionais. Na variável C2, observa-se que esses marcadores possuem um peso lexical relevante no conjunto dos itens lexicais que compõem esse discurso. A partir dessa informação, no entanto, pouco se depreende a respeito dos sentidos mobilizados pela cuidadora C2 durante a entrevista narrativa. A predominância dessas palavras, no vocabulário preferencial, por outro lado, indica que a cuidadora C2 não é tão precisa quanto aos temas que constituem sua atividade profissional, em torno dos quais a entrevista narrativa foi construída, a saber: as atividades diárias do trabalho do cuidador, o envelhecimento humano, cuidados gerais e específicos de saúde. Isso pode ser constatado através do excerto discursivo abaixo:

P- Me fale sobre o seu trabalho como cuidadora.

Bom, meu trabalho como cuidadora é o que? É... tá sempre atento a eles, porque o idoso tem aquela... é como criança, **né**? Criança... às vez corre muito, **né**, e a gente tem que tá sempre atrás. Mas o idoso não, o idoso é lento, **né**, devagarinho, e a gente tem que tá o quê? Atento a eles, por quê? Eles têm a dificuldade de levantar, tem a dificuldade de andar. E às veze são muito treloso, **assim**... num quer, num... pode fazer aquilo, **assim**, num pode não, poder eles pode, agora só que eles faze, mas... num, num tem aquela agilidade rápida de de defender... Aí eles... A gente tem que tá sempre... em observação a eles, porque... é.... pra invitar queda, invitar se machucar... aí essas, essas coisa (C2, 2010, grifos nossos).

Ao ser questionada sobre o seu trabalho como cuidadora, C2 ressalta a importância de o cuidador “estar atento”, “em observação a eles”, a fim de evitar

acidentes que podem ser causados pelas debilidades próprias da velhice. De acordo com o exemplo acima, a cuidadora prefere enfatizar a atenção e a observação dos idosos como centrais para o seu trabalho, mas não detalha de que forma essa atenção é dada e essa observação é feita. Os itens lexicais de maior peso e de maior carga temática, na fala da cuidadora são precisamente: *dificuldade de andar* (7,39), *dificuldade de levantar* (5,23), *invitar queda* (5,23) e *invitar se machucar* (5,23), os quais pertencem ao vocabulário particular, sendo os três últimos hápax. Constata-se, portanto, que, embora a cuidadora 2 (C2) apresente, nos desvios reduzidos dos itens lexicais, as palavras *assim* e *né*, como responsáveis por manter seu peso lexical positivo em relação ao *corpus* inteiro, o vocabulário particular da cuidadora 2 (C2) apresenta maior precisão temática, restando saber se este possui um peso lexical de destaque em relação às demais variáveis, conforme será discutido mais adiante, quando da análise do gráfico 6.

Ainda de acordo com a tabela 6 acima, os pesos (desvios reduzidos) relativos ao advérbio de negação *não*, a flexão verbo *ser é* e o pronome pessoal do caso reto *ele* indicam um uso, por parte da cuidadora 5, que é objeto de rejeição dessa variável. Já os pesos (desvios reduzidos) relativos aos itens lexicais tais como o substantivo *casa*, o pronome pessoal do caso reto *elas*, o marcador conversacional *aí*, o advérbio de lugar *aqui* e o pronome possessivo *minha*, entre outros, parecem ser responsáveis pela elevação de peso do conjunto de itens lexicais, na variável C5 (36,88), inserindo-a no vocabulário preferencial, objeto de predileção dessa cuidadora 5.

À semelhança do que ocorre em relação à cuidadora C2 (variável C2), na variável C5, esses itens lexicais podem ser classificados como palavras nocionais (nomes, verbos, advérbios e adjetivos) ou gramaticais (pronomes, artigos, preposições e conjunções), as quais são típicas do vocabulário fundamentalmente básico, uma vez que servem de base para a construção discursiva, embora não possuam precisão temática. No recorte a seguir, é possível observar de que forma a cuidadora C5 utiliza os referidos itens lexicais, ao explicar como será a situação na instituição onde trabalha, quando ela se aposentar e vier um cuidador para substituí-la:

P- Então quando a pessoa vier pra substituí-la, a senhora ensina tudo?
Aí, eu vou ter que ficar pelo menos uns três ou quatro dias **aqui**, ensinando, né? [Ensinando o quê?] O que eu fazia, pra pessoa fazer do mesmo jeito,

fazer-tudo-certinho, né? E mais, e ter paciência de ficar com, cuidar-das-vó direitinho, né? Que o mais que precisa é ter-paciência com elas (C5, 2010, grifos nossos).

Percebe-se que os itens lexicais grifados, que aparecem como desvios reduzidos, na tabela 5, pouco contribuem para a compreensão do tema do trabalho e do cuidado no discurso de C5. Já os itens: *ensinando* (2,26), *fazer tudo certinho* (2,26), *cuidar das vó* (2,26) e *ter paciência* (1,81) carregam maior precisão temática, uma vez que estão diretamente relacionados ao trabalho do cuidador e aos cuidados prestados aos idosos. Os três primeiros itens são hápax de C5, e o último aparece duas vezes em C5, uma vez em C1, e uma em C9. Dessa forma, tais resultados sugerem que também o cuidador 5 apresenta os itens lexicais hápax como vocábulos importantes para a constituição de seu discurso. Não obstante, para uma análise geral mais precisa do *corpus* inteiro, faz-se necessário visualizar o peso lexical desse tipo vocabular em cada uma das variáveis, conforme o gráfico 6 abaixo:

Gráfico 6 – MACRO Cuidadores - Hápax



Segundo o gráfico 6, apenas a variável C9 (7,62) utiliza os hápax com privilégio, daí o peso lexical bastante significativo desse tipo vocabular em comparação às demais variáveis. As variáveis C1, C3, C4, C6, C7, C8 e C10 encontram-se no vocabulário básico de tendência positiva – C1 (1,42) e C6 (1,75) –, fundamentalmente básico – C3 (-0,52), C7 (-0,74) e C8 (-0,38) – e básico de tendência negativa – C4(-1,87) e C10 (-1,34). Isso significa um emprego normal, em

torno da média, dos hápax: esse tipo de vocabulário faz parte da constituição discursiva de todas elas, bem como os itens lexicais pertencentes a outros tipos de vocabulário.

Observa-se que as variáveis C2 (-3,48) e C5 (-4,73), no gráfico acima, servem de contrapeso à variável C9 (7,62). No gráfico anterior, ocorreu justamente o fenômeno inverso: C2 e C5, no eixo positivo, faziam contrapeso a C9, no eixo negativo. Para melhor visualização, reveja-se o gráfico 5, em comparação ao gráfico 6:

Gráfico 5 – Macro Cuidadores

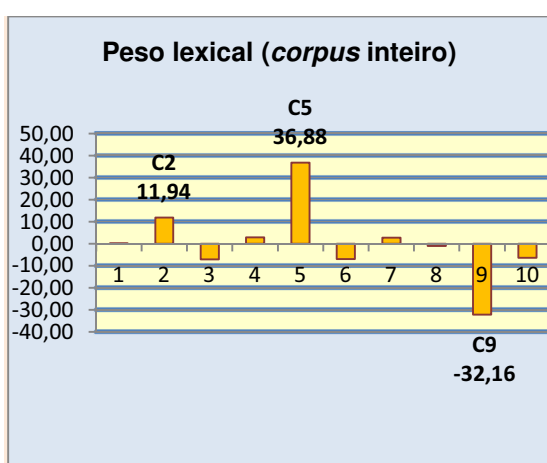
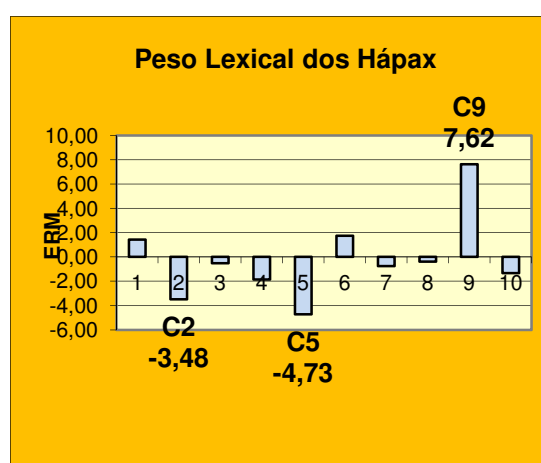


Gráfico 6 – Macro Cuidadores – Hápax



Conforme é possível observar, confirma-se uma inversão de pesos positivos (+) e negativos (-) relativos aos itens lexicais presentes no corpus vocabular inteiro dos cuidadores C2 e C5, quando comparados aos resultados do cuidador 9 (C9). Como se procurou demonstrar, na tabela 6, os itens lexicais de uso privilegiado, em C2 e C5, têm pouca precisão temática, tendo em vista que são palavras nocionais ou gramaticais que dão suporte à construção do discurso. Já os dados do gráfico 5 demonstram que esses mesmos itens lexicais eram objeto de descarte por parte do cuidador C9. Essa constatação abre espaço para a ocorrência de outros tipos de vocábulos, a exemplo dos hápax. A observação do gráfico 6 ratifica isso: enquanto os pesos lexicais de C2 e C5 recaem sobre palavras nocionais ou gramaticais, o peso lexical de C9 é fixado, sobretudo, pela presença dos hápax, exemplificados, logo a seguir, na tabela de desvios reduzidos de C9 (TDRC9-DELTA):

Tabela 7 – Desvios Reduzidos dos Hápax em C9

Palavras	Ocorrência	C9	Z
Auferir a pressão	1	1	2,38
Bota a água	1	1	2,38
Bota a mão	1	1	2,38
Botando as cadeirinha	1	1	2,38
Bota o avental	1	1	2,38
Bota a fralda	1	1	2,38
Botar ele em decúbito	1	1	2,38
Cuida da alimentação	1	1	2,38
Cuidado de idosos	1	1	2,38
Cuidar de botar a camisolinha	1	1	2,38

Segundo a tabela 7, os hápax na variável C9, os quais apareceram com peso lexical expressivo, no gráfico 6 ($C9=7,62$), fazem jus à definição de Camlong (1996), isto é, são vocábulos caracterizados pela precisão da escolha da cuidadora, sendo fundamentalmente temáticos. Esses hápax representam as ações da cuidadora em seu trabalho, sendo que essas ações podem ser os cuidados gerais – *bota a água, bota a mão, botando as cadeirinha, bota o avental, bota a fralda, cuida da alimentação, cuidado de idosos, cuida de botar a camisolinha* – ou cuidados mais específicos da área da saúde, a exemplo de: *auferir a pressão e botar ele em decúbito*. Assim sendo, a análise comparativa dos gráficos 5 e 6, este ilustrado pelos exemplos da tabela 7, demonstra que, embora a cuidadora C9 tenha apresentado um peso lexical negativo, em relação ao *corpus* inteiro ($-32,16$), a presença significativa dos hápax, em sua construção discursiva, a qual elevou seu peso lexical para o eixo positivo ($7,62$), é indicativa de uma precisão temática da escolha vocabular, dessa cuidadora, ao falar sobre o seu trabalho.

A observação prévia da MACRO Manuais e da MACRO Cuidadores, portanto, é indicativa de como esses itens lexicais se comportam em cada uma das variáveis com respeito à frequência. Não obstante, a observação detalhada das tabelas de desvios reduzidos (TDRs) é crucial para uma visão mais precisa acerca desse léxico e da construção discursiva dos cuidadores.

Para tanto, à semelhança do procedimento realizado com a MACRO Manuais, também a MACRO Cuidadores foi submetida ao processo de lematização, ou seja, seus itens lexicais foram reagrupados de acordo com os campos da atividade humana, recebendo novos pesos lexicais. Conforme ficou demonstrado nas análises dos gráficos 5 e 6 e das tabelas 4, 5, 6 e 7, acrescido de uma pré-análise qualitativa

das entrevistas com os cuidadores de idosos, os temas dos discursos dos cuidadores organizam-se em torno de dois macrocampos da atividade humana: o campo do trabalho do cuidador e o campo da saúde. Diferentemente dos manuais escritos para os cuidadores de idosos, as entrevistas não apresentaram temas quantificáveis no macrocampo jurídico, de forma que, quando apareceram, os itens lexicais do macrocampo jurídico foram abarcados pelo macrocampo do trabalho do cuidador. Dito isto, a lematização seguiu os critérios descritos abaixo.

Campo do Trabalho do Cuidador nas Entrevistas com os Cuidadores

Este campo de atividade reúne os itens lexicais relativos ao cuidador de idosos e ao seu trabalho, como, por exemplo, as atividades e ações que fazem parte da rotina laboral do cuidador de idosos, incluindo os cuidados gerais com o idoso, o envelhecimento humano, sensações e sentimentos que o cuidador vivencia no exercício de sua profissão, orientações sobre o trabalho e questões de ordem jurídica.

Campo da Saúde nas Entrevistas com os Cuidadores

Neste macrocampo de análise, encontram-se os itens lexicais classificados como mais técnicos ou específicos da área da saúde. À semelhança do campo da saúde nos manuais, foram incluídas as palavras relacionadas a: problemas de saúde, ou doenças crônicas decorrentes do envelhecimento, inclusive as incapacitantes, procedimentos ou técnicas de cuidado e comportamentos preventivos para a promoção da saúde na velhice (envelhecimento saudável).

Definidos os macrocampos de análise dos manuais do cuidador idosos e das entrevistas narrativas, realizadas com os dez cuidadores em instituições geriátricas do Recife, resta esclarecer que os temas relativos a cada um desses campos têm seu próprio peso em relação aos *corpora* analisados e correspondem a cada um dos manuais – variáveis, M1, M2 e M3, e das entrevistas com os cuidadores – variáveis C1, C2, C3 C4, C5, C6, C7, C8, C9 e C10.

Tratando-se de uma análise quantitativa (estatística paramétrica) sobre um fundo qualitativo (o léxico, o texto e o discurso), torna-se possível comparar os

pesos correspondentes à lematização dos itens lexicais que configuram os temas e os acentos apreciativos em cada um dos campos da atividade humana os quais compõem os manuais do cuidador e as entrevistas com os cuidadores de idosos.

Uma vez que os manuais escritos para a orientação dos cuidadores de idosos constituem o objeto de estudo primordial deste trabalho e que os macrocampos das entrevistas com os cuidadores de idosos estão contidos nos macrocampos dos manuais, a interpretação, análise e discussão quantiquantitativa de cada um dos macrocampos da atividade humana será guiada pela perspectiva dos manuais, cujos discursos serão confrontados com aqueles produzidos pelos cuidadores de idosos, quando oportuno, a fim de tecer os fios dialógicos ali existentes.

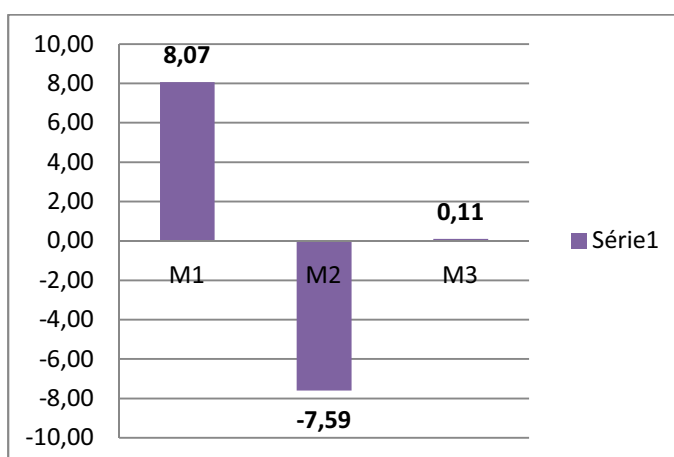


5.1 Campo do Trabalho do Cuidador

O primeiro campo da atividade humana a ser analisado nos manuais é o campo do trabalho do cuidador, que comporta uma amostra significativa de itens lexicais (1083 itens) lematizados em torno dos temas que envolvem o trabalho do cuidador: as atividades realizadas em seu trabalho; o envelhecimento humano, além das sensações e sentimentos experimentados pelo cuidador no exercício de sua profissão.

Conforme explicado no procedimento de lematização, os itens lexicais foram agrupados em três variáveis distintas – M1, M2 e M3 – sendo cada uma correspondente a um manual do cuidador. O gráfico 7, abaixo, permite observar como esses itens lexicais se comportam em relação ao campo do trabalho do cuidador, em cada uma das variáveis.

Gráfico 7 – Campo do Trabalho do Cuidador



Os temas relativos ao trabalho do cuidador são objeto de predileção por parte *Guia Prático do Cuidador* (M1), inserindo-se no vocabulário preferencial (8,07), que possui grande força temática; já em M2, o *Manual do Cuidador da Pessoa Idosa*, ocorre o inverso: situam-se no vocabulário diferencial (-7,59), sendo objeto de abandono ou rejeição; quanto ao *Manual para Cuidadores de Idosos* (M3), os temas encontram-se no vocabulário fundamentalmente básico, mas, por sua proximidade em relação à mediana “0”, pode ser considerado nulo, ou seja, um emprego dos itens lexicais, nesse campo da atividade e nessa variável, é normalizado em torno da média (CAMLONG, 1996).

Esses dados sugerem que os temas em torno do campo do trabalho do cuidador, em M1, são extremamente relevantes para sua construção discursiva; com

relação a M2, o valor inverso negativo indica que esses temas já começam a ser deficitários, de forma que, em M2, outros temas possam ocupar um lugar privilegiado no discurso, apresentando peso mais significativo. Em M3, o discurso no campo do trabalho do cuidador praticamente inexistente em relação às outras duas variáveis, de maneira que as atividades realizadas em seu trabalho, o envelhecimento humano, as sensações e os sentimentos experimentados pelo cuidador no exercício de sua profissão, embora apareçam em M3, não possuem um peso significativo nesse discurso, conforme é possível observar pela própria organização do sumário do *Manual para Cuidadores de Idosos* da UEL-PR:

Figura 5 – Sumário do *Manual para Cuidadores de Idosos*

SUMÁRIO		
•	SER CUIDADOR	05
•	O ENVELHECIMENTO	07
•	HIGIENE PESSOAL	10
•	ALIMENTAÇÃO E HIDRATAÇÃO	13
•	MOBILIDADE	15
•	SAÚDE BUCAL	17
•	MEDICAMENTOS	19
•	AMBIENTE SEGURO	21
•	OS DIREITOS DO IDOSO	23

(TRELHA *et. al.*, 2007, p. 5).

Dos nove capítulos que compõem o sumário de M3, apenas os dois primeiros carregam temas que estão diretamente relacionados ao campo do trabalho do cuidador; o item “os direitos do idoso” traz consigo temas no campo jurídico, e os demais itens concernem ao campo da saúde. Assim, mais da metade do manual M3 está destinado às orientações para o cuidador de idosos no campo da saúde, daí por que o campo do trabalho do cuidador de idosos não é privilegiado em M3.

Nos referidos capítulos do *Manual para Cuidadores de Idosos*, os itens lexicais destacados no campo do trabalho do cuidador são expostos na tabela 7 a seguir:

Tabela 8 – Campo do Trabalho do Cuidador em M3

Palavras	Ocorrência	M3	Z3
Envelhecimento	56	8	4,33
Cuidador	333	7	-1,44
Casa	80	6	1,90

Água	80	3	0,09
Ajuda	160	2	-1,58
Pessoas idosas	182	2	-1,79
Trabalho	52	2	0,11
Realizar	79	1	-1,10
Tarefas	41	1	-0,39

De acordo com a tabela 8, apenas o item *envelhecimento* (4,33) apresenta um peso privilegiado na variável M3. Todos os demais itens se encontram no vocabulário básico: ora de tendência positiva – a exemplo de *casa* (1,90) –, ora de tendência negativa, representado por *realizar* (-1,10), *ajuda* (-1,58), *pessoas idosas* (-1,79), ou ainda no fundamentalmente básico, como em *água* (0,09), *trabalho* (0,11) e *tarefas* (-0,39). Conforme se observa, a presença maciça desses itens lexicais no vocabulário básico, muitos deles próximos à mediana “0”, é responsável por definir a variável M3, no campo do trabalho do cuidador, não apenas como uma variável que não privilegia os temas nesse campo da atividade humana, mas também, quando os utiliza, carece de maior especificidade.

Isso pode ser observado claramente em alguns excertos dos capítulos do *Manual para Cuidadores de Idosos* os quais concentram os itens lexicais expostos na tabela 8. Logo no capítulo 1, reproduzido integralmente a seguir, o manual fornece algumas informações gerais sobre o cuidador de idosos e seu ambiente de trabalho:

SER CUIDADOR

O idoso que depende de **ajuda**, vive melhor em **casa** do que no asilo ou em casa de repouso, ele se recupera mais rapidamente quando recebe cuidados da esposa, do marido, dos filhos, dos netos, outros familiares ou amigos.

A **casa** é o lugar onde as pessoas desenvolvem suas atividades, formam laços de amor, interagem uns com os outros, têm seus momentos de lazer e até mesmo de desentendimentos. Algumas pessoas conforme as circunstâncias vividas, tornam-se cuidadores de seus familiares, quando alguém fica doente ou necessita de ajuda.

Em geral, em **casa** as mulheres de meia idade, sem filhos ou com eles já crescidos, assumem a responsabilidade de cuidar.

O cuidar de outra pessoa representa a essência da doação, do desprendimento e principalmente do amor ao próximo.

As pessoas envelhecem e mesmo com toda sua experiência e vivência muitas vezes podem se tornar dependentes e incapazes de se cuidar, necessitando de um **Cuidador**.

A maioria destes cuidadores passam por um grande desgaste físico e emocional, sendo comum que venham a ter problemas de saúde pelo fato de necessitarem estar o tempo todo, dia e noite, disponíveis para atender as necessidades do idoso.

Mas, o que é ser cuidador de idoso? Cuidador do idoso é a pessoa que auxilia o idoso que apresenta dificuldades e limitações para **realizar** atividades do dia-a-dia (banho, higiene, locomoção, alimentação, entre outras) fazendo ligação entre o Idoso, Familiares e Serviço de Saúde.

O cuidar de um idoso doente e/ou dependente no domicílio acontece no espaço onde parte significativa da vida é vivida, no qual o conhecimento e a memória de fatos e de relações íntimas são importantes tanto para o **cuidador** como para quem é cuidado.

Geralmente a função de **cuidador** é assumida por uma única pessoa, seja por instinto, vontade, disponibilidade ou capacidade. O **cuidador** assume **tarefas** de cuidado atendendo às necessidades do idoso e responsabilizando-se por elas. Ninguém está preparado para ser cuidador. O **cuidador** é um ser humano de qualidades especiais, expressas pelo forte laço de amor de solidariedade e de doação (TRELHA *et. al.*, 2007, p. 5-6, grifos nossos).

Os temas destacados em negrito, no capítulo 1 do *Manual para Cuidadores de Idosos*, representam parte dos itens lexicais expostos na tabela 8, mas agora em seu contexto de uso. Esses temas pertencentes ao campo do trabalho do cuidador de idosos permitem entrever de que maneira o referido manual atribui sentidos ao trabalho do cuidador de idosos.

A análise qualitativa vem confirmar que as informações do manual, quanto ao trabalho do cuidador, são bastante gerais e restritas ao cuidado dispensado nas residências dos idosos. Através do primeiro capítulo, o manual indica que seu principal interlocutor é o cuidador de idosos informal, e não o cuidador profissional. A restrição a esse cuidador acaba por justificar o emprego praticamente privilegiado do item *casa* (1,90), que é o ambiente onde ocorrerão os cuidados ao idoso dependente, os quais preferencialmente serão assumidos por um familiar. Em se tratando de uma ocupação assumida por um membro da família do idoso, esse cuidado é marcado pela “essência da doação, do desprendimento e principalmente do amor ao próximo” e não envolve uma contrapartida financeira ou trabalhista para o cuidador. Ainda, é uma função atribuída, em geral, a uma pessoa do sexo feminino que tenha “instinto, vontade, disponibilidade ou capacidade” para cuidar.

Essa visão romântica do cuidador enquanto um ser que cuida por instinto, vontade, disponibilidade ou capacidade, e que possui, essencialmente, o dom do cuidado e o amor ao próximo, de acordo com o que foi discutido no capítulo 2 deste trabalho, reflete a herança da ocupação das enfermeiras no século XIX, as quais prestavam solidariamente os cuidados aos velhos e indigentes nos sanatórios, nas ruas e nos hospitais.

Conforme Schwartz (1998), a herança histórica da atividade constitui o trabalhador em relação ao segundo ingrediente da competência, ilustrado, juntamente com os demais ingredientes, no dispositivo de três polos, exposto no capítulo 3. A referência feita pelo *Manual para Cuidadores de Idosos* ao saber transmitido pelo histórico, em um texto que deveria ressaltar a importância dos saberes advindos do conhecimento formal, a fim de se configurar enquanto uma norma antecedente para o trabalho do cuidador, enfatiza um conhecimento que, de certa forma, já está constituído, conforme constatado em trabalho anterior (PORTO, 2010). O acento apreciativo que recai sobre a herança histórica para a formação do cuidador de idosos, no *Manual para Cuidadores de Idosos*, acaba por não contribuir, de forma significativa, para o preenchimento da lacuna que esse trabalhador apresenta com respeito ao primeiro ingrediente da competência e, por outro lado, perpetua o tom de informalidade que repousa sobre o trabalho do cuidador.

E o cenário escolhido pelo manual para a prestação de cuidados é, conforme o *Manual para Cuidadores de Idosos*, a casa do idoso, local onde ele poderá se recuperar mais rápido, uma vez que ali viveu “parte significativa da vida” e “no qual o conhecimento e a memória de fatos e de relações íntimas são importantes tanto para o **cuidador** como para quem é cuidado”.

O discurso do *Manual para Cuidadores de Idosos* procura trazer informações gerais sobre quem é o cuidador e sua função de ajudar o idoso a **realizar** as atividades da vida diária. Contudo, no início do capítulo, o argumento utilizado pelo manual para justificar a permanência do idoso em casa é o de que ele se recuperará mais rápido. Dessa forma, inicialmente, o leitor é conduzido ao sentido de que o idoso possui uma doença, que deve ser tratada com a ajuda do cuidador (presumivelmente, que tenha capacidade de cuidar). Mais adiante, todavia, o manual expõe que a função do cuidador é auxiliar no “banho, higiene, locomoção, alimentação, entre outras”, isto é, nas atividades da vida diária de um idoso enfermo, ou saudável.

A ideia de tratamento do idoso como aquele que precisa se recuperar de uma doença e, por outro lado, a visão de que o cuidador deve auxiliar o idoso na realização das atividades da vida diária (uma função desempenhada solidariamente e, portanto, sem remuneração) acabam por confundir o leitor acerca do cuidado que, de fato, espera-se ser dispensado pelo cuidador em seu trabalho. Diante disso, o manual faz emergir um confronto dialógico entre o sentido de velhice enquanto

caracterizada por uma ou mais doenças a serem tratadas, em consonância com o modelo biomédico de cuidado, e a visão romântica do cuidado como amor ao próximo, que não precisa ser remunerado, nem reconhecido pela lei, apesar de apresentar algumas dificuldades para quem cuida, uma vez que “ninguém está preparado para ser cuidador”, pois o cuidador já é um “ser humano especial” e solidário.

Esse confronto suscita o aparecimento, no discurso, de diferentes vozes sociais acerca do que é cuidar do idoso, de que tipo de cuidado deve ser prestado pelo cuidador, bem como o tipo de formação necessária a ele. Depreende-se que o cuidador a que se refere o manual deve estar disposto a prestar os cuidados indispensáveis ao idoso, seja por uma doença adquirida, seja por suas limitações decorrentes da idade. Em outras palavras, o manual não distingue as doenças adquiridas das doenças crônicas, como se tudo pudesse ser tratado apenas pela disponibilidade e solidariedade do cuidador. Assim, o primeiro capítulo do *Manual para Cuidadores de Idosos* diz mais sobre o cuidador e o idoso cuidado quando analisado o tema de sua enunciação, pois é sobre o “fundo de opiniões contraditórias, de pontos de vista e de apreciações” (BAKHTIN, 1993, p. 90) diversos que se torna possível compreender o entorno não-evidente desse discurso e da atividade do cuidador.

O acento apreciativo sobre a informalidade do trabalho do cuidador sobrepõe o sentido e a existência dos cuidadores de idosos formais (que podem cuidar na casa do idoso, ou nas instituições); que esta ocupação é, como qualquer outra, um trabalho e, como tal, é passível de reconhecimento, seja para remunerar o trabalhador e respeitar os seus direitos, seja para compreender que, ainda que não receba por seu trabalho, o cuidador é um ser humano e, mesmo que solidário e capacitado para desenvolver suas atividades de cuidado, enfrentará situações dramáticas em sua função, as quais vão requerer que esse trabalhador faça usos diferentes de si mesmo. Ou seja, na dinâmica do exercício da atividade, o cuidador vai-se definindo enquanto um sujeito que faz usos de si, inclusive a partir do seu corpo si, a partir da gestão (que se pretende equilibrada) dos aspectos que constituem sua competência individual, mas também do que se espera coletivamente desse trabalhador (SCHWARTZ, 1998; 2004).

Todavia, a esse respeito, o manual se limita a alertar que o cuidador poderá enfrentar situações de desgaste físico e emocional, as quais poderão afetar a sua

saúde. Essa limitação acaba por desconsiderar que, na gestão da sua própria atividade, o cuidador considera o cuidado enquanto seu principal “horizonte de uso” (CHARRIAUX; SCHWARTZ, 1992), pois é nesse contexto que o cuidador negociará com respeito às escolhas e ações possíveis mediante as dramáticas enfrentadas, seja em relação ao idoso cuidado, aos colegas de trabalho, aos gestores da instituição geriátrica e até à família do idoso ali residente, se o cuidador for convocado a com ela interagir.

No segundo capítulo do manual, que trata do envelhecimento, são apresentadas as limitações físicas decorrentes do envelhecimento biológico, com as quais todas as pessoas convivem com o avanço da idade, contanto que tenham um envelhecimento normal:

Será que tudo que está acontecendo é por causa do **envelhecimento**? Como será que nós ficamos com o passar da idade? O **envelhecimento** acontece com todos nós, já a partir dos 20 anos, e continua por toda a nossa vida. Muitas mudanças podem ocorrer no nosso corpo. Mas se conseguirmos ter um envelhecimento normal não sofreremos por causa delas. Isto é, não deixaremos de viver bem, com nossa família, com o nosso **trabalho** e com a nossa vida (TRELHA *et. al.*, 2007, p. 07).

Longe de abranger a discussão complexa sobre o envelhecimento humano, conforme discutido no capítulo 2 deste trabalho, o manual restringe-se ao envelhecimento biológico, mas lhe acrescenta o adjetivo “normal” em alguns momentos, como pode ser visto no excerto acima. Segundo o *Manual para Cuidadores de Idosos*, o envelhecimento normal é aquele com o qual se convive, apesar das limitações biológicas advindas com o passar dos anos. Essa definição abre um espaço para se pensar o envelhecimento como uma etapa do ciclo de vida marcada por certas perdas (biológicas) naturais que não impedem viver com qualidade. Apesar de não mencionar, o manual deixa subentendido que essas perdas podem se manifestar na forma de doenças crônicas, mas o envelhecimento normal não abrange o envelhecimento patológico, que é sua contrapalavra.

Desta maneira, o envelhecimento, no discurso do *Manual para Cuidadores de Idosos*, é visto como um processo natural que, se for normal (isto é, não patológico), não interferirá na qualidade de vida no idoso, sendo esta entendida como a manutenção da saúde física, mas também como a possibilidade de convivência social, ou seja, “viver bem, com a nossa família, com o nosso **trabalho** e com a nossa vida”. Nesse pequeno fragmento, o destaque para o item lexical **trabalho**, que

apareceu na tabela 8 com um peso pouco significativo (0,11), vem demonstrar a pouca precisão, na variável M3, de um tema que deveria ser forte no campo do trabalho do cuidador: o trabalho aqui não é mencionado em relação ao cuidador de idosos, mas sim à manutenção da atividade de trabalho pelo idoso saudável. Essa visão, aliás, remete à memória da palavra *trabalho* enquanto manutenção da produtividade requerida pelo modelo capitalista – o idoso precisa permanecer saudável para se manter produtivo e, portanto, para servir à lógica capitalista, que o excluirá quando ele não mais contribuir para o acúmulo de riquezas de uma sociedade e, ao contrário, passar a ser visto como um ônus para ela, na medida em que requerirá proteção e sustento do Estado (VERAS, 2004; AGICH, 2008).

A convivência social do idoso é apenas citada de forma breve no referido trecho, visto que o acento apreciativo do capítulo 2 do *Manual para Cuidadores de Idosos* recai sobre a visão de envelhecimento biológico, trazendo à tona um sentido de saúde que não considera as questões sociais enfrentadas pelos idosos, ou seja, as particularidades que os idosos encaram, ao envelhecerem em diferentes classes sociais, mas também ao serem cuidados em ambientes diversos – em suas residências, nas instituições geriátricas públicas ou privadas. Envelhecer, de acordo com esse manual, é, sobretudo, sofrer as perdas biológicas naturais no corpo. Não é à toa, portanto, a preocupação do manual em expor várias mudanças que ocorrem no corpo humano, na velhice, assim como restringir a lista de dicas para o cuidador aos cuidados com esse corpo:

Estas mudanças acontecem no corpo todo. A pele fica mais seca e menos elástica. Os dentes escurecem e mudam de posição. O paladar diminui e também há uma necessidade menor de alimentos. O coração e os pulmões não ficam mais fracos e cansados com o tempo, o que acontece é que os sistemas cardiovascular e respiratório sofrem demais com a falta de condicionamento físico e com o descontrole de fatores importantes como a hipertensão, diabetes e o tabagismo. [...]

É bom sabermos um pouco a respeito do envelhecimento normal, pois assim poderemos conviver melhor com as **peças idosas** e também com o nosso próprio **envelhecimento**. Aqui estão algumas dicas importantes:

- 1 - O idoso precisa tomar muito líquido, mesmo que não tenha sede. Com o passar dos anos perdemos **água** no nosso corpo e essa diminuição faz muito mal para a nossa saúde.
2. O idoso pode ter um sono mais superficial, não devemos esperar que ele durma profundamente a noite toda. Se soubermos disso, muitos medicamentos para dormir poderão ser evitados.
3. Por mais que queira comer apenas um tipo de alimento ofereça a maior variedade possível. É muito importante a inclusão de frutas, verduras e cereais na dieta.
4. Estimule a movimentação constante. Mesmo que esteja restrito ao leito é importante a mudança de posição, variando o cômodo da casa, a poltrona e

o lado de deitar. A imobilidade é a grande inimiga da saúde do idoso [...] (TRELHA *et. al.*, 2007, p. 07-08, grifos nossos).

Por tudo o que foi dito, fica demonstrado que a apreciação qualitativa do *Manual para Cuidadores de Idosos* confirma os dados obtidos pelo gráfico 7. Mais ainda, além de comprovar que as temáticas concernentes ao campo do trabalho do cuidador não assumem posição privilegiada em relação a outras temáticas no referido manual, a análise qualitativa permitiu concluir que as poucas orientações fornecidas ao cuidador de idosos sobre esse campo partem de noções que excluem o cuidador formal e institucional, bem como a complexidade do envelhecimento humano, de forma que não serve, desde o princípio, à orientação dos cuidadores de idosos que trabalham em instituições geriátricas do Recife.

Quanto ao *Manual do Cuidador da Pessoa Idosa* (BORN, 2008), representado pela variável M2, que, segundo o gráfico 5, apresenta um valor negativo (-7,59) inversamente proporcional a M1 (8,07), os temas no campo do trabalho do cuidador são objeto de descarte ou rejeição. Veja-se, por exemplo, o sumário desse manual, o qual está dividido em grandes tópicos – direitos e políticas públicas, o cuidador e os cuidados – sendo que os dois primeiros ocupam 87 páginas do manual (da página 25 a 112), enquanto o terceiro tópico ocupa 211 páginas (da 113 a 324). Nota-se, portanto, que M2 concentra os temas que compõem o campo do trabalho do cuidador, sobretudo, no pequeno tópico “o cuidador”, tornando esses temas pouco expressivos para sua construção discursiva, por isso essa variável apresenta um índice negativo quanto ao referido campo.

Figura 6 – Sumário do *Manual do Cuidador da Pessoa Idosa*

SUMÁRIO	
Introdução	19
DIREITOS E POLÍTICAS PÚBLICAS	
Os direitos da pessoa idosa na legislação	25
Direitos humanos e políticas públicas	30
Os direitos trabalhistas do cuidador formal da pessoa idosa	34
Violência e maus-tratos contra a pessoa idosa. É possível prevenir e superar..	38
Violência contra a pessoa idosa: o que fazer?	46
O CUIDADOR	
O cuidador da pessoa idosa: formação e responsabilidades	53
O cuidador familiar da pessoa idosa	59
<i>Tradução e adaptação do espanhol por Tomiko Born</i>	
O cuidador principal, e sua relação com os demais cuidadores	64
Como a família ajuda ou dificulta o cuidado com a pessoa idosa	70

Cuidar e promover a independência e a auto-estima da pessoa idosa	79
<i>Tradução e adaptação do espanhol por Tomiko Born</i>	
Cuidando de quem cuida	91
<i>Tradução e adaptação do espanhol por Tomiko Born</i>	
OS CUIDADOS	
Diminuição da capacidade funcional, fragilização e dependência.....	113
Mudanças de comportamento na pessoa idosa: agitação, agressividade e perambulação	121
Convulsões	126
Delirium	132
Depressão	141
Insônia	145
Pneumonia	151
Hipertensão e crise hipertensiva	157
Diabetes mellitus, hiperglicemia e hipoglicemia	165
Febre na pessoa idosa	173
Infecção do trato urinário na pessoa idosa	177
Incontinência urinária e fecal	183
Tratamento fisioterapêutico para a incontinência urinária	191
Obstipação e fekaloma	192
Perda de apetite e emagrecimento	197
Desidratação	203
Problemas musculoesqueléticos	209
Finitude e os cuidados ao fim da vida	217
Identificação e prevenção das úlceras por pressão	229
Cuidados com a administração de medicamentos	232
Manobra Heimlich para intervir em caso de engasgo	240
Noções de cuidado no asseio cotidiano	244
Nutrição e alimentação da pessoa idosa e técnicas para evitar engasgos	252
Mobilidade, posicionamento e transferência	261
Prevenção de quedas e outros tipos acidentes	271
O que todo cuidador de pessoas idosas deve saber sobre Tecnologia Assistiva.....	283
Como lidar com a inatividade e a tristeza na pessoa idosa com dependência.....	290
Comunicação com a pessoa idosa dementada	298
Como melhorar a atenção e memória na pessoa idosa	311
A importância da espiritualidade e da religiosidade na pessoa idosa	319
Orientações práticas: como proceder em casos de interdição e óbito	323
ANEXO	
Onde denunciar maus-tratos contra a pessoa idosa	325
<i>Centros de Atenção e Prevenção à Violência Contra a Pessoa Idosa</i>	
<i>Conselhos Estaduais de Idosos</i>	

(BORN, 2008, p. 15-18).

Apesar de se posicionar negativamente no gráfico 7, é importante realizar uma apreciação qualitativa do comportamento desses temas no campo do trabalho do cuidador no *Manual do Cuidador da Pessoa Idosa*. Dessa maneira, será feita uma reflexão sobre esse campo da atividade humana a partir dos itens lexicais elencados na tabela abaixo:

Tabela 9 – Campo do Trabalho do Cuidador em M2

Palavras	Ocorrência	M2	Z2
Pessoa idosa	648	646	13,22
Cuidador	333	194	-8,86
Envelhecimento	56	42	-0,60
Trabalho	52	42	0,44
Capacidade	51	46	2,06
Responsabilidade	28	22	0,04
Velhice	19	19	2,30
Amor	19	11	-2,15
Conhecimentos	14	12	0,67
Carinho	13	8	-1,46
Cuidador formal	13	13	1,90
Atividades da vida diária	10	9	0,90
Cuidador informal	3	3	0,91
Resiliência	1	1	0,53

De acordo com a tabela 9, observa-se que apenas três, dos catorze itens lexicais apresentados, encontram-se no vocabulário preferencial em M2: *pessoa idosa* (13,22), *velhice* (2,30) e *capacidade* (2,06). O item *cuidador formal* (1,90) localiza-se no vocabulário básico de tendência positiva, enquanto que *responsabilidade* (0,04), *trabalho* (0,44), *resiliência* (0,53), *conhecimentos* (0,67), *atividades da vida diária* (0,90), *cuidador informal* (0,91) e *envelhecimento* (-0,60), no vocabulário fundamentalmente básico. O item *carinho* (-1,46) se encontra no vocabulário básico de tendência negativa e, por fim, os itens *amor* (-2,15) e *cuidador* (-8,86) tomam seus lugares no vocabulário diferencial, predominante nessa variável, nesse campo da atividade humana, conforme visualizado através do gráfico 5.

A partir desses itens lexicais, pode-se observar de que modo eles assumem a posição de temas no discurso do *Manual do Cuidador da Pessoa Idosa*, no campo do trabalho do cuidador. Mais especificamente, é possível fazer emergir os sentidos que circulam no manual sobre o trabalho do cuidador de idosos, ainda que, em relação a outros campos da atividade humana e às outras variáveis, este campo seja objeto rejeição.

O capítulo – *O cuidador da pessoa idosa: formação e responsabilidades* – volta-se para a abordagem dos temas que interessam ao cuidador de idosos formal em seu trabalho. Trata-se de um capítulo que é dedicado a todos os cuidadores de idosos que exercem essa atividade profissionalmente, considerando-se a velhice

enquanto uma fase da vida que carrega perdas funcionais que requerem cuidados, algumas vezes, especiais:

Este capítulo tratará do **cuidador da pessoa idosa** na sociedade brasileira contemporânea, especialmente do **cuidador formal**, isto é, daquele que recebeu formação especial para trabalhar como **cuidador** e pode se empregar como um assalariado, na moradia de uma **pessoa idosa**, numa instituição de longa permanência para idosos (ILPI) ou em outros serviços para pessoas idosas.

Sabemos que a **velhice** não deve ser considerada uma doença, mas a idade acarreta perdas funcionais no indivíduo e torna necessária uma adequação no seu estilo de vida e novas formas de relacionamento com o meio. [...]

A situação complica-se quando ocorre a perda da saúde e da independência, exigindo cuidados especiais (BORN, 2008, p. 53, grifos nossos).

Neste capítulo, o manual não se centra em discutir o que é o envelhecimento, mas já toma como ponto de partida que o cuidador trabalhará em um ambiente para cuidar da pessoa idosa que é acometida pelas perdas funcionais decorrentes do envelhecimento biológico, sejam elas mais, ou menos graves, isto é, que afetam pouco, ou muito a sua independência.

O manual explica que, na sociedade brasileira contemporânea, devido às mudanças ocorridas na estrutura familiar nas últimas décadas, à saída da mulher para o mercado de trabalho e ao aumento da expectativa de vida, nem todas as famílias se encontram preparadas para prestar os cuidados necessários aos seus idosos. Por força das circunstâncias, alguém da própria família pode se tornar um cuidador, sem o preparo adequado para exercer essa função. Em outros casos, o cuidador de idosos formal entra em cena para assumir essa responsabilidade, seja no âmbito familiar, ou no âmbito institucional. De uma forma ou de outra, o manual chama a atenção para a necessidade de capacitar esse trabalhador:

As leis brasileiras de proteção à **pessoa idosa**[...] reafirmam que é obrigação da família cuidar da **pessoa idosa**. Mas as leis deixam claro também que essa obrigação é exercida juntamente com a comunidade, a sociedade e o poder público. No entanto, até agora, a maior carga de responsabilidade recai sobre a família, especialmente sobre a mulher, que sem preparo anterior, se vê transformada em cuidadora da **pessoa idosa**. Este **cuidador** é denominado **cuidador informal** para diferenciar do **cuidador formal**, cujas características já mencionamos anteriormente, no início deste capítulo.

A capacitação de recursos humanos, isto é, do 'cuidador', tanto o informal como o formal, tornou-se uma necessidade com o envelhecimento da população, o que passou a ser feito através da organização de cursos, que oferecem treinamentos em serviços de apoio às **atividades da vida diária**,

de ajuda no processo saúde/doença, e de agir como fator facilitador da integração idoso/família e idoso/sociedade. Através desta formação o **cuidador** terá condições de exercer com maior **capacidade** sua obrigação, favorecendo, desta forma, a melhoria da qualidade de vida das pessoas idosas (BORN, 2008, p. 53-54, grifos nossos).

De acordo com o manual, independentemente de receber remuneração ou não, o cuidador de idosos precisa passar por cursos de formação para exercer com maior **capacidade** sua função. Além disso, preconiza que os cuidadores devem ser treinados para auxiliar os idosos nas **atividades da vida diária**, para lidar com o binômio saúde/doença e para fazer a ligação entre o idoso e a família e entre o idoso e a sociedade. Torna-se perceptível que o acento apreciativo atribuído ao tema **capacidade**, pelo *Manual do Cuidador da Pessoa Idosa*, nesse capítulo, recai sobre a capacitação formal do cuidador de idosos (nesse sentido, já pré-define os temas abordados nos cursos de capacitação), isto é, sobre a capacidade que o cuidador precisa desenvolver para adequar-se às normas antecedentes (o conhecimento formal do seu trabalho), quando estas lhes forem apresentadas.

A melhoria na qualidade de vida do idoso, proporcionada pelo cuidado adequado, portanto, está associada primeiramente ao preparo do cuidador de idosos no que diz respeito ao primeiro ingrediente da competência (SCHWARTZ, 1998). O saber formal deve abranger, na visão do manual, os “serviços de apoio às atividades da vida diária”, o auxílio para lidar com o “processo saúde/doença” e a ação do cuidador enquanto “facilitador da integração idoso/família e idoso/sociedade”. Ao delimitar os grandes campos temáticos que devem constar, necessariamente, na formação de cuidadores de idosos, o discurso do *Manual do Cuidador da Pessoa Idosa* lança uma proposta para estabelecer as normas antecedentes que devem configurar essa atividade.

Essa tentativa se torna bastante plausível se considerada a relação dialógica que estabelece com o Projeto de Lei nº. 4702/2012 (BRASIL, 2012), que pretende regulamentar a profissão dos cuidadores de idosos. Após a audiência pública, realizada em 2013, para apreciação do projeto na Câmara dos Deputados, não houve consenso acerca das atribuições do cuidador de idosos e de sua formação, de forma que Miraci Mendes, representante do Ministério da Saúde, alertou:

Tem que discutir quais são as competências do cuidador do idoso e quais os limites de atuação. Quando você vai criar uma profissão tem que ter isso

muito bem definido porque há interfaces com outras profissões (ENTIDADES DIVERGEM..., 2013, p. 01).

Deste modo, o *Manual do Cuidador da Pessoa Idosa* responde, ainda que de forma tímida, a necessidade de delimitar os campos de atuação dos cuidadores de idosos, e as competências exigidas para isso. Nesse sentido, cumpre ressaltar que o acento apreciativo atribuído nesse capítulo do *Manual do Cuidador da Pessoa Idosa* ao tema **capacidade** pretende suprir uma lacuna na competência do cuidador de idosos quanto às normas antecedentes para seu trabalho.

Conforme constatado nas instituições geriátricas do Recife (PORTO, 2010), a ausência efetiva das normas antecedentes para esse trabalho põe o dispositivo de três polos em desequilíbrio, na medida em que o eixo vertical, representado pelos saberes acadêmicos e pelo conhecimento científico de maneira geral, encontra-se deficitário. Resta, no entanto, ultrapassar a necessidade de discussão para, efetivamente, definir essas normas antecedentes e a configuração do trabalho prescrito, considerando-se, também, a importância do conhecimento do trabalho real e da centralidade da figura do cuidador de idosos na renormalização desses saberes.

Mais do que reconhecer a ausência efetiva das normas antecedentes, é necessário propor ações, construir e selecionar textos, adaptando-os aos seus interlocutores reais, a fim de iniciar o preenchimento dessa lacuna na competência dos cuidadores de idosos que, por outro lado, já demonstram uma competência efetiva no segundo ingrediente, localizado no eixo horizontal do dispositivo de três polos. Representativo do saber transmitido pela herança histórica da atividade, inclusive, especificamente nas instituições geriátricas do Recife, o segundo ingrediente da competência faz parte do treinamento dos cuidadores de idosos, que recebem os ensinamentos de como atuar a partir dos colegas que trabalham na instituição há mais tempo e, dessa forma, adquiriram a experiência com o exercício laboral (PORTO, 2010). Essa forma individual de transmissão de saberes torna-se relevante na medida em que o cuidador precisa estar preparado para o exercício prático da atividade, mas ela não é suficiente, pois não abrange a capacidade que o cuidador precisa desenvolver para criar conceitos generalizáveis, lançar mão de formas diferenciadas de intervenção sobre determinadas situações emblemáticas, aplicar modelos ou técnicas que visam ao controle da infiltração do histórico, enfim,

a capacidade de mobilizar o conhecimento teórico e técnico proporcionado pelo conhecimento formal (SCHWARTZ, 1998; MUNIZ *et. al.*, 2004).

Assim, é fundamental que os responsáveis pela produção do conhecimento teórico definam os temas a serem trabalhados com os cuidadores de idosos para sua formação competente, e que esses trabalhadores exercitem a vocação de requerer e confrontar os saberes emergentes do histórico com os saberes e demandas teóricos. Esse confronto permite não somente o estabelecimento efetivo do saber teórico – isto é, a consolidação das normas antecedentes para a atividade do cuidador – como também abre espaço para que esse saber seja posto à prova pela realidade de trabalho (SCHWARTZ, 2000b).

Para demonstrar de que maneira o saber emergente do histórico pode redirecionar a discussão da teoria, é necessário avançar na discussão sobre o que é considerado importante para se tornar um cuidador, segundo o *Manual do Cuidador da Pessoa Idosa*. O texto define o seu principal interlocutor no referido capítulo – o cuidador formal – a partir da relação de alteridade que estabelece com o cuidador informal de idosos:

Como já mencionamos anteriormente, existem duas categorias de **cuidador**:

- **cuidador informal** – membro familiar, esposa(o), filha(o), irmã(ão), normalmente do sexo feminino, que é ‘escolhido’ entre os familiares por ter melhor relacionamento ou intimidade com a **pessoa idosa** e por apresentar maior disponibilidade de tempo. Podemos colocar neste grupo a amiga ou vizinha, que mesmo não tendo laços de parentesco, cuida da **pessoa idosa**, sem receber pagamento, como voluntária. O fato de ter sob sua **responsabilidade** o cuidado de uma **pessoa idosa**, não significa que possui **conhecimentos** básicos e indispensáveis de como cuidar de ‘seu idoso’. Na maioria das vezes é levada(o) pela intuição, pela emoção, sentimentos de **amor, carinho**. O fato de ter uma história comum com a pessoa cuidada pode tornar mais difícil e estressante realizar os cuidados. Agrava o seu desgaste, sua incerteza de estar agindo corretamente e o pouco domínio de técnicas que permitem cuidar melhor da **pessoa idosa**, com menor desgaste físico e emocional (Ver assunto O cuidador principal e sua relação com os demais cuidadores).

- **cuidador formal** é o profissional, que recebeu um treinamento específico para a função e exerce a atividade de ‘cuidador’ mediante uma remuneração, mantendo vínculos contratuais. Ele pode ser contratado para exercer suas funções na residência de uma família, em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI), ou acompanhar a **pessoa idosa** em sua permanência em Unidades de Saúde (hospitais, clínicas, etc.) (BORN, 2008, p. 54-55, grifos nossos).

Ao se depararem com esse capítulo do manual, os cuidadores formais se reconhecerão enquanto profissionais a partir de sua contraposição aos cuidadores

informais. A relação de alteridade estabelecida entre o cuidador formal e o cuidador informal, por parte do manual, torna-se possível à medida que faz emergir o Outro, aqui representado por todos os profissionais que contribuíram para a produção do manual, e que não são cuidadores, embora lhes prescrevam algumas orientações. Os cuidadores de idosos, formais e informais, através da leitura do manual, têm acesso a uma visão que lhes é exterior, que apenas o Outro pode lhes mostrar, pois apenas o Outro possui um excedente de visão sobre o sujeito (BAKHTIN, 2003).

Na visão do Outro, o cuidador informal é familiar e não-profissional, que possui uma responsabilidade e cuida por intuição, sendo levado pelo **amor** e **carinho** ao idoso, sem possuir os conhecimentos básicos e técnicas de como cuidar melhor e evitar desgastes. Já o cuidador formal, conforme explicado anteriormente, é o profissional remunerado para cuidar do idoso, o qual recebe treinamento específico para a atividade e, portanto, está formalmente **capacitado** para a função que assume com respeito ao primeiro ingrediente da competência.

A dicotomia estrita entre os cuidadores formais e informais, de acordo com o que é apresentado pelo Outro, pode ser contestada através da análise do discurso de cuidadores reais, atuantes em instituições geriátricas do Recife. Os itens lexicais que caracterizam os cuidadores informais, em contraposição aos cuidadores formais, de acordo com o *Manual do Cuidador da Pessoa Idosa – carinho* (-1,46) e *amor* (-2,15) – também podem ser encontrados nos discursos dos cuidadores de idosos entrevistados no Recife, conforme atesta a tabela a seguir:

Tabela 10 – Lematização Cuidadores: Campo do Trabalho do Cuidador

Palavras	Ocorrência	C1	C2	C3	C4	C5	C6	C7	C8	C9	C10
Amor	14	2		4	1		1	1	1	4	
Carinho	11		1	2	1				6		1

Segundo a tabela 10, apenas a variável C5 não utiliza nenhum dos itens listados. Isso significa que todas as demais variáveis, representativas dos nove cuidadores entrevistados, fazem uso, em seu discurso, do amor e do carinho para se expressarem sobre seu trabalho. Diante disso, é importante observar o peso lexical que esses itens assumem no discurso dos cuidadores:

Tabela 11 – Lematização Cuidadores: Peso Lexical no Campo do Trabalho do Cuidador

Palavras	Ocorrência	ZC1	ZC2	ZC3	ZC4	ZC5	ZC6	ZC7	ZC8	ZC9	ZC10
Amor	14	0,85		2,04	1,19		-0,12	-1,25	-0,01	1,42	
Carinho	11		1,00	0,72	1,48				6,05		0,23

O *amor* (2,04) é privilegiado em C3; localiza-se no vocabulário básico de tendência positiva em C9 (1,42) e em C4 (1,19), no fundamentalmente básico em C1(0,85), C6 (-0,12) e C8 (-0,01) e básico de tendência negativa em C7 (-1,25). Quanto ao *carinho*, trata-se de um item preferencial no discurso de C8 (6,05), com peso altamente significativo; nas demais variáveis, o *carinho* aparece como pertencente ao vocabulário fundamentalmente básico – em C10 (0,23) e C3 (0,72) – e básico de tendência positiva, a exemplo de C2 (1,00) e C4 (1,48). Com exceção de *amor* na variável C7, em que é objeto de descarte, os dados apontam para uma presença expressiva do *amor* e do *carinho* no discurso dos cuidadores, seja como privilégio, seja na base de sua construção, servindo de suporte a outros temas.

Tomando-se como critério para análise o uso privilegiado dos referidos temas nos discursos dos cuidadores, torna-se possível visualizar de que maneira esses temas se comportam qualitativamente no discurso das cuidadoras C3 e C8, ao responderem as questões sobre o que é ser um cuidador de idosos e o que despertou o interesse pela ocupação, respectivamente:

P – O que é ser um cuidador de idosos?

Pra mim... eu assim, eu... acho assim, é... é... assim, eu acho que eles olha, vendo a gente como se fosse assim, um... um... um... um... muitos deles assim como um filho, muitos que tem eles como, como mãe, né, que tem muitos aqui que chamam de mãe, né, chama assim de mãe... Aí eu acho que pra mim, eu acho que pra cada um deles, eu, eu me represento, pra mim, uma mãe pra eles. Porque alguns deles é como se fosse filho... A maioria das vezes, a gente cuida deles como se fosse filho, né? [A entrevista é interrompida por um idoso, pra que a cuidadora possa colocar o colírio nos olhos dele] Ahnham, eu tô, assim, eu tô falando em relação a mim, EU, sabe, quando eu pego cada um deles, eu tenho o maior **amor**, assim, porque eu sem..., [...] que eu tenho **AMOR**... por eles, sabe, eu sinto **amor** por eles, quando eu vou pegar pra fazer um cuidado, sempre a gente se pega a todos eles, né, porque assim, tem gente que confunde geriatria com enfermagem [...] (C3, 2010).

P – E o que lhe despertou o interesse de ser cuidadora?

Eu acho que por, pelo **carinho** que eu tenho pelos idosos. Por criança eu tenho **carinho**, mas assim, não pra cuidar, entendeu? Ser babá acho que num... num daria não. Mas assim, eu acho que o **carinho** que eu sinto por eles. [E você despertou nesse seu curso pra técnico?] É. [Tem uma matéria

específica pra isso?] Tem, tem, geriatria. Tem o estágio também. Tem os estágios e tem a matéria de geriatria (C8, 2010).

A cuidadora C3, que exerce a função desde 1999 e trabalha na I1, possui o curso técnico em enfermagem e também passou por um curso preparatório para cuidadores de idosos. Ao ser questionada sobre o que é, para ela, ser uma cuidadora de idosos, C3 afirma que se sente enquanto um membro da família, uma filha ou uma mãe. Para construir sua resposta, a cuidadora recorre à visão de Outrem, os idosos, sobre o que ela acredita representar para eles. É a partir da palavra alheia, apropriada pelo seu discurso, que C3 vai se definir enquanto um ser-cuidador, uma pessoa que cuida por ter amor pelos idosos cuidados, que é “uma mãe para eles”. Assim, o amor é entendido, no discurso de C3, como atrelado ao amor da família que já não está presente no cuidado diário dos seus velhos, posto que eles vivem em uma instituição geriátrica.

Nesse sentido, C3 introduz no seu discurso a palavra alheia – os idosos de quem cuida e para os quais ela acredita representar um membro da família – de maneira a respondê-la com seu ato concreto de linguagem, assumindo a responsabilidade desse ato perante o Outro, na medida em que não apenas afirma esse compromisso com o cuidado ao idoso, mas o ratifica através de ações, traduzidas como atos de amor a ela autorizados mediante a ausência da família do idoso, que teria a obrigação primeira de lhe dispensar os cuidados e de lhe dar afeto. Ainda, cabe acrescentar que a cuidadora C3 se coloca em uma posição diferente dos enfermeiros: para ela, a chamada geriatria, área referente ao cuidado com os idosos, é diferente da enfermagem, tendo em vista que o cuidador de idosos possui e cultiva os laços afetivos com os idosos cuidados, enquanto os enfermeiros (o outro), não.

As relações dialógicas estabelecidas entre as palavras da cuidadora C3 e vários outros – os idosos cuidados, a família e os enfermeiros – evocam uma visão de cuidado holístico em relação ao idoso, isto é, um cuidado que abre espaço para uma relação intersubjetiva entre o cuidador e o idoso, a qual se constitui enquanto um terreno fértil para o cultivo do afeto entre ambos. Ao se definir enquanto cuidadora, C3 recupera o embate discursivo entre a “geriatria” e a “enfermagem”: segundo C3, a “enfermagem” não lhe representa, pois os enfermeiros cuidam através do ainda dominante modelo biomédico de cuidado, o qual se pretende

imparcial e impessoal, objetivando à manutenção do bem-estar do corpo físico, muito embora isso seja controverso mediante uma velhice marcada por doenças crônicas que não são curadas, conforme discutido no capítulo 2 deste trabalho.

A cuidadora C8, por sua vez, trabalha na mesma instituição, também é técnica em enfermagem e possui um curso de formação para cuidadores de idosos, exercendo sua profissão desde 2008. Questionada sobre o que lhe despertou o interesse pelo trabalho de cuidadora de idosos, ela responde: “Eu acho que por, pelo **carinho** que eu tenho pelos idosos”. Para se expressar sobre esse carinho, a cuidadora compara-o ao carinho que ela não possui para cuidar de crianças: “Por criança eu tenho **carinho**, mas assim, não pra cuidar, entendeu?”.

Ao acentuar o carinho em seu discurso, C8 evoca, no mínimo, duas apreciações: o carinho por idosos, cuidados por cuidadores, e o carinho por crianças, cuidadas por babás. A partir do discurso da cuidadora depreende-se que, quando esse carinho se manifesta enquanto cuidado, ele adquire sentidos diferentes, a depender da pessoa cuidada, se um idoso ou uma criança e, conseqüentemente, a realização desse cuidado será feita por trabalhadores distintos. Nesse sentido, a cuidadora admite que, para ela, “ser babá acho que num... num daria não”, ou seja, por não se reconhecer enquanto *carinhosa para cuidar de crianças*, C8 reafirma o carinho imprescindível que sente para cuidar de idosos. Assim, C8 evoca discursivamente o Outro – profissional que cuida de pessoas vulneráveis, neste caso, a babá – a fim de delimitar o sentido de carinho por ela referido: C8 se reconhece enquanto uma cuidadora que é carinhosa, mas esse carinho não é extensivo a qualquer pessoa vulnerável a ser cuidada, restringindo-se aos idosos.

Indagada sobre o período de surgimento desse carinho, a cuidadora explica que foi a partir do curso para técnico em enfermagem, especificamente após cursar a matéria de geriatria e após os estágios práticos: “[E você despertou nesse seu curso pra técnico?] É. [Tem uma matéria específica pra isso?] Tem, tem, geriatria. Tem o estágio também. Tem os estágios e tem a matéria de geriatria”. Ora, se a cuidadora C8 elegeu o carinho que tem pelos idosos como o primeiro fator que despertou seu interesse de se tornar cuidadora, e não com qualquer outro tipo de identificação com o trabalho do cuidador que pudesse ter surgido ao longo do curso, isso indica um acento apreciativo sobre o carinho em seu discurso que é, antes de

qualquer formação, essencial para seguir a sua profissão, uma condição para uma boa realização de seu trabalho.

Nota-se que há uma semelhança entre os discursos de C3 e C8 no que concerne à sua principal motivação para seguir a ocupação de cuidadoras de idosos: o afeto pelo idoso é condição indispensável para o cuidado. Também o discurso de C8 abre espaço para se pensar sobre um cuidado holístico que se sobressai em relação a outras formas de cuidado com o idoso.

Diante dos dados expostos nas tabelas 9 e 10 e das análises dos discursos de C3 e C8, constata-se que essas cuidadoras acentuam a importância do amor e do carinho no trato com o idoso, uma importância que está acima de qualquer formação técnica. De fato, essas cuidadoras são remuneradas em seu trabalho e não têm qualquer laço de parentesco com os idosos cuidados, além de possuírem o curso técnico em enfermagem e o curso de capacitação para cuidadores de idosos, caracterizando-se perfeitamente como **cuidadoras formais**, segundo a definição apresentada pelo capítulo intitulado: *O cuidador da pessoa idosa: formação e responsabilidades*, do *Manual do Cuidador da Pessoa Idosa*. Não obstante, em seus discursos, sobressaíram o amor e o carinho como essenciais para o bom exercício de sua atividade, o que, segundo o manual, caracteriza o **cuidador informal**.

A compreensão dos temas de amor e carinho nos discursos das cuidadoras permite afirmar que existe um embate discursivo com o manual, uma vez que essas palavras funcionam como “uma arena em miniatura onde se entrecruzam e lutam os valores sociais de orientação contraditória” (BAKHTIN/VOLOCHÍNOV, 2012, p.67). Se, para o *Manual do Cuidador da Pessoa Idosa*, o amor e o carinho estão atribuídos à família cuidadora e, portanto, ao cuidador informal, as cuidadoras entrevistadas demonstraram que sua profissão precisa ter como força motriz esse afeto pelo ser cuidado, ainda que seja uma ocupação formal. Desta forma, o discurso das cuidadoras abre espaço para se pensar que a fronteira entre cuidador formal e cuidador informal nem sempre é bem definida, mesmo em relação àqueles atuantes nas instituições geriátricas. Nesse contexto, aliás, é natural que o cuidador desenvolva um afeto pelos idosos cuidados, podendo ser confundido com seus familiares, visto que, na maioria das vezes, eles estão ausentes.

Retomando o referido capítulo, após essa breve relação dialógica estabelecida com os cuidadores de idosos atuantes no Recife, cabe acrescentar que suas orientações para os cuidadores vão explicar o porquê de sua ocupação ser

reconhecida pela CBO, mas ainda não ser reconhecida enquanto profissão, discussão essa que interessa diretamente à análise no campo jurídico, por isso não será tratada neste momento. Mais adiante, o manual sugere possíveis temas a serem discutidos nos cursos de capacitação para cuidadores, bem como o formato desse curso e sua carga horária mínima, quando esses cursos se tornarem obrigatórios para a formação desses profissionais:

O curso deve ter o mínimo de 100 horas de duração, com 80 aulas teóricas e 20 práticas. Nele devem ser abordados os diversos aspectos do envelhecimento, as condições para manter uma boa saúde, as doenças mais comuns que ocorrem na velhice, as relações interpessoais: idoso x família x cuidador, informações sobre rede de serviço e legislação, a ética e a função do cuidador e, finalmente, o auto-cuidado do cuidador. Nas aulas práticas devem ser trabalhadas e observadas as diversas funções do cuidador da pessoa idosa, de modo a colocar em prática os conhecimentos adquiridos em sala de aula. Através deste curso o aluno sairá com habilidades técnicas e conhecimentos necessários para exercer suas funções (BORN, 2008, p. 55-56).

Ao sugerir o formato dos cursos de capacitação, o manual contribui positivamente para a construção das normas antecedentes ao trabalho do cuidador, ainda que essas normas sejam renormatizadas pela observação do seu trabalho real. É através do curso que os alunos vão adquirir as habilidades técnicas e os conhecimentos (teóricos e práticos) para exercer seu trabalho com **capacidade**. Mas, além dessa formação adquirida pelo viés do conhecimento formal, é preciso que o cuidador possua determinadas habilidades físicas e intelectuais; capacidade de tolerância e paciência, capacidade de observação, qualidades éticas e morais, responsabilidade, motivação (gostar do que faz), bom senso e boa apresentação (BORN, 2008).

Percebe-se que o acento apreciativo do manual recai, primeiramente, sobre o conhecimento formal adquirido a partir do curso e, em seguida, sobre as qualidades do cuidador. Entre elas, no entanto, as primeiras a serem destacadas são as habilidades físicas e intelectuais dos cuidadores. Por outro lado, para os cuidadores de idosos que trabalham em instituições geriátricas do Recife, a motivação (gostar do que faz) é que assume o papel de elemento-chave e primordial para o bom exercício da sua atividade, conforme demonstrado através da análise dos discursos de C3 e C8, mas também nas palavras da cuidadora C6:

P– Me fale sobre o seu trabalho como cuidadora.

Bom, meu trabalho como cuidadora... assim... trabalho como cuidadora tanto aqui quanto já em outro lugar, eu pude observar que é um trabalho aonde você não pode trabalhar apenas por necessidade, mas sim por que você tem que GOSTAR e além de gostar, você tem que ter um DOM de trabalhar no lar geriátrico, porque... são todos muito diferentes, cada um, mesmo o idoso, tem gente que acha que partiu pra idade de idoso, não tem sua autonomia, mas cada um deles tem seus pensamentos, então você tem que saber lidar com cada um, ter a paciência com cada um [...] aí eu acho que trabalhar com idoso é ter muita paciência. Paciência, amor, dedicação, e aqui a gente tem o trabalho normal, como qualquer outro ger..., geri..., eita, lar geriátrico: ajudar o banho, a gente troca fralda, a gente cuida tudo da higiene, qualquer alteração na saúde deles, a gente comunica imediatamente ao médico, porque aqui a gente pelo menos tem o benefício de ter um médico de plantão 24hs do hospital, mas que presta serviço aqui no lar geriátrico. [É médico da Sta Casa] É o médico da Sta Casa, que tando ele de plantão, qualquer alteração, qualquer ele, qualquer um deles que tiver de plantão, eles dá assistência à gente (C6, 2010).

De acordo com o recorte acima, C6 enfatiza a importância de gostar do trabalho de cuidador, além de este possuir um dom de cuidar e de paciência para lidar com idosos bastante diferentes. A cuidadora salienta que é preciso ter paciência, amor e dedicação. Vê-se que, inicialmente, a cuidadora sequer toca na importância do conhecimento formal ou nas habilidades físicas e intelectuais necessárias para o exercício de seu trabalho, trazendo-as para o plano secundário de seu discurso, quando passa a falar sobre suas tarefas no lar geriátrico.

Acerca das tarefas a serem realizadas pelo cuidador, o *Manual do Cuidador da Pessoa Idosa* lista algumas delas para fechar o capítulo *O cuidador da pessoa idosa: formação e responsabilidades*, com o objetivo primeiro de ressaltar que as obrigações do cuidador não devem ser confundidas com as tarefas do empregado doméstico.

Quais as principais tarefas do cuidador formal?

O cuidador é contratado para cuidar da pessoa idosa. Muitas famílias, ignoram as tarefas que lhe cabe e também cobram dele os afazeres domésticos. O perigo é que ao fazer estes serviços, ele deixa de atender a pessoa idosa. Cabe ao cuidador da pessoa idosa esclarecer ao familiar suas obrigações e atividades inerentes à ocupação, no momento de ser contratado (BORN, 2008, p. 57).

A preocupação do manual em elencar essas tarefas é, sobretudo, a de tornar claras as obrigações do cuidador com o idoso cuidado, tanto para o trabalhador quanto para o seu empregador, visto que, muitas vezes, são solicitados serviços domésticos a esses trabalhadores. Por outro lado, ao afirmar que suas tarefas deverão ser esclarecidas mediante a contratação de seu serviço, o manual abre

espaço para a negociação entre a palavra do trabalhador e a palavra do empregador. De fato, no momento de contratação do serviço do cuidador de idosos familiar, suas obrigações junto ao idoso deverão ser acordadas entre as duas partes, uma vez que ainda não há uma legislação específica de proteção dos direitos do cuidador de idosos, que é equiparado legalmente ao empregado doméstico. Nesse sentido, compreende-se que, na realidade, esse profissional pode exercer tanto as funções de cuidador, quanto alguns serviços domésticos que, inclusive, estão atrelados ao cuidado com o idoso, a exemplo da limpeza dos cômodos, lavagem da roupa do idoso etc. Não obstante, o cuidador de idosos não é autorizado a executar ações e procedimentos relativos aos profissionais de saúde, conforme observado anteriormente. Isso evidencia, então, que não existe fronteira aparente entre o trabalho do cuidador e o trabalho doméstico; contudo, estabelece-se essa barreira entre o trabalho do cuidador e o do enfermeiro ou de outro profissional de saúde, e o que vai ditar sua ocupação é, de fato, a **capacitação** dos cuidadores de idosos no que compete ao conhecimento teórico e técnico na área de saúde. Ainda em relação à execução de tarefas domésticas pelo cuidador, o manual ressalta a importância de não ocupá-lo com serviços domésticos a ponto de ele não atender ao idoso cuidado.

Como se percebe, o discurso do manual reflete essa falta de regulamentação na profissão do cuidador, através da necessidade de esclarecimento sobre as tarefas do cuidador para a família que o contrata, ao passo que também a refrata, quando sugere que haja uma negociação entre ambos no sentido de esclarecer suas tarefas perante o idoso.

De acordo com o referido capítulo, são tarefas do cuidador de idosos:

Podemos destacar como próprias de sua ocupação as tarefas abaixo descritas.

1. Ajudar, estimular e realizar, caso seja indispensável, as atividades de vida diária, ou seja, a higiene pessoal e bucal, alimentação, locomoção, etc.
2. Cuidar do vestuário (organizar a roupa que vai ser usada, dando sempre à pessoa idosa o direito de escolha), manter o armário e os objetos de uso arrumados e nos locais habituais; e cuidar da aparência da pessoa idosa (cuidar das unhas, cabelos) de modo a aumentar a sua auto-estima.
3. Facilitar e estimular a comunicação com a pessoa idosa, conversando e ouvindo-a; acompanhando-a em seus passeios e incentivando-a a realizar exercícios físicos, sempre que autorizados pelos profissionais de saúde, e a participar de atividades de lazer. Desta forma, ajudará a sua inclusão social e a melhorar sua saúde.
4. Acompanhar a pessoa idosa aos exames, consultas e tratamentos de saúde, e transmitir aos profissionais de saúde as mudanças no comportamento, humor ou aparecimento de alterações físicas (temperatura, pressão, sono, etc.).

5. Cuidar da medicação oral da pessoa idosa, em dose e horário prescritos pelo médico. Em caso de injeções, mesmo com receita médica, é proibido ao cuidador aplicá-las. Deverá recorrer a um profissional da área de enfermagem.
6. Estimular a auto-suficiência da pessoa idosa, por isto, o cuidador deverá, sempre que possível, fazer com ela e não para ela (BORN, 2008, p. 57).

As tarefas descritas nos seis itens acima compõem, de forma geral, a realidade de trabalho do cuidador de idosos: auxílio nas atividades da vida diária, cuidado com a medicação, acompanhamento a médicos, cuidados com o vestuário e estímulo aos exercícios físicos e à comunicação, incluindo também a participação (e até a promoção) de atividades de lazer. Compreende-se que todas essas atividades são possíveis de serem realizadas quando os cuidadores trabalham nas residências dos idosos e, naturalmente, de acordo com o grau de dependência do idoso. À medida que a dependência avança, a depender de quais sejam as doenças crônicas que atingem os idosos, diminuem também as possibilidades de comunicação, de realização (ainda que parcial) das atividades de vida diária e da realização do autocuidado. Tudo isso desencadeia, progressivamente, a perda da autonomia do idoso. Dessa maneira, embora seja possível listar algumas das tarefas do cuidador no âmbito familiar de cuidado ao idoso, é ainda mais sensato relativizá-las, tendo em vista que sua realização prática varia de acordo com o grau de dependência do idoso cuidado.

Isso fica ainda mais claro quando considerada a realidade de trabalho dos cuidadores de idosos em instituições geriátricas do Recife. Enfrentando uma jornada de trabalho de 12h/36h, os cuidadores das instituições I1 e I2 se responsabilizam pelos cuidados de uma média de trinta idosos ao mesmo tempo, fato que torna impossível a realização de todas as tarefas descritas pelo *Manual do Cuidador da Pessoa Idosa* durante sua jornada. Além disso, o depoimento da cuidadora C8, que trabalha na I1, atesta que esses idosos possuem diversas dependências, sendo vários deles acamados.

P– E você cuida de idosos com diferentes tipos de dependência?

É. Aqui, aqui tem os dependentes preguiçosos, que são aqueles que podem fazer, mas que não querem, por preguiça, querem tá de cadeira de roda, querem andar de andajar e dá pra eles andarem certo. A gente tem que trabalhar aqui pra eles é... deixar tanto essa independência. E tem aqueles que REALMENTE dependem da gente pra tudo, aqui mesmo tem duas, que são até irmãs, que elas são totalmente acamada, que elas dependem das pessoas pra tudo (C8, 2010).

A cuidadora C8 categoriza os tipos de dependência dos idosos naquilo que seria uma falsa dependência, motivada pela preguiça dos idosos, e uma verdadeira dependência, que culmina na dependência total das idosas acamadas. Neste último caso, o estímulo à autossuficiência parece ser inviável; com outros idosos, vítimas de acidentes vasculares cerebrais e de demências, como o Mal de Alzheimer ou a esclerose, o prejuízo da fala e a perda da memória podem tornar impossível a comunicação. A rotina do cuidador, conseqüentemente, vai-se resumir aos cuidados com a manutenção da saúde física do idoso, conforme explica a cuidadora, e a única atividade de lazer possível é a televisão, que fica ligada em uma sala onde os idosos passivamente a contemplam:

P—O que você faz da hora que você chega a hora que você sai do trabalho?

Bom, meu dia de trabalho na instituição: eu chego de manhã, dou 'Bom dia!' a todos eles. Às vezes, a maioria já estão na mesa, que agora o café tá sendo bem rigoroso o horário, mas aí... [Que horas você chega?] 07 horas. Ah, que eu chego? 06h50. [...] já está entrando, dou 'bom dia' a todos eles, entro, troco de roupa, aí vou dar os banhos àqueles que faltam tomar banho, dou BANHO, a gente coloca pra mesa pra tomar café junto com os que já estão lá, aí vou arrumar a cama dos que faltaram arrumar, venho olhar aqui o livro de re... o relatório de enfermagem que fica, né, pro cuidador, pra gente ver qual foi a ocorrência que aconteceu no plantão anterior, no plantão noturno, quais são os procedimentos que tem pra aquele dia de plantão, se tem pacientes marcado pra médico, se tem exames a ser realizado, se tem consulta pra ser marcada, e assim, de manhã, é aquela coisa: levar pra médico, realizar exame, realizar marcação, colocar, colocar no sanitário, pra fazer as suas necessidades de... né? Todas que tem pra fazer, dar banho novamente, porque tem umas que tomam banho antes de almoçar, a gente já prepara pra banho, quando tiver na hora do almoço, a gente leva pra mesa, pra elas almoçar, a gente liga a televisão pra assistir, **gostaria de ter mais tempo pra... ter uma criatividade maior com eles, mas aqui é um bom número de residente, pra duas, são 32 residentes, então assim, a gente de manhã também faz barba, cortar unhas, faz toda a tricotomia tanto de mulher quanto de homem que é necessária, aí então assim a gente não tem tanto tempo pra estimular uma, uma maior criatividade com eles, na medida que a gente pode, a gente realiza.** Aí à..., aí vou almoçar, tenho o meu horário de almoço, retorno, quando eu retorno, vou guardar as roupas que vêm da lavanderia, que todas as roupas, todo dia, vai pra lavanderia, aí guardo, entrego as roupas de cada um delas, depois vou realizar troca de fraldas, que é a higienização daquelas que são dependentes, algumas delas usam, mesmo aquelas que andam, mas tem algumas que usam fralda, tem outras que tomam banho NOVAMENTE à tarde, [...] tomado banho; retiro as colchas da cama, coloco lençol pra se cobrir, aí venho ajudar a colega no relatório que tem pra fazer, se tiver alguma coisa a mais que eu posso ajudar a colega, eu venho e ajudo. [E o relatório vocês entregam a quem?] É o relatório de enfermagem, fica aqui no livro. É um livro de ocorrência onde a gente passa tudo o que aconteceu no plantão e tudo o que a gente tá deixando pro plantão noturno, questão de material, a gente deixa tudo anotado, pra quando o plantão noturno chegar, já tá tudo abastecido: luva,

fitas de HGT, tudo prontinho, pra o plantão noturno ter... tudo disponível pra... continuar né, o serviço. Bom, aí passamos a janta, trouxemos, trazemos todos eles pra cama novamente, levamos ao banheiro, pra suas necessidades, volta pra cama, botamos todos na cama, COBRIMOS, pronto, aí... [São vocês que dão banho?] É a gente. Aí pronto, nesse negócio, já vai dar umas 18h, 18h e pouca da noite, aí eu vou tomar banho, troco de roupa, quando a rendeira chega, passamos o plantão pra rendeira, antes de sair, eu vou em cada um, *checo* cada um, comunico à enfermeira e à cuidadora que chegou, se tem algum pra ir pro médico no outro dia, eu digo: 'Olhe, você vai pro médico no outro dia'; 'Olhe, você vai ficar em jejum, porque amanhã cedo vai tirar sangue...' Procedimento normal do dia-a-dia de um cuidador [...] (C6, 2010, grifo nosso).

Na fala da cuidadora C6, que trabalha na I1, seu cotidiano de trabalho, ou seja, as tarefas que compõem o “procedimento normal do dia-a-dia de um cuidador” podem ser resumidas em: cuidados com a higiene, medicação, alimentação, verificação de intercorrências na noite anterior, encaminhamento dos idosos para os médicos, condução dos idosos à sala de TV e produção do relatório de passagem de plantão. Conforme o trecho em negrito do relato de C6, não há espaço para outras atividades nessa rotina, em que um cuidador e uma enfermeira se dividem entre 32 idosos residentes. Quanto às atividades de lazer, com exceção de assistir à televisão, são programadas excursões com antecedência, e outras atividades ficam ao encargo de voluntários que visitam a instituição, levando a terapia do riso, a musicoterapia etc. Diante disso, constata-se que as tarefas destinadas ao cuidador, nas instituições, são majoritariamente para prolongar sua vida através dos cuidados com a saúde do corpo, sendo a saúde entendida como o bem-estar físico. As demais atividades são realizadas fora da rotina do cuidado e, muitas vezes, por outras pessoas.

Deste modo, questiona-se a viabilidade de um cuidado holístico nessa realidade de trabalho: embora o afeto esteja presente e receba um aceno apreciativo no discurso dos cuidadores, até que ponto existe espaço e tempo para a efetivação desse cuidado por parte do cuidador, que trabalha maquinamente? O cuidado parece assumir o estágio de faticidade proposto por Heidegger (2006), posto que ele existe previamente ao Ser-aí do cuidador; por outro lado, ao ser lançado no mundo do seu trabalho, esse Ser-aí é impedido de ser o que se deseja, de poder escolher-se e de existir de forma autêntica, deixando de lado a sua essência de ser-com-o-outro, de ser-com-o-idoso. Ou seja, ele deixa de ser um ser de cuidado no seu próprio projeto de existência, visto que “passa a estar entregue a esse estranho e desmedido maquinismo impessoal” (SALES, 2008, p. 567).

Na I3, a realidade é diferente das outras duas instituições, uma vez que os idosos optam pela residência nesse local. Dessa maneira, eles demonstram autonomia e, muitos deles, são independentes, fator crucial para a construção de uma rotina diferente no trabalho da cuidadora C7, cuja jornada de trabalho é de 8h diárias. No seu cotidiano de trabalho⁴¹, a cuidadora C7 inicia sua jornada com a prestação de cuidados aos idosos acamados e, em seguida, atende aos demais, que são, em sua maioria, relativamente independentes e, por isso, permitem que a cuidadora desenvolva outras atividades coletivas de lazer, a exemplo da distribuição das tarefas para o preparo do café-da-manhã mediante a ausência de um funcionário da cozinha, ou a organização de uma festa de aniversário para o médico. A cuidadora C7 presta seus cuidados aos idosos coordenando e organizando as tarefas que eles desejam desenvolver na instituição, assiste aos idosos na higiene e alimentação e escuta os seus problemas, dando-lhes conselhos e evitando atritos entre os residentes. Dessa maneira, a cuidadora é peça-chave no funcionamento da instituição em que trabalha, mas suas atividades extrapolam o que o *Manual do Cuidador da Pessoa Idosa* lhe atribui, sem que, para isso, ela precise trabalhar mais que oito horas por dia.

Considerando o espaço que a cuidadora C7 encontra, na I3, para prestar seus cuidados aos idosos, ao se deparar com o sentimento de angústia, essa trabalhadora é convocada a se superar e a transcender esse estágio, retomando a sua essência. Vale lembrar que a angústia é definida por Heidegger (2006) enquanto um estágio necessário para alcançar a autenticidade do Ser-aí, tornando-se livre e, por consequência, um ser-cuidadoso-com-o-idoso. No relato abaixo, é possível verificar de que maneira a cuidadora C7 se expressa sobre esse estágio e como o transcende:

[...] Logo nos primeiros, nas primeiras semanas, que eu era assim magrinha e... era..., tinha assim ainda, tinha meus vinte, meus trinta anos, por aí assim, trinta e poucos anos. Aí eles me achavam uma menina, eles não aceitavam assim, entendeu, os idosos. Então quando a diretoria me escolheu para assumir, assim, que aqui tinha uma diretora, e ela tinha saído. Aí eu vim pra ficar assim por enquanto, é, fazendo uma experiência como cuidadora né? E eu falei que, é, eu achei muito para mim, uma

⁴¹ Em trabalho anterior (PORTO, 2010), o depoimento integral dessa cuidadora sobre sua jornada de trabalho foi analisado. Optou-se por não repeti-lo aqui, visto que o objetivo de sua fala, neste momento, é o de demonstrar a diferença de seu cotidiano em uma instituição em relação ao da outra cuidadora, de outra instituição, para a compreensão do texto do *Manual do Cuidador da Pessoa Idosa*.

responsabilidade muito grande. Quando eu olhei assim, e ,e o olhar deles para mim, né, 'essa menina que vai cuidar da gente?'. Olhe aquilo me... eu digo, '- Senhor isso não vai dar certo, isso não vai dar certo!' Aí eu cheguei pra eles e disse:

'- Eu acho que num vai, eu não quero não, ficar'.

'- Mas por que, você não gostou?' Eu digo:

'- Não, é porque, não sei viu, mas eu, é muita coisa para mim.'

'- Não, faça uma experiência!'

Eu aceitei o desafio. Aí com duas semanas, aí eu fui tentar assim como mudou, tinha uma diretoria voluntária, eu falei para o diretor pra... se podia limpar, ajeitar as plantas da frente, o canteiro assim, as plantas, o jardim. E ele falou:

'- Pode. Fale com o vizinho que tem um menino no armazém, peça pra ele lhe ajudar, você orienta, vai orientando'.

Aí tá certo. Aí eu chamei o menino, comecei a fazer o trabalho. Tirando os matos, replantando alguma coisa. Aí saiu uma idosa daqui desse consultório, ela ajudava na medicação. Ela saiu, chegou assim no, ali no terraço, aí falou assim:

'- Mas quem foi que lhe deu permissão para você fazer isto aí? Quem foi que lhe autorizou? Até parece a dona da casa!'

Aí o menino soltou a pá. Eu fiquei assim, eu parei num é, eu deixei ela falar:

'- Mas é muito engraçado, isso aí é coisa nossa! E você chega assim e vai mexendo, quem foi que lhe autorizou você mexer aí?'

Aí eu deixei ela falar, ela viu que eu não respondi, não dei resposta nenhuma, aí quando ela saiu, aí eu disse:

'- Continue, vamos continuar, a gente precisa terminar o trabalho'.

'- Mas, mas olhe, a senhora não quer...'

'- Eu digo, não, é porque ela não... assim, não estamos fazendo nada demais, a gente estamos fazendo o melhor, nada de, que desagrada não é, estamos fazendo o melhor, cuidando do jardim, a gente termina, aí eu vou pagar seu dinheiro e você vai embora'.

Aí ele terminou, e eu fiz o recibo, ele assinou, ele foi embora, e eu entrei, já era quatro, ia dar quatro hora, elas tavam todas no terraço, todas no terraço sentadinha, aí eu fui, peguei minha bolsa e disse: '- Irmãs, até amanhã!' E elas tudo assim, sabe? Nariz assim em pé... Aí eu, quando eu cheguei no portão, ah, eu fui chorando até em casa! Olhe, eu me desmanchei num choro, eu disse: '- Meu Deus, o que eu estou fazendo aqui? Eu tô no lugar errado, eu DISSE, eu tô no lugar errado, com a temperatura errada'. Aí fui pra casa num descontrole, num choro, que o pessoal do ônibus ficava assim:

'- Oxe, o que é que tá acontecendo, tá sentindo alguma coisa?'

'- Não, não, só...vontade mesmo de chorar.'

Que ela falou assim muito sério, sabe? Aí, quando eu cheguei na minha, no meu lar, eu falei:

'- Olhe, não tem mais trabalho, eu não vou mais, não vou voltar a trabalhar.

Eu disse que era muito para mim. Foi mais do que isso! Não é para mim!'

Aí o pessoal lá em casa tudo preocupado...eu digo, tá certo, eu não volto mais ali. Aí eu tomei um banho, jantei, fui pra cama... Aí no outro dia, gente... Eu manheciassim...esqueci tudo o que aconteceu, alegre, tomei banho, troquei a roupa e disse:

'- **Eu vou para o trabalho!**' Aí o pessoal:

'- Você vai para o trabalho, você não falou que não ia mais? Você chegou ontem aqui naquele choro...'

'- Não, não, eu tenho que ir, eu sou **responsável**, eu vou para o trabalho!'

Quando eu cheguei que elas ouviram aquele 'Bom dia, tudo bem?', isso ficou... Elas ficaram tão preocupadas com esse meu 'Bom dia, tudo bem?'... [Por quê?] porque elas pensavam que eu ia agir. Que eu ia procurar a diretoria, ia criar um problemão, assim... [Por causa do jardim?] Sim... elas, ela depois, a pessoa que, a idosa que me disse isso, depois ela teve a consciência, ela ficou, achou, ficou se sentindo mal por que me falou aquilo,

num outro dia. Quando eu retornei, eu cheguei aqui feliz, alegre, bom dia tudo bem, aí ela disse, nossa, ela:

‘- Então eu já sei, ela chegou feliz porque ela já foi prestar queixa da gente, de mim, do que eu fiz com ela. Aí o que eu foi que eu fiz com ela não tá certo’.

E assim mesmo ela ficou com a culpa, assim, consciência doendo. Aí ligou pra o presidente e disse que ele tinha que vir aqui com urgência. Não me avisou nada, e eu fui trabalhar normal. Aí uma passava por mim e dizia:

‘- Mas esses, essa diretoria, esses homens tão ficando maluco, botar uma menina pra cuidar da gente? Onde é que já se viu isso?’

Aí aquilo não... Aí eu, meu Deus, eu não sei, ah! Vai ver que... Bom, é... não sou eu, **eu não me sentia assim muito bem, né, achava que tava sendo um incômodo pra elas...** agora tinha umas que chegavam para mim, feliz, sabe, chegavam assim... Aí o presidente ligou pra mim:

‘- Dona Cuidadora, o que é que está acontecendo aí? Uma residente ligou para mim, disse que eu tinha que ir pra aí urgente, a senhora está sabendo o que está acontecendo?’ Eu disse:

‘- Não, senhor! Aqui está tudo bem!’

‘- Mas não pode, não pode ser, ela estava até chorando...’

‘- Chorando? Não... Eu não... não não está, não chegou ao meu conhecimento’.

Aí eu... aí ele desligou. Aí eu... também ela veio pra cá, ela ligou pra ele daqui. Aí eu fui, normal, fiquei assim, né: ‘- Meu Deus, quem será?’ Jamais eu pensei que tinha sido ela, a pessoa que me deu, que chamou atenção. Aí quando ele chegou, ela chorou bastante, pediu a ele perdão porque me tratou assim, depois [...] comigo. Aí ele disse:

‘- E você não se envergonha não de falar sozinha? Você falou com ela, ela lhe respondeu alguma coisa? Ela não abriu a boca. E a senhora não se envergonha não de falar sozinha?’ Aí ela disse assim:

‘- Pois é, é isso que tá me doendo tanto, que eu fui muito mau e ela não me disse nada...’ Aquele negócio todo... Aí ele... disse:

‘- Dona Joana, olhe, a senhora, não é mim que a senhora tem que pedir desculpa não, é a ela. Agora num vá agora não, deixe eu sair.’

Aí ele foi lá na diretoria, ele me chamou.

‘- Olhe, Dona Cuidadora, a senhora tem certeza que num tá...?’ Eu disse:

‘- Não, senhor!’

‘- O que foi que aconteceu aqui ontem? Bom...como foi seu dia ontem?’

‘- Foi bem...’

‘Não. Não aconteceu nada?’

‘- Sim, aconteceu, mas já passou.’ Aí ele disse:

‘- Olhe, Dona Joana me chamou aqui, porque aconteceu assim, assim, assim, aí ele tava... eh... elatava... chorou muito e tudo... E você, Cuidadora, eu quero lhe dizer que você já passou na experiência.’ [Aí você ficou? Foi a prova de fogo?] A prova de fogo, né? **Então essa experiência marcou a minha vida**, assim, então... [Não desistiu mais?] Não. Porque aí eu senti que eu tinha condições, sabe? É... de vencer outras, outras tempestades né, que viessem. Porque ela foi assim muito, muito autoritária tudo, então, eu num respondi, é, mas terminei meu trabalho, não chorei na frente dela, saí, não, não, no outro dia não fui discut... nem procurar satisfação, não, **eu simplesmente tratei bem**: ‘- Como vai?’ Então isso... é... me deu assim, é... me veio um aprendizado que eu nem sabia, aí eu vi que eu mesmo dava pra coisa, entendeu? (C7, 2010, grifos nossos).

Neste longo relato da cuidadora C7, através do qual ela revela sua primeira experiência enquanto cuidadora da I3, torna-se perceptível a travessia do estágio de angústia em seu trabalho, o qual se colocou como um obstáculo difícil de ser superado por alguém que não acreditava estar preparada para o exercício da

ocupação de cuidador de idosos. Segundo a cuidadora, seu primeiro pensamento diante da ocorrência foi o de desistir de seu trabalho, chegando a revelá-lo para os seus familiares. Após uma reflexão, a cuidadora mudou de ideia e resolveu encarar o desafio a ela colocado, voltando à instituição no dia seguinte, como se o problema não houvesse acontecido. A cuidadora despertou para:

A natureza reflexiva de seu existir-no-mundo, pois é refletindo consigo mesmo que a consciência de si mesmo surge. Essa transcendência capacita o ser humano a projetar-se em direção ao seu poder ser autêntico libertando-se do vazio existencial, no qual está enredado, e assim desvelar-se a si e desvendar o mundo ao seu redor (SALES, 2008, p. 567).

Desta forma, a partir de uma reflexão, a cuidadora C7 tomou a decisão **responsável** de voltar a seu trabalho, colocando-se como um Ser-Evento de sua própria existência, através de um ato de linguagem – “Eu vou para o trabalho!” - que revela seu conteúdo-sentido, mas também pela realidade histórica do seu existir, de modo que o ato só existe na confluência entre o que se disse teoricamente sobre ele e o valor que ele assume ao realizar-se em determinado momento, único e irrepitível. Essa confluência é alcançada quando, de fato, C7 chega ao trabalho e se depara com novos comentários dos idosos, os quais acabam por levá-la a um novo momento de angústia, quando ela revela que se sentia um incômodo para os idosos. Nesse sentido, a partir do reconhecimento de seu ato como válido, o Ser-Evento também responde a outros atos, colocando-se sempre em relação a outros seres-evento, naquele momento singular em que imprime seu ato (BAKHTIN, 2010).

E a resposta dada pela cuidadora C7 à idosa que a provocara e que convidara o presidente para comparecer à instituição foi o silêncio e a ação de ignorar o acontecido perante ambos, agindo normalmente para preservar o bem-estar de todos em seu trabalho. Esse ato desencadeou o arrependimento da idosa, que lhe pediu desculpas, bem como o reconhecimento de seu preparo para o exercício de seu trabalho, por parte do presidente. O valor do seu ato, portanto, é assumido pelo Ser-Evento, no momento em que imprime sua assinatura e, por isso, torna-se por ele responsável (BAKHTIN, 2010).

Ao empreender a sua assinatura ao seu ato concreto, a cuidadora C7 demonstra que a experiência que marcou a sua vida marca também a sua transcendência para o estágio autêntico de cuidado, em que ela passa a ser-com-o-outro. Isso não significa, por outro lado, que a cuidadora pratique, em todos os

momentos de seu cotidiano de trabalho, um cuidado autêntico, visto que a realização de um ato concreto é única e irrepetível. A atividade humana é um espaço de negociações de atos concretos, os quais vão depender dos usos que os cuidadores escolhem, ou são levados a fazerem de si mesmos mediante as dramáticas que enfrentam (SCHWARTZ, 2000b). Nesse sentido, evidencia-se que a cuidadora C7 escolheu fazer um bom uso de si mesma ao enfrentar a dramática posta pela idosa, movida pela **responsabilidade** requerida por seu trabalho, o que deixa entrever a busca por um cuidado ético com o idoso.

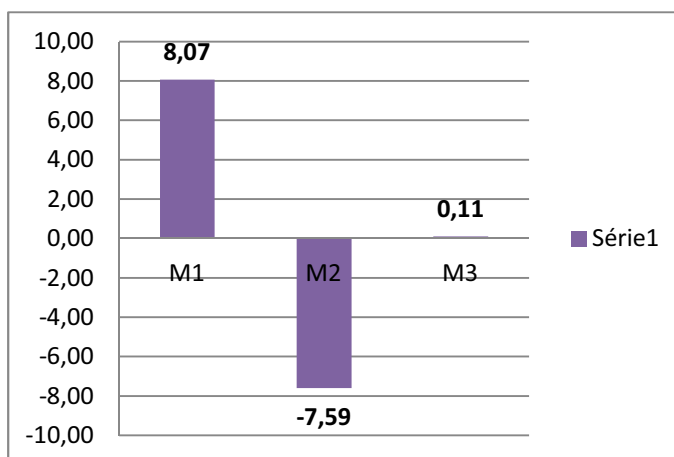
Os depoimentos das cuidadoras C3, C6, C7 e C8, sobre seu cotidiano de trabalho, demonstram que existem diferentes contrapalavras à palavra do *Manual do Cuidador da Pessoa Idosa*. Na realidade, o manual (o Eu) se dirige ao cuidador formal (o Outro) contratado para trabalhar na residência do idoso cuidado. Não obstante, o reconhecimento de que o cuidador formal não é apenas aquele que cuida na casa do idoso, mas também nas instituições geriátricas, traz à tona a necessidade de considerar igualmente a realidade de trabalho dos últimos, uma realidade que precisa ser ouvida, porquanto está entranhada nos fios dialógicos que constituem o discurso sobre o trabalho do cuidador de idosos. Dessa maneira, não se pode ignorar que o outro do *Manual do Cuidador da Pessoa Idosa* não é apenas o cuidador que atua no âmbito familiar do idoso, engloba também o outro que trabalha nas instituições geriátricas, sendo que esse outro é desmembrado em outros, pois, conforme a análise dos discursos de C3, C6, C7 e C8, esses trabalhadores atuam de maneiras diversas, com tarefas diferentes, a depender do ambiente de trabalho, do grau de dependência dos idosos cuidados e do seu próprio enfrentamento das dramáticas que surgem no ambiente laboral.

Assim, o confronto entre a palavra do manual e a palavra dos cuidadores vem ratificar a necessidade de atualização do material prescritivo a partir da realidade de trabalho e, sobretudo, da realidade de trabalho dos cuidadores de idosos que atuam em instituições geriátricas. Acredita-se que desta forma é possível abrir espaço para fazer emergir, através do discurso, a autenticidade no trabalho dos cuidadores: é através da convocação de seus atos concretos de linguagem e ações que se torna possível compreender sua realidade de trabalho.

A partir da análise do capítulo *O cuidador da pessoa idosa: formação e responsabilidades*, do *Manual do Cuidador da Pessoa Idosa*, ficou demonstrado o tratamento dispensado aos temas no campo do trabalho do cuidador, concentrados

na prescrição de tarefas para os cuidadores formais que atuam ou atuarão nas residências dos idosos cuidados. Os demais capítulos do manual não serão tratados aqui, visto que se destinam a cuidadores informais, além de que o campo do trabalho do cuidador é objeto de rejeição por parte da variável M2, conforme o gráfico 7, retomado logo a seguir:

Gráfico 7 – Campo do Trabalho do Cuidador nos Manuais



Uma vez discutido e analisado o campo do trabalho do cuidador nas variáveis M2 e M3, nas quais ele não se configura como objeto de privilégio, é imprescindível agora olhar para a variável M1, cujo peso dos itens lexicais no referido campo aponta para uma preferência, por parte do *Guia Prático do Cuidador*, em orientar o cuidador de idosos no exercício de seu trabalho. A tabela TDR DELTA, que classifica os itens lexicais de acordo com o peso, apresenta alguns itens lexicais da variável M1, seguidos do seu peso Z1, no campo do trabalho do cuidador:

Tabela 12 - Campo do Trabalho do Cuidador em M1

Palavras	Ocorrência	M1	Z1
Pessoa cuidada	112	105	20,75
Cuidador	333	132	10,17
Preciso	52	31	7,76
Cuidado	87	33	4,78
Cuidados	96	29	3,06
Cuidar	68	16	1,15

No recorte acima, observa-se que todos os itens estão relacionados diretamente aos cuidados gerais e possuem um peso (Z) altamente significativo em

M1, com exceção de *cuidar*. Isso é ratificado na apresentação do *Guia Prático do Cuidador* (BRASIL, 2009), ao situar a importância do trabalho do cuidador na situação atual de envelhecimento demográfico e, por isso, a necessidade de um manual que oriente esse trabalhador:

Porém, diante da situação atual de envelhecimento demográfico, aumento da expectativa de vida e o crescimento da violência, algumas demandas são colocadas para a família, a sociedade e o Poder Público, a fim de proporcionar melhor qualidade de vida para as pessoas com algum tipo de incapacidade ou deficiência. Sendo assim, a presença do cuidador nos lares tem sido mais frequente, havendo, portanto, necessidade de orientá-lo para o cuidado (BRASIL, 2009, p. 05).

A prioridade dada à orientação do cuidador de idosos para o exercício de sua atividade pode parecer óbvia para um manual do cuidador. Todavia, a análise dos outros dois manuais objetos deste estudo, os quais não priorizam o campo do trabalho do cuidador, permitiu demonstrar que esses manuais podem escolher diferentes vieses para tratar dos assuntos que interessam à capacitação do cuidador de idosos no que condiz ao saber formal para essa atividade humana. À semelhança dos outros dois manuais, também o *Guia Prático do Cuidador* coloca a necessidade de orientar o cuidador de idosos que trabalha nos lares dos idosos, não se referindo, em princípio, ao cuidador atuante nas instituições geriátricas. De qualquer maneira, em se tratando de um manual que privilegia o campo do trabalho do cuidador, a compreensão que se pode ter dessa orientação precisa ser analisada, devido à importância da orientação apreciativa para a compreensão de uma enunciação (BAKHTIN/VOLOCHÍNOV, 2012).

Ora, se através da análise quantitativa dos dados, constatou-se um peso significativamente positivo dos itens lexicais no contexto do campo do trabalho do cuidador em M1, então qual seria o acento apreciativo que recai sobre a orientação do cuidador de idosos nesse manual? O sumário do referido manual sinaliza suas prioridades:

Figura 7 – Sumário do Guia Prático do Cuidador

Sumário	
Apresentação.....	5
1 O cuidado.....	7
2 O autocuidado.....	7
3 Quem é o cuidador.....	8
4 O cuidador e a pessoa cuidada.....	9
5 O cuidador e a equipe de saúde.....	10
6 O cuidador e a família.....	10
7 Cuidando do cuidador.....	11
8 Grupos de cuidadores.....	16
9 Serviços disponíveis e direitos do cuidador e da pessoa cuidada	17
9.1 Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social (BPC)	18
9.2 Benefícios previdenciários	19
9.3 Legislação importante.....	20
9.4 Órgãos de direitos	20
9.5 Rede de apoio social	20
9.6 Telefones úteis	20
9.7 Recomendações de endereços eletrônicos	20
10 Cuidados no domicílio para pessoas acamadas ou com limitações físicas. 21	
10.1 Higiene.....	21
10.1.1 Como proceder no banho de chuveiro com auxílio do cuidador.....	21
10.1.2 Como proceder no banho na cama.....	22
10.2 Assaduras.....	23
10.3 Cuidados com a boca	23
10.3.1 Doenças da boca	24
10.3.1.1 Cárie dental	24
10.3.1.2 Sangramento das gengivas	25
10.3.1.3 Feridas na boca.....	25
11 Alimentação saudável	25
11.1 Os dez passos para uma alimentação saudável	26
11.2 Outras recomendações gerais para a alimentação	27
12 Orientação alimentar para aliviar sintomas	29
12.1 Náuseas e vômitos	29
12.2 Dificuldade para engolir (disfagia)	29
12.3 Intestino preso (constipação intestinal)	29
12.4 Gases (Flatulência)	30
13 Alimentação por sonda (dieta enteral)	30
14 Acomodando a pessoa cuidada na cama.....	32
14.1 Deitada de costas.....	32
14.2 Deitada de lado	33
14.3 Deitada debruços	33
15 Mudança de posição do corpo	34
15.1 Mudança da cama para a cadeira	34
15.2 Quando o cuidador necessita de um ajudante para a passagem da cama para a cadeira	35
15.3 Ajudando a pessoa cuidada a caminhar	35
16 Exercícios	36
16.1 Exercícios respiratórios	39
17 Adaptações ambientais	40
18 Estimulando o corpo e os sentidos	41
19 Vestuário.....	42
20 Como ajudar na comunicação	43
20.1 Alterações que podem ser encontradas na comunicação.....	44
21 Dificuldade na memória: como enfrentá-la?	45
22 Proteção à pessoa cuidada	45
23 Úlcera de pressão/Escaras/Feridas	46

23.1 Como prevenir as escaras	46
23.2 Tratamento das escaras	48
24 Sonda vesical de demora (sonda para urinar)	48
25 Uripem (sonda para urinar tipo camisinha).....	49
25.1 Cuidados no uso de uripem	50
26 Auxiliando o intestino a funcionar	50
27 Ostomia	51
27.1 Cuidados com gastrostomia	51
27.2 Cuidados com ileostomia, colostomia e urostomia.....	51
27.2.1 Cuidados com a bolsa	52
27.2.2 Quando trocar a bolsa	52
27.2.3 Cuidados no banho	53
27.2.4 Esvaziamento da bolsa	53
28 Problemas com o sono	53
29 Demência	54
30 Cuidados com a medicação	55
31 Emergência no domicílio.....	56
31.1 Engasgo	56
31.2 Queda	57
31.3 Convulsão.....	57
31.4 Vômitos	57
31.5 Diarréia	57
31.6 Desidratação	58
31.7 Hipoglicemia	58
31.8 Desmaio	59
31.9 Sangramentos	59
31.10 Confusão mental	59
32 Maus Tratos	60
32.1 O que o cuidador pode fazer diante de situações de maus tratos	60
32.2 Denúncia em caso de maus tratos.....	61
33 Reconhecendo o fim	61
34 Como proceder no caso de óbito	62
Referências	63

(BRASIL, 2009, p. 3-4).

Observando o sumário do *Guia Prático do Cuidador*, percebe-se que os oito primeiros itens discutem questões sobre o envelhecimento humano e em torno do trabalho do cuidador em geral, temas esses que pertencem ao campo do trabalho do cuidador. Não obstante, isso ainda não é suficiente para que se possa afirmar de que forma o *Guia Prático do Cuidador* compreende a orientação ao cuidador a que se refere no item *Apresentação*, pois apenas uma análise qualitativa pode ajudar a compreendê-la, posto que o pesquisador passa a orientar-se em relação a ela, ao seu tema (BAKHTIN/VOLOCHÍNOV, 2012).

Dessa maneira, destacam-se três eixos temáticos centrais e que merecem uma reflexão com relação a M1, no campo do trabalho do cuidador: o cuidado (inclusive o autocuidado), o cuidador e a pessoa cuidada (o idoso), conforme será discutido a partir de agora.

Quando se analisa qualitativamente, em M1, a palavra *cuidado*, no contexto do campo do trabalho do cuidador, é possível notar o cerne da orientação que o *Guia Prático do Cuidador* pretende oferecer aos cuidadores de idosos, como demonstra sua definição:

Cuidado é tudo aquilo que envolve atenção, precaução, cautela, dedicação, carinho, encargo e responsabilidade. **Cuidar** é servir, é oferecer ao outro, em forma de serviço, o resultado de seus talentos, preparo e escolhas; é praticar o cuidado (BRASIL, 2009, p. 07, grifos nossos).

A partir do que foi discutido sobre o cuidado no capítulo 2 deste trabalho, ficou esclarecida a necessidade de tratar esse tema de maneira a ampliá-lo para além dos cuidados imediatos com o paciente doente, considerando-se o cuidado com o idoso na contemporaneidade. De fato, a busca pela ampliação da noção de cuidado para lidar com as doenças crônicas que acometem grande parte da população idosa brasileira e mundial deixou de ser uma indicação para assumir o lugar de uma urgência, mediante o aumento da expectativa de vida e a busca por viver com qualidade na velhice. Ademais, o modelo de cuidado a ser seguido é fundamental para preparar o sistema de saúde brasileiro no que concerne ao atendimento mais eficaz da população idosa, em termos de saúde, mas também no que condiz ao investimento público a ser direcionado para esse atendimento. Assim, torna-se premente compreender de que modo o cuidado é abordado pelo *Guia Prático do Cuidador*, mediante a centralidade desse tema na enunciação completa sobre a atividade do cuidador de idosos.

O *Guia Prático do Cuidador* lança mão de sete substantivos para definir sua noção de cuidado: atenção, precaução, cautela, dedicação, carinho, encargo e responsabilidade. Dentre eles, a atenção, a cautela, a dedicação e o carinho são palavras relacionadas diretamente a uma noção de cuidado holístico, tendo em vista que preconizam a relação entre o cuidador e o idoso, uma relação intersubjetiva que permite a compreensão de cuidado como um conjunto de ações que proporcionam o bem-estar do outro integralmente, e não de forma pontual. No cuidado com o idoso, esse bem-estar integral se caracteriza pela noção do velho enquanto um sujeito único a ser cuidado, e não como um objeto a ser tratado de forma distanciada:

Cuidar é também perceber a outra pessoa como ela é, e como se mostra, seus gestos e falas, sua dor e limitação. Percebendo isso, o cuidador tem

condições de prestar o cuidado de forma individualizada, a partir de suas idéias, conhecimentos e criatividade, levando em consideração as particularidades e necessidades da pessoa a ser cuidada. Esse cuidado deve ir além dos cuidados com o corpo físico, pois além do sofrimento físico decorrente de uma doença ou limitação, há que se levar em conta as questões emocionais, a história de vida, os sentimentos e emoções da pessoa a ser cuidada (BRASIL, 2009, p. 7).

A compreensão do idoso enquanto um sujeito, e não como um objeto a ser tratado, abre espaço para um atendimento humanizado e sensível, o qual é intermediado tanto pelas ações de cuidar, quanto pelas palavras cuidadosas, sendo que ambos permitem o desenvolvimento de uma relação de alteridade e de interação entre o cuidador e o idoso, relação esta entendida como um *encargo*, uma missão do cuidador sobre o Outro, isto é, uma obrigação de prestar seu serviço de forma *responsável*. Esse cuidado passa, ainda, pela precaução, que, enquanto sinônimo de prevenção, remete ao modelo preventivo de cuidado defendido no âmbito da Gerontologia (VERAS, 2009; 2012a;b), o qual é tido como uma via essencial para lidar com as doenças crônicas e as incapacidades nos idosos, quando existirem, posto que a prevenção pode ser feita em qualquer momento da vida e, dessa maneira, pode garantir ao idoso a preservação de sua independência e autodeterminação, permitindo-lhe viver com saúde e qualidade.

Quanto à definição do verbo *cuidar*, o manual acrescenta que é dar-se ao Outro, servi-lo, a partir de seu *talento*, seu *preparo* e suas *escolhas*. Em outras palavras, cuidar é um dom e, para desenvolvê-lo, é necessário estar preparado, ou seja, capacitado, além de saber escolher-se mediante as situações cotidianas que exigem a tomada de posição do cuidador para resolver os problemas imediatos de seu trabalho. Sendo assim, é possível entrever que a formação do cuidador, na visão do *Guia Prático do Cuidador*, engloba sua propensão ao cuidado com o outro (o dom, o talento) e sua competência. Através do enunciado do manual, depreende-se que essa competência envolve o primeiro ingrediente – o saber formal, ligado à sua capacitação; o segundo ingrediente – o saber adquirido na herança histórica de sua atividade, expresso pelo preparo advindo da prática de sua ocupação; por fim, o terceiro ingrediente – que traz o bom uso de si por si mesmo como um sucesso no equilíbrio entre os dois primeiros ingredientes, mediante o posicionamento exigido do trabalhador face às dramáticas cotidianas em sua atividade.

Não obstante, esses três primeiros ingredientes da competência, lembra Schwartz (1997), são diretamente influenciados pelos valores envolvidos na

atividade (quarto ingrediente) e pela competência coletiva (quinto ingrediente), de modo que a qualidade sinérgica (sexto ingrediente) emerja e possa regular a atividade do cuidador. Dessa maneira, o cuidador não prestará seus cuidados aos idosos apenas a partir dos três primeiros ingredientes da competência, visto que os demais ingredientes estão interligados àqueles e ajudam, na dinâmica da atividade, a construir equilíbrios singulares e provisórios. Para ratificar a importância da qualidade sinérgica na atividade dos cuidadores que atuam em instituições geriátricas do Recife, observem-se os excertos a seguir sobre o cuidado, extraídos das entrevistas com as cuidadoras C2 e C8, respectivamente, as quais trabalham na I1, no turno noturno:

P – O que você entende por cuidado?

Por cuidado? Cuidar do idoso ou se cuidar? [Cuidado em geral]É... O que eu entendo por cuidado. Cuidar na **alimentação**, né, através da **alimentação**... É... é. Tem que se cuidar pela **alimentação**, não fazer muita extravagância no tipo de **alimentação**, principalmente assim quando tá chegando a idade, é... Não, se tiver, precisar de **medicamento**, não passar por cima do, da, dos **medicamentos**, não fazer... por exemplo, tomar a **medicação** direitinho... **Se cuidar**, né? (C2, 2010, grifos nossos).

P – E o que você entende por cuidado?

Cuidado, acho que a palavra cuidado vem, no meu ver, vem de carinho, porque você cuidar é você **dar carinho**, é você **proteger**, é você **promover àquela pessoa um bem-estar**. A partir do momento que você tá dando banho, você tá **dando um bem-estar** pra aquela pessoa, que você tá alimentando, que você chega pra ver se tá precisando de alguma coisa. Cuidar é **proteger**, é **dar carinho**... (C8, 2010, grifos nossos).

A cuidadora C2 demonstra um entendimento de cuidado centrado, sobretudo, na alimentação e no controle dos medicamentos dos idosos. Os itens destacados em negrito, além de recorrentes em seu discurso, apresentam pesos lexicais de vocabulário preferencial: *alimentação* (6,17), *medicamento* (2,00), *medicamentos* (5,23), *medicação* (5,23), *se cuidar* (4,54).

É interessante lembrar que a variável C2, quando comparada às demais variáveis no gráfico 3, representativo do peso lexical de todas as variáveis no *corpus* inteiro (dos cuidadores), localizava-se no vocabulário preferencial (11,94). Mais adiante, no entanto, foi observado, a partir da tabela 5, relativa aos desvios reduzidos em C2 e C5, que esse peso lexical expressivo se dava pela predominância de marcadores conversacionais na variável C2 e, desta forma, havia pouca precisão dessa cuidadora ao se expressar sobre os temas que constituíam

sua atividade profissional. De fato, o cuidado com a alimentação e com os medicamentos dos idosos se refere apenas aos cuidados gerais que configuram o campo do trabalho do cuidador, no que se concerne à concepção de cuidado enquanto manutenção do corpo físico do idoso. E esse é o acento apreciativo que recai sobre o discurso da cuidadora C2.

Já a cuidadora C8 se expressa sobre o cuidado através das ações: *dar carinho* (3,97), *proteger* (5,06), *promover àquela pessoa um bem-estar* (3,58), *dando um bem-estar* (3,58), cujos pesos lexicais refletem a formação do vocabulário preferencial dessa cuidadora. No entanto, no mesmo gráfico 3, essa variável se localizou no vocabulário básico de tendência negativa, assumindo o valor de -1,01. Ora, se no conjunto lexical de todas as variáveis representativas dos discursos dos cuidadores de idosos, a variável C8 apresentou-se predominantemente com vocábulos cujos pesos serviam de base para a construção discursiva do *corpus* inteiro, torna-se interessante verificar quais os acentos apreciativos que recaem sobre os itens lexicais privilegiados em seu discurso, com alta carga temática, visto que esse tipo de vocabulário não é predominante nessa variável.

Nesse sentido, do excerto da cuidadora C8 exposto acima, depreende-se uma noção de cuidado que é, antes de tudo, holística, na medida em que traz para o primeiro plano a promoção do bem-estar do idoso, através do carinho e da proteção. Através da necessidade de proteção ao idoso, aliás, estabelece-se uma relação dialógica do discurso da cuidadora C8 com o Estatuto do Idoso e, ao mesmo tempo, revela-se uma compreensão responsiva desse enunciado, na medida em que a cuidadora reconhece que é seu dever, como de todos os cidadãos, a proteção dos idosos, visto que este segmento populacional é considerado vulnerável pelo referido documento legal, escrito para assegurar seus direitos, mas também para punir quem descumpri-los. Se, por um lado, C8 compreende responsivamente o enunciado do Estatuto do Idoso, sua maneira de garantir a efetivação dessa proteção é através do ato de cuidar, um ato responsável com o Outro.

Dito isto, embora as cuidadoras C2 e C8 trabalhem na mesma instituição e no mesmo turno, foi possível apreender duas noções de cuidado diferentes em seus discursos. Na verdade, a compreensão de cada uma delas sobre o cuidado se construiu ao longo do vivenciamento desses Seres-Evento na existência, durante o qual contrabalancearam seus conhecimentos advindos do saber formal (primeiro ingrediente da competência) e da herança histórica de sua atividade (segundo

ingrediente). No que compete ao terceiro ingrediente, que relaciona os dois primeiros a partir dos usos que essas cuidadoras fazem de si em seu trabalho, é importante observar como essas cuidadoras vivenciam as noções de cuidado sobre as quais se expressaram anteriormente:

P- O que você faz, da hora que você chega à hora que você sai do trabalho? Como é sua rotina de trabalho?

Minha rotina de trabalho, olhe... É que agora é só à noite. Aí eu chego, eles tão já no repouso, vou fazer a higiene que eles tão precisando, certo... é... trocar de fralda deles, olhar o que é que eles tão precisando, é... procurar forrar a caminha deles... essas coisas assim, as atividades da noite. [Mas a noite toda?] A noite toda não, porque tem a hora do repouso. Mas sempre tá em atento, porque eu tô lá, sempre olhando... [Mas então quer dizer que você chega, faz a higiene e depois fica apenas atenta, ou faz mais alguma coisa? Medicação?] Não. Medicação sempre a gente ajuda aqui a colega, na parte da enfermagem. [Fazem juntas?] É, exato. Assim, né... tá precisando, aí... ali, ah passa um remedinho... [Mas você administra, ou ela?] É ela que sempre administra. [Você só dá, no caso, e ajuda a separar a medicação, mas sempre com ela?] Exato. Sempre com ela. (C2, 2010)

P – O que você faz aqui no trabalho da hora que você chega até a hora que você sai?

Quando eu chego, eu troco de roupa, aí boto o material de... higiene, é... asluvas, a touca e vou fazer as trocas. [As trocas são o quê?] As trocas é trocar as fraldas, limpar... ver quem tá, quem tá sujo, as acamadas, né? Botar fraldas novas e ver se elas, se já tão, já okay pra dormir, quando eu chego a maioria já está, já está... dormindo. [Mesmo dormindo, você realiza a troca?] Eu tento não acordar, mas se tiver suja, infelizmente eu tenho que acordar, porque deixar as bichinhas sujas até amanhã, ninguém... num tem como né? Aí que realmente eu tenho que... que trocar. Aí essas trocar... se tiver cocô, xixi, aí eu passo um pano, com água e sabão, faço um asseiozinho e boto uma... uma nova fralda. Aí em seguida, terminadas todas as trocas, aí eu ajudo as meninas na área de enfermagem. [Quando faz as trocas, faz das duas alas, homem e mulher?] É, dos homens... é. Porque, no caso, nas mulheres, tem mais, fazer troca, homem eu acho que só tem um ou dois, mas são mais dependentes. Aí terminando as trocas, elas tão tudo okay já, vejo se tão cobertas, se tão já prontas pra dormir, aí vou ajudar as meninas, que é na parte da medicação, dar a medicação, é... fazer HGT, todo o processo de... de... enfermagem. [É você com aquela senhora que chegou agora?] Com a senhora que é a enfermeira de plantão, é. [Tem mais alguém?] Não, são duas só. [...] Aí tirando isso é assim, na parte de cuidador não tem tanto o que fazer mais, é mais a área de enfermagem e ajudar mais na área de enfermagem. Aí eu sempre fico olhando, de instante em instante, eu fico olhando, aí depois pra ver se... se elas tão dormindo, se tão agitada, se tão precisando de alguma coisa, ou se precisa se efetuar uma nova troca, que tem algumas que eu tenho que trocar mais tarde e... de manhã, aí eu dou o banho (C8, 2010).

De acordo com os depoimentos das cuidadoras C2 e C8 sobre sua rotina de trabalho na I1, é interessante observar que ambas realizam atividades muito semelhantes para cuidar dos idosos. Essa rotina é praticamente resumida por ações

de cuidado com a higiene dos idosos e com a medicação, que é uma atividade compartilhada com a enfermeira-chefe, além de se manterem atentas ao longo da noite, para acompanhar possíveis intercorrências com os idosos (agitação, novas trocas etc., como relata C8).

Deste modo, apesar de as cuidadoras deixarem entrever, em sua fala, acentos apreciativos diferentes em torno do tema *cuidado*, com base nos três primeiros ingredientes da competência elencados por Schwartz (1997), somados aos valores envolvidos em sua atividade (quarto ingrediente), a qualidade sinérgica (sexto ingrediente) emerge fortemente como elemento regulador dos usos que essas trabalhadoras podem fazer de si, à medida que a competência coletiva da atividade (quinto ingrediente) se sobressai sobre suas competências individuais. Essa constatação demonstra que as cuidadoras podem pensar e se manifestar sobre o cuidado através de um modelo biomédico ou holístico, utilizando a linguagem para a expressão de seu pensamento participante (sua consciência) e do ato responsável perante o Outro (a pesquisadora que lhes indagou sobre o cuidado).

Segundo Bakhtin (2010), a expressão do pensamento participante através da palavra exige que ela atinja sua plenitude em termos de conteúdo-sentido e do seu aspecto emotivo-volitivo, de forma que a palavra se torne responsabilmente significativa, podendo carregar consigo a verdade. Assim, a palavra das cuidadoras C2 e C8 sobre o cuidado pode, para elas, trazer a verdade em seu ato de linguagem, mas a linguagem não deve ser supervalorizada em detrimento do ato, posto que é através deste que o Ser-Evento, irrepetível e singular, penetra o mundo da vida e o mundo da cultura. Diante disso, se as cuidadoras C2 e C8 não encontram espaço para esse mundo da vivência única em seu trabalho, em que cada uma possa trazer sua competência (em seus diversos ingredientes, inclusive, seus valores) para atuar cuidadosamente em relação aos idosos, separa-se o entendimento que possuem do cuidado – expresso via linguagem – do seu real vivenciamento na existência.

Desta forma, o entendimento das cuidadoras sobre o cuidado, isto é, o conteúdo-sentido que, para elas, é válido em si, não penetra em seus seres históricos, em seus atos concretos. Isso significa que seus atos concretos não partem de seu vivenciamento singular da vida no trabalho, guiado por sua consciência responsável, mas de um coletivo que dita as regras às quais elas deverão se adequar e segundo as quais deverão agir. O desequilíbrio entre os

diversos ingredientes da competência, nesse caso, faz emergir uma lacuna na atividade dos cuidadores de idosos a qual influencia diretamente na reflexão sobre a formação necessária a esse público: as competências individuais das cuidadoras não são suficientemente fortes no desenvolvimento de sua atividade frente à competência coletiva e à qualidade sinérgica que a regulam.

Posta essa reflexão, deve-se retomar o olhar para o *Guia Prático do Cuidador*, a fim de avançar na discussão sobre o cuidado. Após os dois primeiros capítulos, dedicados ao cuidado e ao autocuidado, o manual vai tratar, no terceiro capítulo, sobre o cuidador de idosos, definido em seu primeiro parágrafo como um “ser humano de qualidades especiais, expressas pelo forte traço de amor à humanidade, de solidariedade e de doação” (BRASIL, 2009, p. 8). É, pois, em busca de reafirmar seu conceito de cuidado para esse cuidador que o *Guia Prático do Cuidador* define o papel desse trabalhador:

Nesta **perspectiva mais ampla do cuidado**, o papel do cuidador ultrapassa o simples acompanhamento das atividades diárias dos indivíduos, sejam eles saudáveis, enfermos e/ ou acamados, em situação de risco ou fragilidade, seja nos domicílios e/ou em qualquer tipo de instituições na qual necessite de atenção ou cuidado diário (BRASIL, 2009, p.08, grifo nosso).

Ao enfatizar uma “perspectiva mais ampla de cuidado”, o discurso do *Guia Prático do Cuidador* deixa antever que há pelo menos mais uma concepção de cuidado, que o manual não adota, tampouco menciona. Assim, o *Guia Prático do Cuidador* orienta-se em relação à enunciação de outrem, compreendendo-a de maneira ativa e se opondo a ela com uma *contrapalavra*. Mas, só é possível compreender essa *contrapalavra* se colocada em relação dialógica com as palavras de outrem, que podem ser recuperadas discursivamente. E que palavras seriam essas?

O manual entende que sua perspectiva de cuidado é mais ampla porque considera que o papel do cuidador ultrapassa o acompanhamento das atividades da vida diária, seja qual for o estado de saúde do idoso cuidado – saudável, doente ou acamado –, o local onde o idoso cuidado reside (em sua casa, ou em uma instituição geriátrica) ou seu estado de fragilidade ou risco, como aqueles que sofreram violências.

Compreende-se que a ampliação das funções do cuidador, no discurso do manual, é um enunciado responsivo ao modelo biomédico de cuidado agudo. Ao contrário do que propõe esse modelo, centrado numa orientação de cuidado “excessivamente curta, definida pelo problema e dominada pela tarefa” (AGICH, 2008, p. 143), a qual objetiva à melhora clínica do paciente, o *Guia Prático do Cuidador* chama a atenção para a necessidade de superar o tratamento curativo do idoso que, em geral, convive com mais de uma doença crônica. O cuidado com o idoso, em longo prazo, precisa abarcar necessariamente “dimensões múltiplas e sobrepostas, físicas, psicológicas e sociais que não podem ser todas prontamente conceitualizadas, muito menos administradas, em termos médicos estritos” (AGICH, 2008, p. 145).

Assim, o *Guia Prático do Cuidador*, a partir de outra compreensão de cuidado, coloca essa palavra na arena de embates entre sentidos diferentes e contraditórios. Nessa arena, encontra-se o sentido de cuidado que ainda predomina na formação de cuidadores no Brasil, cujo acento apreciativo recai sobre a relevância do domínio do cuidado biomédico pelo cuidador, conforme atestou o estudo realizado por Maffioletti *et. al.* (2006) em instituições cariocas de formação de cuidadores; por outro lado, abre-se o espaço para a circulação, nesse campo da atividade humana, para outros sentidos de cuidado: o holístico, o preventivo, ou o cuidado enquanto um imperativo ético.

Deste modo, o *Guia Prático do Cuidador*, ao salientar a importância de uma concepção “mais ampla de cuidado” – em resposta ao modelo biomédico de cuidado –, pretende contribuir para uma adequada orientação dos cuidadores na prestação de cuidados voltada para a melhoria da qualidade de vida dos idosos. Tal posicionamento, adotado no *Guia*, corrobora aquele assumido por Agich (2008) e Veras (2004), para os quais o cuidado biomédico não dá conta da preservação da saúde integral do idoso. Diante disso, o *Guia Prático do Cuidador* acrescenta:

Vale também lembrar que o cuidado não é algo necessário apenas diante de situações específicas de doença ou deficiência temporária ou permanente, mas sim uma necessidade ordinária em vários momentos da vida (BRASIL, 2009, p. 06).

Por conseguinte, parece relevante aprofundar a reflexão sobre o porquê de o *Guia Prático do Cuidador* ter preterido o modelo médico de cuidado agudo e os

sentidos daí decorrentes para sua construção discursiva. Não obstante, a resposta a esta pergunta não pode ser encontrada no significado, atribuído pelo *Guia*, à palavra *cuidado*, conforme procurou-se demonstrar na discussão acima sobre o tema. Sendo assim, foi possível identificar em outra definição – a da *função de cuidador* – um sentido interessante:

A função do cuidador é acompanhar e auxiliar a pessoa a se cuidar, fazendo pela pessoa somente as atividades que ela não consiga fazer sozinha. **Ressaltando sempre que não fazem parte da rotina do cuidador técnicas e procedimentos identificados com profissões legalmente estabelecidas, particularmente, na área de enfermagem** (BRASIL, 2009, p. 08, grifo nosso).

No primeiro trecho, o *Guia* enfatiza o papel do cuidador na manutenção e estímulo à preservação da autonomia do idoso: ele não deve executar as tarefas pelo idoso, apenas aquelas que não consiga realizar sozinho. A gerontóloga Célia Caldas (2004) denomina esta forma de cuidado como uma “anteposição libertadora”, uma vez que liberta o idoso para se autocuidar, posição que também se enquadra na “perspectiva mais ampla de cuidado” ressaltada pelo *Guia Prático do Cuidador*. Até este ponto da definição da função do cuidador, esse guia apenas ratifica o que vinha afirmando anteriormente acerca do cuidado. Mas é justamente a partir do trecho em destaque que se torna possível apontar alguns caminhos para a compreensão do porquê de o *Guia Prático do Cuidador* não tratar das outras formas de compreensão do cuidado.

Ora, o *Guia Prático do Cuidador* ressalta que não condizem com a rotina de trabalho do cuidador de idosos as “técnicas e procedimentos identificados com profissões legalmente estabelecidas, particularmente, na área de enfermagem” (BRASIL, 2009, p. 08). Essa afirmação pode suscitar, pelo menos, três interpretações:

a) O cuidador de idosos não pode ser confundido com os profissionais da área de enfermagem.

Nesse sentido, os cuidadores possuem um lugar diferente no campo do trabalho com o idoso, assumem obrigações diferentes e, assim, mobilizam saberes diferentes no exercício de sua atividade. Assim, o cuidado realizado pelo cuidador

não se confunde com o cuidado realizado pelos enfermeiros e outros profissionais de saúde, por seu um cuidado de natureza diversa.

b) Os cuidadores, ao contrário dos profissionais da área de enfermagem, não podem ser confundidos com estes, pois não têm formação técnica e teórica suficientes para realizar determinados procedimentos;

Com respeito a essa questão, ficou demonstrado em trabalho anterior (PORTO, 2010) que os cuidadores de idosos apresentavam uma lacuna de caráter formativo, no que concerne ao trabalho prescrito.

Neste trabalho, essa discussão foi retomada na análise dos temas *capacitação e capacidade* no *Manual do Cuidador da Pessoa Idosa* (variável M2), no campo do trabalho do cuidador. Demonstrou-se que o manual reconhece essa lacuna e, por isso mesmo, propõe-se a responder⁴² às suas necessidades na competência do cuidador de idosos quanto às normas antecedentes para seu trabalho. Ao que parece, o *Guia Prático do Cuidador* também reconhece essa lacuna, mas, em vez de tentar supri-la, concentra-se em reafirmar que os cuidadores não estão capacitados quanto ao primeiro ingrediente da competência para executar determinados procedimentos, eximindo-se da responsabilidade de fornecer-lhes essa capacitação. Nesta acepção, o cuidado não apenas é diverso entre o cuidador e os chamados profissionais da saúde: além de manifestar-se de forma diferente, cada um dos trabalhadores – o cuidador e o profissional da saúde – domina aquele tipo de cuidado e, portanto, não é necessário que o cuidador domine o cuidado específico da área da saúde e vice-versa.

c) Os cuidadores não podem realizar tais procedimentos, pois sua profissão não se equipara legalmente aos profissionais da área de saúde.

⁴² No final do capítulo analisado no *Manual do Cuidador da Pessoa Idosa*, há um quadro denominado “Observação importante”, que afirma: “Muitas vezes surgem dúvidas sobre as responsabilidades que o cuidador da pessoa idosa pode assumir. A CBO 2002 afirma que ‘no caso de atendimento a indivíduos com elevado grau de dependência, exige-se formação na área de saúde, devendo o profissional ser classificado na função de técnico/auxiliar de enfermagem’”. Conforme a CBO e o manual, portanto, apenas no atendimento a indivíduos com alto grau de dependência é que os cuidadores devem ter formação específica na área de saúde.

Aqui, entra uma questão jurídica: o fato de uma profissão ainda não ser reconhecida legalmente tem implicações trabalhistas, como, por exemplo, os cuidadores não serem representados por um sindicato que possa clamar por suas reivindicações, como o estabelecimento de um piso salarial, definição da jornada de trabalho etc. Por outro lado, um trabalho que ainda não é reconhecido legalmente não possui uma regulamentação quanto às exigências mínimas de formação para exercício da profissão, como, por exemplo, se o cuidador precisa ser técnico em enfermagem, se precisa passar por um curso de formação com o mínimo de carga horária teórica e prática etc.

Em suma, as três acepções expostas acima deixam entrever que **embora o cuidador de idosos assuma uma importância essencial no cuidado com o idoso na contemporaneidade, o seu trabalho não pode se equipar ao dos profissionais da área da saúde, seja por falta de formação técnica e teórica, seja por falta de regulamentação jurídica.** É possível confirmar essa compreensão no recorte discursivo retirado do tópico “O cuidador e a equipe de saúde”:

O ato de *cuidar* não caracteriza o *cuidador* como um profissional de saúde, portanto o *cuidador* não deve executar procedimentos técnicos que sejam de competência dos profissionais de saúde, tais como: aplicações de injeção no músculo ou na veia, curativos complexos, instalação de soro e colocação de sondas, etc.(BRASIL, 2009, p.10).

Assim, a reflexão acima parece sugerir que, por trás de uma “perspectiva de cuidado mais ampla”, o *Guia Prático do Cuidador* silencia os sentidos de cuidado concernentes ao saber mais teórico e técnico, próximos ao modelo médico do cuidado agudo referido por Agich (2008), conforme exposto no capítulo 2 deste trabalho. Dessa maneira, priva os cuidadores do conhecimento aos quais apenas os “profissionais de saúde legalmente estabelecidos” podem ter acesso, contribuindo para mantê-los com uma lacuna no que concerne ao saber formal. Conseqüentemente, o *Guia Prático do Cuidador* passa a acentuar a concepção ética de cuidado ao idoso, relegando a segundo plano os cuidados específicos para a manutenção da saúde, como demonstra este trecho do sumário:

Figura 8 – Recorte do Sumário do *Guia Prático do Cuidador*

Sumário	
10 Cuidados no domicílio para pessoas acamadas ou com limitações físicas.....	21
10.3 Cuidados com a boca	23
25 Uripem (sonda para urinar tipo camisinha).....	49
25.1 Cuidados no uso de uripem.....	50
27 Ostomia	51
27.1 Cuidados com gastrostomia.....	51
27.2 Cuidados com ileostomia, colostomia e urostomia.....	51
27.2.1 Cuidados com a bolsa	52
27.2.2 Quando trocar a bolsa	52
27.2.3 Cuidados no banho.....	53
30 Cuidados com a medicação	55

(BRASIL, 2009, p. 4).

Observado como se constitui discursivamente o silenciamento em relação ao cuidado, no *Guia Prático do Cuidador*, faz-se necessário também refletir sobre o acento apreciativo que recai sobre esse tema, quando entendido como um imperativo ético.

Para isso, é preciso levar em consideração quem é a pessoa cuidada, palavra cujo peso lexical, verificado em M1, também é bastante significativo ($Z=20,75$), sendo objeto de predileção no referido manual. Conforme mencionado anteriormente, para o manual, trata-se de uma pessoa “com algum tipo de incapacidade ou deficiência” (BRASIL, 2009, p. 5), em decorrência do processo de envelhecimento. O acento apreciativo que recai sobre o *cuidado* ou os *cuidados*, portanto, deve ser pensado em sua relação indissociável com o envelhecimento, pois o cuidado, aqui referido, é o cuidado com o idoso e para o idoso. Dessa maneira, não se pode negar que a maior consequência da incapacidade ou da deficiência do idoso é a dependência causada por essas condições, uma dependência que precisará ser cuidada:

Ao falarmos da relação entre o envelhecimento e a deficiência, trazemos à luz mais de uma situação que não só a da *pessoa que envelhece* com uma deficiência com a qual lidou durante toda a vida. [...] É necessário ponderar, ainda, as implicações da deficiência sobre os membros da família em si. Os seguintes casos podem ilustrar a dimensão do problema: a condição do sujeito que era independente e autônomo e, de repente, passa a apresentar uma condição de incapacidade e a depender de terceiros para suas atividades da vida diária, ocupando um novo lugar no arranjo familiar; a condição do sujeito que já apresentava uma deficiência, mas teve seu quadro clínico acentuado com o envelhecimento; a condição da mãe que possui um filho com deficiência, o qual é dependente da sua ajuda, e que

agora começa a perceber-se mais idosa e dependente de outros no *cuidado* com o filho devido a estar ela própria, atualmente, entrando numa condição de incapacidade; a condição do familiar que necessita afastar-se do trabalho para prover o *cuidado* a outros membros da família (BRASIL, 2009, p. 06).

Percebe-se que, no trecho citado, o *Guia Prático do Cuidador* aborda a questão do cuidado com o idoso incapacitado ou deficiente e, por consequência, dependente, em relação à família, referindo-se, especificamente, aos cuidadores familiares ou informais, isto é, àqueles membros da família que assumem os cuidados com o idoso informalmente, sem remuneração. Não obstante, em trecho posterior, na própria definição de cuidador de idosos trazida pelo manual, não fica claro que esse material foi produzido apenas para a orientação de cuidadores de idosos informais ou familiares:

Cuidador é um ser humano de qualidades especiais, expressas pelo forte traço de amor à humanidade, de solidariedade e de doação. A ocupação de *cuidador* integra a Classificação Brasileira de Ocupações – CBO sob o código 5162, que define o *cuidador* como alguém que ‘cuida 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’. **É a pessoa, da família ou da comunidade**, que presta cuidados à outra pessoa de qualquer idade, que esteja necessitando de cuidados por estar acamada, com limitações físicas ou mentais, **com ou sem remuneração** (BRASIL, 2009, p. 08, grifos nossos).

A falta de clareza com respeito ao interlocutor desse manual pode justificar a preocupação em acentuar que o cuidador não é um profissional de saúde, conforme observado em trechos anteriores do manual, mas “um ser humano de qualidades especiais”, que tem amor à humanidade e é solidário com o outro. Ressaltar esse traço de humanidade e solidariedade do cuidador, aliás, contribui para um afastamento da discussão sobre os direitos do cuidador enquanto um trabalhador, corroborando, desta maneira, para a manutenção de uma visão de Estado neoliberal, que pretende regular minimamente a sociedade, conforme discutido no capítulo 2. Perpetuando essa visão, o manual, fruto de uma política pública do Ministério da Saúde, acaba por adiar essa premente discussão, que culminará na regulamentação da profissão do cuidador de idosos no Brasil.

É interessante acrescentar, inclusive, que essa definição é bastante presente nos discursos dos cuidadores de idosos entrevistados, conforme foi demonstrado anteriormente, na análise das falas das cuidadoras C3 e C8, as quais acentuam o

amor e o carinho pelo idoso como essenciais para o bom exercício de seu trabalho. Entre as referidas “qualidades especiais” do cuidador de idosos, encontra-se o estímulo à conquista da autonomia por parte da pessoa cuidada:

O bom *cuidador* é aquele que observa e identifica o que a pessoa pode fazer por si, avalia as condições e ajuda a pessoa a fazer as atividades. **Cuidar não é fazer pelo outro, mas ajudar o outro quando ele necessita, estimulando a pessoa cuidada a conquistar sua autonomia**, mesmo que seja em pequenas tarefas. Isso requer paciência e tempo (BRASIL, 2009, p. 06, grifo nosso).

A preservação da autonomia do idoso, na realização das atividades da vida diária (AVDs), é crucial em um cenário marcado pela busca da qualidade de vida na velhice. Todavia, acometidos pelas doenças crônico-degenerativas, os idosos têm sua capacidade de tomada de decisões prejudicada⁴³. Nesse sentido, “quando o princípio da autonomia se torna impossível de existir por motivos biológicos – e não por um contexto social –, este deve ser substituído pela ética do cuidado”, cuja referência de moral está fundamentada na relação de solidariedade (SCHWANKE; *et. al.*⁴⁴, 2011).

No capítulo 2, foram apresentados alguns modelos de cuidado, dentre eles, a ética do cuidado, pensada no âmbito da Psicologia a partir das contribuições dos estudos feministas. De acordo com Gilligan (1982), a ética do cuidado entende que a moralidade é uma consequência da conexão e da responsabilidade que se estabelece entre as pessoas, sendo a comunicação fundamental tanto para interligação das pessoas quanto para a resolução de conflitos entre elas. Já na visão de Noddings (1984), os seres humanos possuem a virtude de agir de forma ética, a partir de um sentimento natural de cuidado pautado na lembrança de ter sido cuidado em algum momento de sua vida. Ainda, é preciso lembrar que a base para a reflexão dos estudiosos da ética do cuidado remonta à noção apresentada na Fenomenologia de Heidegger (2010), conforme já referido no capítulo 2.

A Fenomenologia, tal como pensada pelo filósofo alemão, preconiza que toda a investigação deva ser guiada pela ideia de que é preciso retornar à origem

⁴³ De fato, se a autonomia dos idosos fosse efetivamente preservada, muitos deles não dependeriam de seus familiares ou cuidadores e, ainda, muitos deles não encontrariam nas instituições geriátricas seus lares na velhice.

⁴⁴ Carla Helena Augustin Schwanke é doutora em Gerontologia Biomédica e professora do Programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica da PUC-RS.

histórica das categorias tradicionais para se compreender a existência e, assim procedendo, voltar às coisas mesmas. Nesse sentido:

‘Fenomenologia’ nem designa o objeto de suas investigações, nem é um termo que caracterize conteúdo material desse objeto. A palavra se limita a indicar *como* mostrar e tratar *o que deve* tratar-se nesta ciência. Ciência *dos* fenômenos quer dizer: tal forma de apreender seus objetos, que tudo o quanto esteja em discussão sobre eles tenha de tratar-se mostrando-o diretamente e demonstrando-o diretamente (HEIDEGGER, 2010, p. 45).

O filósofo (HEIDEGGER, 2010) esclarece então o que a fenomenologia deve permitir ver e o que significa mostrar-se expressamente:

Com evidência, aquilo que imediata e regularmente não se mostra, aquilo que, ao contrário, do que imediata e regularmente se mostra, está oculto, mas que também é algo que pertence por essência ao que imediata e regularmente se mostra, de tal sorte que constitui seu sentido e fundamento (HEIDEGGER, 2010, p. 46).

Compreendendo-se o ser humano como um *Ser-aí* ou um *Ser-no-mundo* que se manifesta ontologicamente enquanto um ente (representativo de todas as coisas do mundo, inclusive os outros homens), Heidegger (2006) defende que o cuidado precede o *Ser-aí*. Ou seja, antes mesmo da manifestação do ser humano enquanto *Ser-aí*, este é, por sua vez, um ser-cuidadoso, tendo em vista que o cuidado resume sua existência, pois faz parte de sua essência mesma.

Considerando-se o cuidado enquanto uma categoria própria do Ser, a noção de cuidado ético ultrapassa as bases da ética do cuidado, visto que assume a centralidade na discussão ontológica, isto é, na reflexão primeira sobre o homem enquanto um ser cuidadoso. Esse cuidado, explica o filósofo (HEIDEGGER, 2006), em estado de faticidade, é inautêntico, posto que o *Ser-aí* centra-se na preocupação com os utensílios a serem utilizados no cotidiano, existindo impessoalmente no mundo do ter-que-fazer. Ao ser lançado na existência, esse estar-no-mundo permite poder-ser o que se deseja, isto é, o *Ser-aí* passa a existir de maneira autêntica, livre, e o cuidado torna-se existencialidade, desvelando-o enquanto um ser-de-cura. Conformado à vida inautêntica, o *Ser-aí* permanece amarrado ao cotidiano, sendo conduzido à queda; por outro lado, enfrentando o estado de angústia, é convidado a lançar mão de seu poder de transcendência sobre si mesmo e sobre o mundo. Nessa projeção, o homem deixa de ser um ser solitário para estar com o outro, ou seja, para ser-com-o-outro.

Dentro de uma perspectiva ética, então, o cuidado é definido como um modo-de-ser zeloso com o outro. Ora, se o cuidado representa, fenomenologicamente, por um lado, a essência do próprio homem; por outro, essa categoria não pode estar dissociada da categoria de alteridade, visto que o homem é um ser social, e não há sentido em falar sobre o cuidado sem mencionar aquele que recebe o cuidado. Portanto, essencialmente, o homem coloca-se em relação ao outro e, dessa maneira, ascende ao Ser, ou marca seu lugar na existência:

O reconhecimento de que o ser-com-o-outro é parte constitutiva da própria existência abre espaço para o reconhecimento da alteridade como elemento essencial para uma análise fenomenológica da vida e de seus entes (SAMPAIO, 2012, p. 210).

Sendo assim, a partir dos preceitos da fenomenologia, em sua busca pela essência dos fenômenos, torna-se possível compreender o sentido da palavra *cuidado* enquanto *preocupação* ou *solicitude*. Não obstante, o homem contemporâneo tem-se afastado de sua essência cuidadosa, alienado pelo avanço técnico-científico, vivenciando o cuidado de forma inautêntica. É, pois, em busca de restabelecer os laços do *Ser-aí* com sua essência que o cuidado assume papel crucial na área da saúde e, com base nas concepções heideggerianas de ser-no-mundo e ser-cuidadoso, conquista seu lugar na ética médica:

Os compromissos morais fundamentais da ética do cuidado são consoantes com a prática médica, uma vez que dentro dos princípios da medicina e do cuidado do paciente está implícita a noção de que não se deve 'causar nenhum dano' e se deve responder às necessidades e vulnerabilidades do doente e à necessidade de que sua saúde seja restabelecida. Entretanto, os compromissos morais da ética do cuidado vão além destes princípios. Ela ultrapassa o cuidado em direção à cura física, para o cuidado à atenção integral ao paciente [...] Nesta linha de pensamento, a ética do cuidado do paciente ou de indivíduos mais vulneráveis, como é o caso dos idosos, transcende os profissionais da área da saúde e incluem outros agentes do cuidado (familiares e amigos) (SCHWANKE *et. al.*, 2011, p. 206).

Entre esses agentes do cuidado, encontra-se o cuidador, que vem assumindo papel central no cuidado diário de idosos conforme demonstrado, e, por isso, tem um peso lexical significativo em M1(Z=10,17). O *Guia Prático do Cuidador* ressalta que não há como cuidar sem considerar as particularidades de quem recebe o cuidado:

Cuidar é também perceber a outra pessoa como ela é, e como se mostra, seus gestos e falas, sua dor e limitação. Percebendo isso, o **cuidador** tem condições de prestar o **cuidado** de forma individualizada, a partir de suas idéias, conhecimentos e criatividade, levando em consideração as particularidades e necessidades da pessoa a ser cuidada. **Esse cuidado deve ir além dos cuidados com o corpo físico, pois além do sofrimento físico decorrente de uma doença ou limitação, há que se levar em conta as questões emocionais, a história de vida, os sentimentos e emoções da pessoa a ser cuidada** (BRASIL, 2009, p. 07, grifo nosso).

A partir do trecho destacado, o *Guia Prático do Cuidador* acentua, mais uma vez, em seu discurso, a supracitada “perspectiva mais ampla de cuidado”, que ultrapassa o corpo físico, englobando o ser humano em sua totalidade, a qual jamais poderia ser considerada em um modelo de cuidado agudo, centrado na cura da doença, já que, na velhice, as doenças crônico-degenerativas clamam por um cuidado que preserve o bem-estar integral do idoso, não obstante suas incapacidades. O cuidado ético, portanto, não está necessariamente atrelado ao cuidado de uma doença ou deficiência específica (embora não o ignore), mas a um cuidado que serve à manutenção da qualidade de vida do idoso. Dessa forma, o *Guia Prático do Cuidador* reitera o discurso especializado sobre o tema:

O **cuidar** é uma atividade que vai além do atendimento às necessidades básicas do ser humano no momento em que ele está fragilizado. É o **compromisso de cuidar** do outro que envolve também o autocuidado, a auto-estima, a auto-valorização e a cidadania do que cuida (CALDAS, 2004, p. 37, grifo nosso).

Como discutido anteriormente, para Heidegger (2010), o cuidado é o responsável pela existência autêntica do ser humano, isto é, comprometido com seu “ser-no-mundo”. Dessa maneira, através do cuidado, o cuidador de idosos assume um compromisso ético com a pessoa cuidada, o qual abre espaço para que, em certa medida, o idoso se liberte de sua própria fragilidade e possa viver com qualidade, bem como ajuda a constituir o próprio sujeito-cuidador enquanto um ser-cuidadoso.

Portanto, o acento apreciativo que recai sobre o termo *cuidar*, no *Guia Prático do Cuidador*, corrobora igualmente o posicionamento da ética do cuidado, tendo em vista que, na visão de Heidegger (2010), o cuidado autêntico permite à pessoa cuidada vir-a-ser melhor. Nessa acepção, torna-se possível pensar o estímulo à prática do autocuidado como um desdobramento do conceito heideggeriano:

O Guia Prático do *Cuidador* 2ª edição visa orientar todos aqueles que têm sob sua responsabilidade o *cuidado* de alguma pessoa com incapacidade ou deficiência. Busca, portando, propiciar maior segurança nas ações prestadas e, ainda, orientar os *cuidadores* para a prática do autocuidado. O autocuidado não se refere somente àquilo que a pessoa a ser cuidada pode fazer por si. Refere-se também aos cuidados que o *cuidador* deve ter consigo com a finalidade de preservar a sua saúde e melhorar a qualidade de vida (BRASIL, 2009, p. 06).

Assim, fica demonstrado que o *Guia Prático do Cuidador* (BRASIL, 2009) acentua discursivamente a concepção de *cuidado enquanto um imperativo ético*, preconizando a relação afetuosa e solidária entre o cuidador e a pessoa cuidada, sem a qual o Cuidado, essencialmente, não faz sentido. Se, por um lado, o cuidado é um ato de amor e solicitude junto ao outro, o autocuidado do cuidador representa, para o manual, a sua própria essência:

Autocuidado significa cuidar de si próprio, são as atitudes, os comportamentos que a pessoa tem em seu próprio benefício, com a finalidade de promover a saúde, preservar, assegurar e manter a vida. Nesse sentido, o cuidar do outro representa a essência da cidadania, do desprendimento, da doação e do amor. Já o autocuidado ou cuidar de si representa a essência da existência humana (BRASIL, 2009, p. 7).

É, pois, em torno do tema do autocuidado que emerge o sentido de cuidado preventivo. O ato de se cuidar é uma forma de manter a saúde e a qualidade de vida do cuidador e da pessoa cuidada, caso ela ainda consiga realizar essas atividades de autocuidado. Não obstante, no *Guia Prático do Cuidador*, o autocuidado é um tema que se desenvolve, sobretudo, com vistas a orientar o próprio cuidador para o autocuidado, daí sua necessidade de tratar o tema no capítulo intitulado “O autocuidado”, mas também de retomá-lo adiante, em “Cuidando do cuidador”:

7 Cuidando do cuidador

A tarefa de cuidar de alguém geralmente se soma às outras atividades do dia-a-dia. O cuidador fica sobrecarregado, pois muitas vezes assume sozinho a responsabilidade pelos cuidados, soma-se a isso, ainda, o peso emocional da doença que incapacita e traz sofrimento a uma pessoa querida. Diante dessa situação é comum o cuidador passar por cansaço físico, depressão, abandono do trabalho, alterações na vida conjugal e familiar. A tensão e o cansaço sentidos pelo cuidador são prejudiciais não só a ele, mas também à família e à própria pessoa cuidada. Algumas dicas podem ajudar a preservar a saúde e aliviar a tarefa do cuidador:

- O cuidador deve contar com ajuda de outras pessoas, como a ajuda da família, amigos ou vizinhos, definir dias e horários para cada um assumir parte dos cuidados. Essa parceria permite ao cuidador ter um tempo livre para se cuidar, se distrair e recuperar as energias gastas no ato de cuidar do outro; peça ajuda sempre que algo não estiver bem.

- É fundamental que o cuidador reserve alguns momentos do seu dia para se cuidar, descansar, relaxar e praticar alguma atividade física e de lazer, tais como: caminhar, fazer ginástica, crochê, tricô, pinturas, desenhos, dançar, etc. O cuidador pode se exercitar e se distrair de diversas maneiras [...] (BRASIL, 2009, p. 11).

Observa-se nesse excerto que o autocuidado do cuidador influenciará diretamente na sua forma de prestar um bom cuidado ao idoso. Por outro lado, o texto é claramente escrito para cuidador familiar, informal, ou que presta assistência na residência do idoso, uma vez que o cuidador formal que trabalha em instituições geriátricas não pode contar com o apoio da família, vizinhos e amigos, ou deliberar a outrem as suas tarefas. O autocuidado do cuidador que trabalha nas instituições não pode ser desenvolvido durante o seu turno de trabalho, repleto de tarefas e cuidados a serem dispensados a um número significativo de idosos, com diversos graus de dependência. Assim, a orientação sobre a importância do autocuidado para esse cuidador que trabalha nas instituições geriátricas deve adequar-se ao seu cotidiano, na medida em que precisará ser feito fora do ambiente de trabalho, para que atinja de forma eficaz o que se entende por cuidado preventivo.

A adoção de um modelo de cuidado preventivo com o idoso, conforme a proposta de Veras (2009), em nenhum momento é mencionada no manual. De fato, observam-se ações pontuais de prevenção relativas ao autocuidado do cuidador. Isso vem ratificar que a prevenção e a sua efetivação no cuidado ainda não funcionam nem no plano discursivo, tampouco na realidade do trabalho do cuidador: a importância da prevenção no cuidado com o idoso ainda não chegou ao *Guia Prático do Cuidador*, que, ao tratar dos cuidados mais específicos da saúde, concentrar-se-á em orientações paliativas de cuidado agudo, conforme será demonstrado mais adiante, na análise do campo da saúde.

Quanto aos cuidadores que exercem seu ofício nas instituições geriátricas, o modelo biomédico de cuidado agudo é o único possível, na medida em que, nas instituições geriátricas públicas ou filantrópicas, a prevenção custa muito caro ao Governo; por outro lado, esses cuidadores manifestam um cuidado holístico e também ético em seu discurso, o que permite afirmar que há uma circulação de acentos apreciativos em torno do tema *cuidado*, no campo do trabalho do cuidador.

A convivência, nesse campo da atividade humana, entre acentos apreciativos diversos para o mesmo tema – o cuidado – permite entrever que tal embate discursivo é reflexo e refração da própria realidade do envelhecimento acelerado no

Brasil, país que precisa tomar iniciativas urgentemente no âmbito social e de saúde, para assegurar a preservação da dignidade humana aos seus velhos e aos seus cuidadores. É preciso refletir sobre qual será o modelo de cuidado a ser seguido nos manuais de orientação dos cuidadores de idosos, uma vez que estes se tornarão, cada vez mais, os principais agentes de cuidado na sociedade brasileira.

No início deste capítulo, foi explicitado que a lematização para o campo do trabalho do cuidador incluiu tudo o que envolve o trabalho do cuidador, a exemplo das tarefas cotidianas, dos cuidados gerais, dos sentimentos e sensações do cuidador e do idoso e do envelhecimento humano. Ao serem retirados os cuidados gerais do campo do trabalho do cuidador, ocorre uma mudança significativa no peso do vocabulário em M1, M2 e M3, conforme o gráfico 8 abaixo, em comparação ao gráfico 7:

**Gráfico 7 –
Campo do Trabalho do Cuidador**

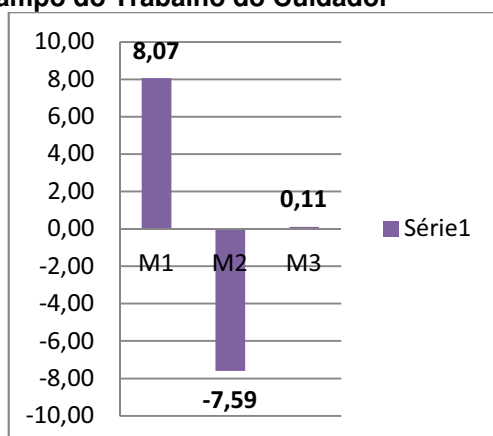
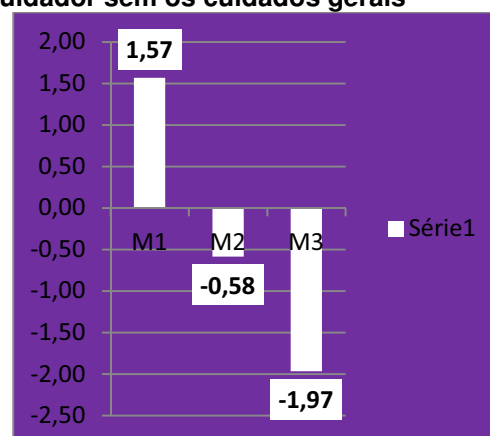


Gráfico 8 – Campo do Trabalho do Cuidador sem os cuidados gerais



Observa-se que M1 sofre uma mudança do vocabulário preferencial (8,07) para o vocabulário básico de tendência positiva (1,57), ou seja, ao serem retirados os cuidados do discurso do campo do trabalho do cuidador, esse campo passa a ser formado por itens lexicais que tendem a dar suporte ao vocabulário preferencial e a diferenciar o vocabulário de base, conferindo-lhe um caráter temático e de formação gramatical. Isso significa que as orientações para o trabalho do cuidador, em M1, estão basicamente centradas na relação entre o cuidador, os cuidados e a pessoa cuidada. Sem os cuidados, o peso lexical de M1 recai sobre os itens que estão servindo de base para os cuidados, ou seja, que estão direta ou indiretamente ligados aos cuidados, a exemplo dos itens a seguir:

Tabela 13 – Campo do Trabalho do Cuidador em M1, sem os cuidados

Palavras	Ocorrência	M1	Z1
Ajuda	160	34	1,01
Fazer	202	36	-0,12
Casa	80	13	-0,44
Situação	74	10	-1,04
Você	149	22	-1,07
Pessoas	198	27	-1,65
Familiares	107	12	-1,86

Neste sentido, torna-se possível afirmar que a compreensão do enunciado do *Guia Prático do Cuidador*, construído sobre os temas do campo do trabalho do cuidador, de fato, dá-se a partir da análise da relação entre os cuidados, o cuidador e a pessoa cuidada. A construção desse enunciado sob as bases dessa tríade demonstra que o campo do trabalho do cuidador, nesse manual, caracteriza-se, sobretudo, pelas orientações destinadas aos cuidadores de idosos acerca dos cuidados com o idoso, sendo o cuidado definido de maneira ética, enquanto solicitude e responsabilidade sobre a pessoa cuidada.

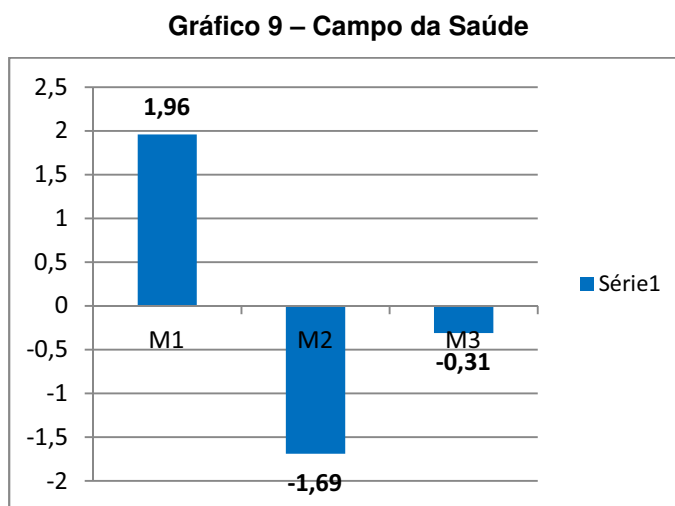
Ao atribuir esse acento apreciativo para o tema do cuidado, o *Guia Prático do Cuidador* silencia seus outros sentidos, os quais foram recuperados pela análise ergolinguística do enunciado, fazendo emergir sua própria natureza constitutiva, em permanente diálogo com as vozes de cuidadores e da literatura especializada na área. Diante do exposto, resta ao manual definir-se de maneira mais apropriada sobre qual a acepção de cuidado é preciso fazer chegar ao cuidador real, a fim de preencher as lacunas de sua competência enquanto trabalhador.



5.2 Campo da Saúde

O segundo campo da atividade humana a ser analisado neste trabalho é o campo da saúde, o qual foi composto pela lematização de 1840 itens lexicais, nas três variáveis analisadas – M1, M2 e M3. Os itens lexicais escolhidos para compor o campo da saúde foram aqueles mais específicos da área, incluindo os problemas de saúde ou doenças crônicas que normalmente assolam a velhice, bem como os procedimentos ou técnicas de cuidado com o idoso e também os comportamentos preventivos para a promoção da saúde na velhice (envelhecimento saudável).

A partir dessa lematização, nas três variáveis, o gráfico 9, abaixo, foi gerado, revelando o comportamento desses itens lexicais no campo da saúde, em cada uma das variáveis.



O gráfico 9 mostra os seguintes valores: enquanto M1 localiza-se no vocabulário básico de tendência positiva (1,96), o qual tende a dar suporte ao vocabulário preferencial e a diferenciar o vocabulário de base, conferindo-lhe um caráter temático e de formação gramatical, M2 (-1,69) encontra-se no vocabulário básico de tendência negativa, fazendo contrapeso a M1. Já M3 (-0,31) está localizado no vocabulário fundamentalmente básico, constituído por palavras nocionais fundamentais e que servem de suporte para a construção do texto.

A partir da análise do campo do trabalho do cuidador, ficou evidenciado que o acento apreciativo do *Guia Prático do Cuidador* (M1) recai sobre as orientações destinadas aos cuidadores de idosos no que concerne ao exercício de seu trabalho, sobretudo aos cuidados gerais. Desta maneira, é de se esperar que os temas referentes aos demais campos das atividades humanas analisados – o campo da

saúde e o campo jurídico – sirvam de base para o campo do trabalho do cuidador na construção discursiva desse manual. Ainda segundo o gráfico 9, a variável M2, representativa do *Manual do Cuidador da Pessoa Idosa*, cujos temas eram objeto de descarte ou rejeição no campo do trabalho do cuidador, apresenta temas que formam uma base para a construção discursiva desse manual no campo da saúde. Por fim, M3 mantém-se, a exemplo do campo do trabalho do cuidador, no vocabulário fundamentalmente básico, o que pode indicar pouca precisão na utilização dos temas no campo da saúde no *Manual para Cuidadores de Idosos*. Desta forma, o gráfico 9 permite entrever que as três variáveis de análise apresentam, em sua base, uma discussão em torno dos temas da saúde, embora esse campo da atividade humana não seja privilegiado em nenhuma delas.

De qualquer maneira, é premente observar a qualidade do léxico que representa, no campo da saúde, cada uma das variáveis acima, por número de ocorrência nos textos, com seus respectivos pesos:

Tabela 14 – Lematização Manuais: Campo da Saúde

Palavras	Ocorrência	M1	Z1	M2	Z2	M3	Z3
Tratamento	95	6	-2,99	89	3,64	0	---
Doença	85	13	-0,68	72	1,44	0	---
Medicamentos	81	15	0,08	60	-0,92	6	1,87
Problemas	79	1	-3,89	68	1,68	10	4,36
Doenças	64	6	-1,82	55	1,49	3	0,48
Sintomas	64	10	-0,53	54	1,18	0	---
Depressão	63	3	-2,76	59	2,96	1	-0,85
Comunicação	59	6	-1,59	53	2,15	0	---
Urina	58	21	3,57	36	-2,99	1	-0,76
Causas	56	4	-2,14	52	2,65	0	---
Fratura	5	2	1,27	3	-0,99	0	---
Grau de dependência	5	0	---	5	---	0	---
Abertura cirúrgica	1	1	2,12	0	---	0	---
Abscesso cerebral	1	0	---	1	---	0	---
Administrar remédios	1	0	---	1	---	0	---

Em M1, os itens lexicais expostos na tabela 14 possuem um peso ora marcado positivamente, a exemplo de: *medicamentos* (0,08), *fratura* (1,27) e *urina* (3,57), ora negativamente, como em: *sintomas* (-0,53), *doença* (-0,68), *comunicação* (-1,59), *tratamento* (-2,99), *depressão* (-2,76) e *problemas* (-3,89), entre outros. Em conjunto, esses itens lexicais totalizaram o peso lexical da variável M1, situada no

vocabulário básico de tendência positiva, marcado por palavras temáticas e de formação gramatical, neste caso, representado por todos os substantivos expostos na tabela 8, com exceção de *grau de dependência* e *abscesso cerebral*, que não aparecem nessa variável.

Já M3, tanto no campo do trabalho do cuidador, analisado anteriormente, quanto no campo da saúde, centrou-se no vocabulário fundamentalmente básico, localizando-se próximo à mediana 0. O item lexical *problemas* (4,36) é o único que aparece na variável M3, na tabela acima, como privilegiado; *medicamentos* (1,87) insere-se no vocabulário básico de tendência positiva; já os demais, *doenças* (0,48), *urina* (-0,76) e *depressão* (-0,85), são ilustrativos do vocabulário fundamentalmente básico, no qual se concentram a maior parte dos itens dessa variável, no campo da saúde. É interessante observar que o item lexical *problemas*, isoladamente, possui pouca precisão temática, associando-se a outros itens para se definir enquanto um tema no campo da saúde, como se observa nos recortes abaixo:

ALIMENTAÇÃO E HIDRATAÇÃO

Qual a importância da alimentação na nossa saúde? Como deve ser uma alimentação saudável? Como conseguir uma alimentação adequada diante de **problemas** importantes de saúde? [...]

MOBILIDADE

Você sabia que muitos **problemas** acontecem pelo longo período de imobilidade no leito? Ficar acamado por um período prolongado pode levar a vários **problemas** como: circulatórios (inchaço, varizes, trombose), dermatológicos (úlceras de pressão), respiratórios (acúmulo de secreção, dificuldade para tossir, infecções respiratórias), osteomuscular (dor, atrofia muscular, osteoporose, contraturas, deformidades), urinário (cálculo-renal, infecções, perda involuntária de **urina**), gastrointestinal (perda de apetite, constipação, perda involuntária de fezes) e até mesmo psicológicos (**depressão**, desânimo e ansiedade) (TRELHA *et. al.*, 2007, p. 13-15, grifos nossos).

Nos capítulos “Alimentação e hidratação” e “Mobilidade”, do *Manual para Cuidadores de Idosos*, percebe-se que todos os problemas referidos condizem a problemas de saúde, sejam eles de natureza biológica ou psicológica. Contudo, no excerto acima, os temas *urina* e *depressão* é que são facilmente identificáveis como pertencentes ao campo da saúde, não obstante seu peso lexical não seja privilegiado. Desta forma, depreende-se que, na variável M3, as palavras mais representativas do campo da saúde, pelo seu conteúdo temático, não possuem

expressividade suficiente para elevar o peso lexical total dessa variável para o vocabulário preferencial.

Outro item em destaque na tabela 14, na variável M3, é *medicamentos* (1,87). O *Manual para Cuidadores de Idosos* traz um capítulo sobre esse tema, o qual é representativo de sua discussão no campo da saúde e, desta forma, traz consigo vários outros temas nesse campo da atividade humana, expostos a seguir:

MEDICAMENTOS

Quais problemas os **medicamentos** podem nos causar? Como fazer para tomar tantos **remédios** ao mesmo tempo? Quais os cuidados que devemos ter para garantir o **uso adequado dos remédios**?

Muitos **problemas de saúde** dos indivíduos idosos necessitam da **utilização contínua de medicamentos**. Eles são importantes e mudam a qualidade da nossa vida. Porém, alguns **medicamentos** podem provocar **complicações graves**, principalmente em **pacientes idosos**. Os **remédios** podem gerar **problemas no sistema digestivo** como esofagite, gastrite, constipação e diarreia. No **sistema nervoso** podem alterar o **nível de consciência**, deixando o paciente mais sonolento, esquecido e com alucinações ou tremores. O sono também pode ser alterado com os **medicamentos**, assim como o equilíbrio e o risco de cair. Existem **medicamentos** que aumentam o inchaço nas pernas, que fazem as pernas doerem ou que pioram o controle do diabetes. Enfim, são inúmeras as possibilidades de problemas oriundos do uso de medicamentos em idosos, no entanto eles são muito importantes para o controle das **doenças crônicas** e para a **promoção da saúde**. Diante da necessidade do **uso de medicamentos** devemos seguir alguns princípios básicos, para que eles consigam atingir os seus objetivos sem gerar problemas:

1 Use somente **medicamentos** que foram indicados pelos **profissionais de saúde**. A auto-medicação é uma prática muito comum e perigosa no nosso meio.

2 Organize adequadamente a rotina de utilização dos remédios. Muitas vezes serão necessárias a utilização de tabelas, listas, ou separação em recipientes diferentes para cada momento.

3 Certifique-se da necessidade do uso junto às refeições. Cada remédio tem uma particularidade em relação a que horas e com o que devem ser tomados.

4 Controle a utilização de analgésicos e sedativos. Comumente somos exagerados na utilização destes **grupos de medicamentos**.

5 Respeite o **tempo indicado para o tratamento**. Os antibióticos deverão ser utilizados até o último dia indicado pelo médico. Suspender o uso precocemente só vai trazer **problemas** mais para a frente.

6 Tente entender qual a finalidade de cada medicamento utilizado. O próprio paciente deverá ser o principal gerenciador de sua prescrição.

7 Fique atento para as interações entre os medicamentos. Um remédio que já é conhecido e bem tolerado pode apresentar problemas quando utilizado concomitante a outras drogas, gerando as **interações medicamentosas**.

8 Saiba que os **medicamentos fitoterápicos e 'naturais'** também podem gerar **problemas** para o nosso organismo. Estes **grupos de medicamentos** também estão associados à **complicações orgânicas** (TRELHA *et. al.*, 2007, p. 19-20, grifos nossos).

No referido capítulo do *Manual para Cuidadores de Idosos*, as orientações voltadas para os cuidadores são essencialmente em torno do uso adequado dos medicamentos pelos idosos, e as informações fornecidas pelo manual visam a preparar o cuidador para ter os cuidados básicos necessários com esse uso. Aos itens constantes na tabela 14 acima, na variável M3, da qual faziam parte os *problemas* (4,36) e os *medicamentos* (1,87), somam-se os demais temas no campo da saúde destacados em negrito no excerto acima e expostos na tabela 15 a seguir:

Tabela 15 – Campo da Saúde em M3

Palavras	Ocorrência	M3	Z3
Medicamentos	81	6	1,87
Remédios	18	2	1,73
Uso adequado dos remédios	1	1	5,20
Problemas de saúde	17	2	1,82
Utilização contínua de medicamentos	1	1	5,20
Complicações graves	2	1	3,54
Pacientes idosos	2	1	3,54
Problemas no sistema digestivo	1	1	5,20
Sistema nervoso	3	1	2,78
Nível de consciência	4	1	2,31
Doenças crônicas	10	1	1,10
Promoção da saúde	4	1	2,31
Uso de medicamentos	6	1	1,73
Profissionais da saúde	19	2	1,64
Grupos de medicamentos	2	2	7,36
Tempo indicado para o tratamento	1	1	5,20
Interações medicamentosas	3	1	2,78
Medicamentos fitoterápicos e 'naturais'	1	1	5,20
Complicações orgânicas	1	1	5,20

De acordo com a tabela 15, todos os itens lexicais em destaque, no capítulo intitulado “Medicamentos”, do *Manual para Cuidadores de Idosos*, configuram-se como temas no campo da saúde e se enquadram ora no vocabulário preferencial, como: *complicações graves* e *pacientes idosos* (3,54), *sistema nervoso* e *interações medicamentosas* (2,78), *nível de consciência* e *promoção da saúde* (2,31), *grupos de medicamentos* (7,36), sendo altamente privilegiados; ora no vocabulário básico de tendência positiva, a exemplo de: *medicamentos* (1,87), *remédios* e *uso de medicamentos* (1,73), *problemas de saúde* (1,82), *doenças crônicas* (1,10), *profissionais de saúde* (1,64). Há que se considerar, também, os itens: *utilização*

contínua de medicamentos, problemas no sistema digestivo, tempo indicado para o tratamento, medicamentos fitoterápicos e “naturais” e complicações orgânicas (5,20), os quais se destacam por serem representativos do vocabulário particular, configurando-se como hápax, exclusivos da variável M3, sendo, por isso, bastante temáticos e ilustrativos do campo da saúde no Manual para Cuidadores de Idosos.

Como se vê, o capítulo “Medicamentos” do *Manual para Cuidadores de Idosos* apresenta uma preocupação com o *uso adequado dos remédios*, de maneira a evitar os ditos *problemas de saúde*, ou as *complicações graves* no estado de saúde biológica dos *pacientes idosos*. Segundo o manual, a *utilização contínua dos medicamentos* objetivam o controle das *doenças crônicas* e, conseqüentemente, a *promoção da saúde* do idoso cuidado, apesar das complicações graves que tais remédios pudessem causar aos idosos.

Dentre essas complicações, o manual elenca tanto aquelas que podem afetar o sistema digestivo quanto as que podem prejudicar o sistema nervoso, embora não especifique que tipos de remédios podem causar essas complicações, que são de naturezas diferentes. Assim, a breve exemplificação das complicações graves e dos problemas advindos do uso de remédios pelo *Manual para Cuidadores de Idosos*, através de temas específicos do campo da saúde, não cumpre sua função informativa ao cuidador, uma vez que a explicação é genérica e vaga. Deste modo, a falta de propriedade na construção discursiva do manual, no que concerne ao campo da saúde, não se dá pela falta de utilização de temas pertencentes a esse campo da atividade, mas sim pela pouca precisão na utilização desses temas para orientar os cuidadores de idosos, o que confirma o peso lexical que essa variável assumiu no gráfico 9.

Após a exposição das complicações graves que alguns remédios podem causar, o manual passa a listar alguns princípios básicos a serem dominados pelo cuidador no que diz respeito ao uso de medicamentos pelo idoso. Com exceção dos princípios 4 e 6, os demais se referem à importância da gestão do cuidador para a adequada administração dos remédios: a organização para não misturar as drogas, o controle dos horários, o respeito ao tempo de tratamento (quando utilizados antibióticos), o cuidado com a administração de medicamentos prescritos somente por profissionais de saúde, evitando a automedicação do idoso, bem como a medicação indevida, por parte do cuidador (que não é um profissional de saúde),

inclusive através de remédios fitoterápicos ou considerados “naturais”, a fim de evitar as *interações medicamentosas*.

Já no item 4, o *Manual para Cuidadores de Idosos* chama atenção do cuidador para controlar o uso de dois grupos de medicamentos: os analgésicos e os sedativos, comumente administrados de forma exagerada. Esta recomendação está em relação dialógica com as orientações anteriores contidas no mesmo manual, as quais alertam sobre o uso contínuo de medicamentos e suas possíveis complicações graves.

Sabe-se que o uso exagerado de analgésicos pode provocar problemas no sistema digestivo e, por outro lado, o uso de sedativos pode provocar complicações no *nível de consciência* do idoso, deixando-o “mais sonolento, esquecido e com alucinações ou tremores” (TRELHA *et. al*, 2007, p. 19). Não obstante, o cuidador de idosos pode não dominar essa informação e, ainda, o manual não ressalta que o uso de sedativos, que são os remédios controlados (tarja preta), além de provocarem a sonolência, o esquecimento, alucinações e tremores, podem abalar a autonomia do idoso, na medida em que também podem afetar o seu desempenho motor e cognitivo de maneira geral. Além disso, esses medicamentos necessitam de acompanhamento constante por parte dos profissionais de saúde, uma vez que o seu uso contínuo gera dependência. Todas essas informações, no entanto, são omitidas no manual.

No item 6, o manual afirma que cuidadores precisam entender a finalidade de cada medicamento e que os próprios pacientes idosos deverão ser os principais gerentes de sua prescrição. Questiona-se de que forma o cuidador de idosos poderá se preparar teoricamente sobre a finalidade desses medicamentos, se essas informações não lhe são fornecidas pelo manual, que deveria funcionar como a prescrição para o exercício de sua atividade. Por outro lado, para os idosos serem os principais gerentes de sua prescrição, eles precisam ter independência e autonomia. Caso isso não ocorra, esse idoso corre o risco de trocar as medicações, ou ainda, de se automedicar indevidamente. O manual, aliás, toma como pressuposto que esses *pacientes idosos* são pessoas que podem ter seu *nível de consciência* afetado pelos próprios medicamentos. Nesse sentido, ficam comprometidos tanto a viabilidade de tal orientação de estímulo à autonomia quanto um possível benefício atribuível à autogestão da medicação, por parte do idoso.

Parece que o manual tenta disfarçar a perda da autonomia do idoso, como forma de se adequar ao discurso que apregoa a sua preservação como o principal caminho de manutenção da qualidade de vida na velhice. Dessa forma, no entanto, o manual delega, ao idoso, uma tarefa que ele, muitas vezes, não é capaz de assumir, pondo em risco sua própria saúde. Na verdade, o manual não defende essa autonomia do idoso, na medida em que o compreende enquanto um ser dependente e doente, conforme o capítulo sobre “Alimentação e Hidratação”:

Hoje sabemos que a nossa condição de saúde depende muito do nosso padrão alimentar. Podemos viver mais e melhor se conseguirmos seguir uma dieta saudável. Uma dieta saudável terá que contemplar uma quantidade grande de frutas, verduras e cereais - o ideal seria de 5 a 9 porções por dia. Não adiantará comer uma boa quantidade de vegetais se exagerarmos nos alimentos gordurosos, principalmente as gorduras saturadas (gordura de origem animal) e as transaturadas (gordura de origem industrial). Não podemos nos esquecer de uma boa quantidade de líquidos, como os chás, sucos, água, sopas, entre outros. **Mas se já é difícil seguir um padrão de dieta saudável para pessoas que estão com boa saúde, em indivíduos com grandes problemas de saúde, acamados, esquecidos ou deprimidos esta tarefa parece ser muito mais trabalhosa** (TRELHA *et al.*, 2007, p. 13).

O manual ratifica a importância de seguir uma dieta saudável para viver mais e com melhor qualidade. De acordo com o trecho destacado em negrito, no entanto, o padrão de dieta saudável já é difícil de ser seguido por pessoas com boa saúde, quiçá por aqueles que não têm saúde. Essa comparação pode ser compreendida pela relação de alteridade que o manual estabelece para definir o Eu – o ser saudável e jovem – do Outro – os idosos enfermos, com problemas de saúde, acamados, esquecidos (abandonados pela família, pela sociedade, isolados, asilados) e deprimidos. Em outras palavras, o idoso é compreendido como o sujeito que carrega, com a velhice, as doenças crônicas, agudas e psicológicas e, por isso, é trabalhoso (para quem cuida) estabelecer com esse paciente uma dieta saudável. A sua saúde bucal, igualmente, deve ser “adequada ao seu nível de dependência” (TRELHA *et al.*, 2007, p. 17). De acordo com o manual, portanto, não existem idosos que não tenham, ao menos, certo grau de dependência.

Ainda no que se refere ao capítulo do manual dedicado à saúde bucal do idoso, preconiza-se que a ela é parte importante na manutenção da qualidade de vida na velhice:

Os cuidados com a saúde bucal de idosos são muito importantes para a manutenção da sua qualidade de vida, mesmo entre aqueles que já perderam dentes ou usam pontes ou dentaduras. Uma pessoa que tem bons dentes ou próteses é capaz de se alimentar melhor, sorrir, conversar e se relacionar com outras pessoas com mais segurança, conforto e prazer (TRELHA *et. al.*, 2007, p.17).

É interessante notar que em todo o manual, esse é o único trecho em que se menciona a qualidade de vida na velhice. O tema *qualidade de vida* (-0,25) encontra-se no vocabulário fundamentalmente básico nessa variável e pode ser compreendido como uma conquista adquirida pelos cuidados com a saúde bucal dos idosos, a qual facilita a alimentação adequada, bem como a convivência social desse segmento populacional, de maneira que a saúde, neste caso, é também sinônimo de “segurança, conforto e prazer” na hora de o idoso se alimentar e se relacionar socialmente. As orientações dadas pelo manual à higiene bucal dos idosos, portanto, possuem a finalidade de instruir os cuidadores para a adequada limpeza da boca e das próteses, a fim de prevenir doenças, como o câncer de boca, mas também têm o intuito de ultrapassar a manutenção da saúde física, proporcionando ao idoso um bem-estar social.

A qualidade de vida e a prevenção no cuidado com o idoso, no entanto, são mencionadas apenas nesse trecho, fazendo emergir predominantemente um sentido de saúde como manutenção do corpo físico, ou como ausência de doenças, conceito que, como se discutiu, não é adequado para a compreensão da saúde na velhice (VERAS, 2009). Ainda, de acordo com Veras (2012), a prevenção é uma alternativa urgente para lidar com as doenças crônicas que assolam a maior parte dos idosos no Brasil, não obstante ela seja mencionada apenas duas vezes no *Manual para Cuidadores de Idosos*, como prevenção ao câncer de boca, referido anteriormente, e no trecho a seguir, do capítulo “Mobilidade”:

MOBILIDADE

Você sabia que muitos problemas acontecem pelo longo período de imobilidade no leito? Ficar acamado por um período prolongado pode levar a vários problemas como: circulatórios (inchaço, varizes, trombose), dermatológicos (úlceras de pressão), respiratórios (acúmulo de secreção, dificuldade para tossir, infecções respiratórias), osteomuscular (dor, atrofia muscular, osteoporose, contraturas, deformidades), urinário (cálculo renal, infecções, perda involuntária de urina), gastrointestinal (perda de apetite, constipação, perda involuntária de fezes) e até mesmo psicológicos (depressão, desânimo e ansiedade). O posicionamento adequado no leito associado a um programa de exercícios físicos é fundamental para a **prevenção**. Para isso devemos seguir algumas dicas:

- 1 Utilize o auxílio de coxins, travesseiros, camas adequadas para manter os segmentos corpóreos e articulações o mais próximo da postura normal;
- 2 Diminua progressivamente o tempo de repouso no leito, levando-se em conta a condição clínica do idoso. Passar um período de tempo sentado é muito importante;
- 3 Realize as mudanças de posição frequentemente. O ideal é de duas em duas horas (TRELHA *et. al.*, 2007, p.15-16 grifo nosso).

A prevenção, de acordo com o manual, é essencial para evitar vários problemas de saúde (respiratórios, circulatórios etc.). Desta forma, observa-se que a prevenção, no referido manual, é exclusivamente relacionada à manutenção da saúde física do idoso acamado, no capítulo “Mobilidade”, ou à manutenção da saúde bucal, como forma de prevenir o câncer de boca ou outras doenças que afetem a cavidade oral, conforme visto no capítulo “Saúde bucal”. A prevenção é lançada no manual como uma possível solução para evitar problemas decorrentes da falta de mobilidade, ou da falta de higiene bucal, sendo esses problemas, necessariamente, problemas de saúde, ou melhor, problemas relativos a doenças. Além de se restringir a essas duas temáticas, a prevenção não aparece, em nenhum momento nesse manual, como a chave para um cuidado adequado com o idoso, segundo a proposta de Veras (2012), posto que a prevenção é bastante pontual no discurso do *Manual para Cuidadores de Idosos*, não abrangendo uma gama de cuidados integrados entre si.

Para finalizar a discussão sobre o tratamento dispensado pelo *Manual para Cuidadores de Idosos* aos temas no campo da saúde, cabe observar as figuras ilustrativas⁴⁵ a seguir:

⁴⁵ Em todos os outros capítulos do manual, essas ilustrações aparecem, ora na introdução do capítulo, ora na conclusão. Essas figuras não serão abordadas aqui, visto que não interessam à análise do campo da saúde e, como será demonstrado, elas são meramente ilustrativas.

Figura 9 – ALIMENTAÇÃO E HIDRATAÇÃO

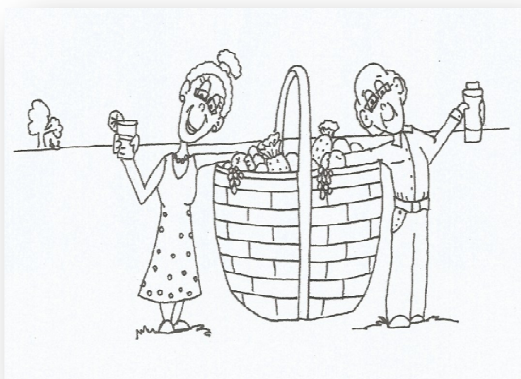


Figura 10 – MOBILIDADE



Figura 11 – SAÚDE BUCAL

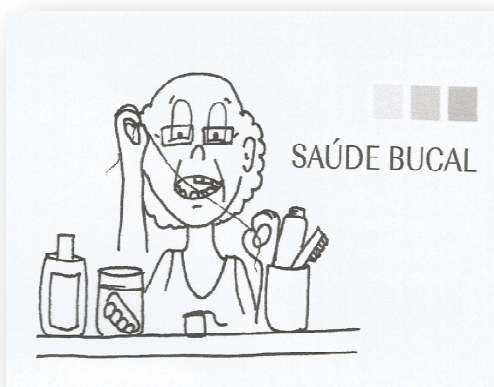
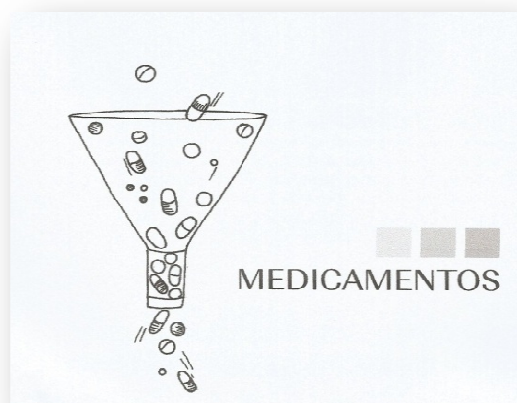


Figura 12 – MEDICAMENTOS



A figura 9 finaliza o capítulo “Alimentação e Hidratação” do manual; as demais são ilustrações que abrem os textos dos outros capítulos destinados ao campo da saúde no *Manual para Cuidadores de Idosos*, as quais aparecem acima do título, como é o caso da figura 10, do capítulo de “Mobilidade”, ou ao lado do título, a exemplo das figuras 11 e 12, que ornamentam os capítulos de “Saúde bucal” e “Medicamentos”, respectivamente. Diante da presença dessas figuras, não se pode ignorá-las na análise discursiva do *Manual para Cuidadores de Idosos*, visto que elas podem auxiliar na construção do sentido do todo desse enunciado.

A figura 9 sugere um casal de idosos que carrega para um piquenique uma cesta repleta, aparentemente, de frutas e legumes, sendo que cada um deles segura um copo com algum líquido (a idosa parece beber um suco ou refresco; o idoso, não se sabe), confirmando o que o texto do manual traz sobre a importância do consumo de muito líquido por parte dos idosos. Em termos de proporção no desenho, a cesta

é bem grande, atingindo praticamente a altura dos ombros dos idosos, o que ratifica a necessidade de consumir “uma quantidade grande de frutas, verduras e cereais” (TRELHA *et. al.*, 2007, p.13), para seguir uma dieta saudável.

A figura 10 ilustra o quarto do idoso, que está sentado em sua cama, enquanto o cuidador, sentado à sua frente, estica-lhe uma das pernas. O esforço feito pelo idoso para esse aparente alongamento é percebido através da sua língua na lateral da boca, bem como pelos pingos de suor acima de sua cabeça. No capítulo em que essa figura aparece, o manual trata da mobilidade como forma de evitar problemas de saúde de ordens diversas para os idosos acamados por um período prolongado, através da mudança de posição no leito e de um programa de exercícios físicos. Embora o esforço do idoso, representado na figura, esteja associado aos exercícios físicos referidos no texto verbal, nada mais é mencionado pelo manual acerca desse programa de exercícios, uma vez que seu texto se concentra no posicionamento adequado do idoso na cama e na importância da frequente mudança de posição de seu corpo. Diante disso, nem o texto verbal nem o visual agregam novas informações para o cuidador sobre os exercícios a serem feitos no idoso acamado.

A figura 11 ilustra um idoso ou uma idosa utilizando o fio dental, em seu banheiro, no momento de higiene bucal. Na base da figura, estão ilustrados os instrumentos a serem utilizados por essa pessoa para a escovação: escova e pasta de dentes, o fio dental, a prótese embebida em um copo d'água e o que simula um enxaguante bucal. A figura é ilustrativa de apenas duas, das nove dicas apresentadas no texto verbal do capítulo “Saúde bucal”, conforme se constata nos trechos grifados a seguir:

1 Observe a presença de dentes quebrados cariados ou amolecidos, sangramento, mau hálito, além de manchas, caroços e feridas na boca. Essas situações precisam ser avaliadas por um dentista para a prevenção do câncer bucal, perda dos dentes, dores e infecções.

2 Os dentes devem ser escovados com escova macia (para não ferir a gengiva).

3 Use o fio-dental mesmo com poucos dentes presentes, evitando inflamações na gengiva.

4 A língua deve ser cuidadosamente escovada a cada dois ou três dias.

5 Em idosos sem dentes, as bochechas, a gengiva e o céu da boca devem ser suavemente massageados com a escova ou com uma gaze umedecida com água ou soro fisiológico após as refeições.

6 Para aquelas pessoas que usam próteses, após todas as refeições elas devem ser removidas para a higiene, momento no qual o cuidador poderá verificar se há trincas ou quebras que possam machucar.

7 A higiene das próteses deve ser feita com um creme dental normal ou com sabão neutro e uma escova dental pequena, para limpar também a parte interna e os cantos.

8 As próteses devem ser escovadas o mais próximo possível da pia, ou com a cuba cheia de água, para evitar quebrar em caso de quedas.

9 Quando forem observadas manchas e crostas nas próteses, pode-se deixá-las durante a noite em um recipiente com uma parte de água sanitária, duas partes de água filtrada e, caso as manchas não desapareçam após a escovação, um dentista deverá ser consultado para avaliar a real condição dessas próteses (TRELHA et. al., 2007, p. 18).

Fica claro que a figura 11 é representativa da dica de número 3. Ainda, pode ser inferida uma relação entre o copo d'água com a prótese e a dica 9, mas as informações da dica não ficam explícitas no desenho. As demais dicas são silenciadas na figura 11, o que permite questionar sua real função nesse capítulo.

Finalmente, a figura 12 é a representação de um funil cheio de remédios, que são despejados em sua extremidade mais larga, atravessando-o e caindo por seu lado mais estreito. Conforme analisado anteriormente no capítulo “Medicamentos” do *Manual para Cuidadores de Idosos*, as orientações presentes ali visam a alertar o cuidador sobre o uso adequado da medicação pelos idosos, preparando-o para alguns cuidados básicos que condizem com a administração de remédios. A observação da figura 12, que acompanha o título do capítulo, no entanto, não sinaliza, ao leitor, qualquer informação sobre o uso adequado de medicamentos, a importância de evitar a automedicação ou as interações medicamentosas, entre outras informações constantes no capítulo, expostas anteriormente. A partir da figura 8, é possível inferir que na velhice (?) são utilizados muitos remédios que não devem ser tomados ao mesmo tempo: embora todos sejam inseridos na extremidade larga do funil, é aos poucos que eles serão administrados. Ainda que o cuidador faça essa inferência, a figura não servirá para chamar sua atenção, na medida em que não carrega, em si, informações, tampouco ilustra as importantes palavras que vêm em seguida no capítulo do manual.

Com relação ao texto verbo-visual, Brait (2009) ressalta que se trata de um enunciado concreto em que palavras e imagens participam de forma equivalente na construção do seu projeto discursivo. Mediante essa definição e as observações feitas acima sobre as figuras 9, 10, 11 e 12 do *Manual para Cuidadores de Idosos*, depreende-se que essas ilustrações não assumem uma posição de equilíbrio com o texto verbal desse manual, de maneira que excluí-las pouco alteraria a produção de sentido desse enunciado. Em outros termos, as ilustrações expostas anteriormente

não estabelecem relações dialógicas (e, portanto, de sentido) com o texto do manual e, por consequência, não servem para constituir sentidos sobre as orientações do manual para o cuidador de idosos. A proposta do manual de ilustrar seus capítulos não ultrapassa a função de adorno, de maneira que o enunciado verbo-visual não cumpre sua finalidade.

Nesse sentido, o espaço que poderia ser destinado às orientações escritas, para os cuidadores, é ocupado por figuras ilustrativas de pouca serventia. Esses desenhos, inclusive, são infantis e até caricaturais, enquanto o texto é simples e carente de muitas informações, assumindo, em cada capítulo, a forma de introdução geral sobre o assunto para, em seguida, fornecer dicas ao cuidador sobre como lidar com as questões abordadas. Essas características do *Manual para Cuidadores de Idosos* acabam por aproximá-lo das cartilhas⁴⁶, as quais fornecem algumas informações importantes para os cuidadores, ao mesmo tempo em que silenciam outras que poderiam lhes servir para preencher sua lacuna no que concerne ao trabalho prescrito para sua atividade. Mas, conforme demonstrado no gráfico 9, o campo da saúde não é privilegiado em M3, e a análise qualitativa do discurso contida nesse campo corrobora os dados quantitativos do referido gráfico.

A segunda variável a ser analisada, no campo da saúde, é a M1, que no gráfico 9 apresentou um peso lexical de 1,96, isto é, os itens lexicais pertencentes ao campo da saúde, nessa variável, servem apenas de base para a sua construção discursiva, não apresentando força temática significativa no conjunto de temas elencados no manual. Não obstante, ainda assim a presença do campo da saúde na base da construção discursiva do manual precisa ser discutida. Para tanto, serão retomados alguns itens lexicais expostos na tabela 16, na variável M1, acrescidos de outros itens que representam o campo da saúde no *Guia Prático do Cuidador*.

Tabela 16 – Campo da Saúde em M1

Palavras	Ocorrência	M1	Z1
Tratamento	95	6	-2,99
Doença	85	13	-0,68
Medicamentos	81	15	0,08

⁴⁶ Mozdzenski (2006) faz uma importante retomada histórica sobre as cartilhas enquanto um gênero, para analisar as cartilhas jurídicas, cujo objetivo é instruir o cidadão leigo através de resumos ou explicações sobre a lei, muitas vezes utilizando a estratégia de pergunta-resposta, entre outras, inclusive com o uso de recursos visuais, como os desenhos, caricaturas etc.

Problemas	79	1	-3,89
Sintomas	64	10	-0,53
Depressão	63	3	-2,76
Equipe de saúde	62	48	12,10
Comunicação	59	6	-1,59
Urina	58	21	3,57
Causas	56	4	-2,14
Dor	55	5	-1,74
Dificuldades	54	8	-0,64
Saúde	47	12	1,31
Qualidade de vida	36	8	0,63
Hipoglicemia	27	6	0,55
Perda	25	6	0,76
Escaras	18	12	5,34
Ostomia	14	13	7,25
Uripem	12	11	6,61
Atividades físicas	8	3	1,42
Saudáveis	7	3	1,70
Abertura cirúrgica	1	1	2,12

De acordo com o que se observa na tabela 16, apenas os itens lexicais *equipe de saúde* (12,10), *ostomia* (7,25), *uripem* (6,61), *escaras* (5,34) e *urina* (3,57) possuem um peso lexical que os eleva ao vocabulário preferencial; o item *abertura cirúrgica* (2,12) é representativo do vocabulário particular (hápax), sendo também bastante temático. No entanto, nota-se que a maior parte dos itens lexicais presentes na tabela 10 encontra-se no vocabulário básico de tendência positiva, a exemplo de *saudáveis* (1,70), *atividades físicas* (1,42), *saúde* (1,31); no vocabulário fundamentalmente básico: *perda* (0,76), *qualidade de vida* (0,63), *hipoglicemia* (0,55), *medicamentos* (0,08), *sintomas* (-0,53), *dificuldades* (-0,64), *doença* (-0,68); no vocabulário básico de tendência negativa: *comunicação* (-1,59) e *dor* (-1,74); por fim, alguns itens estão no vocabulário diferencial: *causas* (-2,14), *depressão* (-2,76), *tratamento* (-2,99) e *problemas* (-3,89).

Antes de analisar como os itens lexicais privilegiados no campo da saúde, em M1, realizam-se em temas, no enunciado do *Guia Prático do Cuidador*, é importante lembrar que, em sua maioria, os temas relativos a esse campo da atividade humana concentram-se entre os capítulos 10 e 15 do manual, bem como dos capítulos 20 a 31. Os demais capítulos concentram seus temas de discussão nos campos do

trabalho do cuidador e no campo jurídico⁴⁷. Dito isto, faz-se necessário observar de que maneira esses temas aparecem no capítulo intitulado “Ostomia”, cujo recorte é apresentado abaixo:

27 Ostomia

Ostomia é uma **abertura cirúrgica** realizada na parede do abdome para ligar o estômago, ou parte do intestino ou a bexiga, com o meio externo. Existem dois tipos de **ostomia**: para eliminação de fezes e **urina** ou para administrar alimentação. A **ostomia** intestinal e urinária tem uma coloração rosada, brilhante e úmida e a pele ao seu redor deve estar lisa sem vermelhidão. Dependendo do lugar onde foi realizada a abertura a **ostomia** recebe um nome:

- Gastrostomia ou jejunostomia - liga o estômago ou o jejuno à parede do abdome e serve para alimentar a pessoa por meio da sonda.
- Ileostomia ou colostomia – liga uma parte do intestino à parede do abdome e serve para eliminar fezes.
- Urostomia - liga a bexiga à parede do abdome e serve para eliminar **urina** (BRASIL, 2009, p.51, grifos nossos).

Na introdução do capítulo 27 do *Guia Prático do Cuidador*, o manual apresenta ao leitor a definição de ostomia e seus tipos, que variam de acordo com o local de realização da abertura cirúrgica, bem como seu aspecto em termos de coloração, umidade e características da pele ao seu redor. Todos os temas destacados em negrito apareceram na tabela 10 como vocábulos preferenciais, sendo *abertura cirúrgica* um hápax, também essencialmente temático. Outros temas expressivos do campo saúde também podem ser destacados nesse capítulo: *intestino* (5,23), *ileostomia* ou *colostomia*, *urostomia* e *parede do abdome* (todos com peso 4,25), *estômago* (3,61), *gastrostomia* (2,18), para citar alguns exemplos.

Diante disso, torna-se possível afirmar que o capítulo “Ostomia”, do *Guia Prático do Cuidador*, é representativo do tratamento dos temas de privilégio no campo da saúde, nesse manual. Esses temas, conforme se observa, são relativos a informações técnicas específicas da área de saúde, isto é, são utilizados na construção discursiva do manual para a orientação dos cuidadores no que concerne aos cuidados necessários com o idoso que houver se submetido a qualquer tipo de ostomia. Esses cuidados são divididos em dois grupos: aqueles que se referem aos cuidados com a gastrostomia e os que condizem com as demais ostomias, tendo em vista que a primeira possui a finalidade de alimentar o idoso via sonda, e as demais,

⁴⁷ Essa divisão é didática e facilita a compreensão de como o manual fornece as orientações de acordo com os campos da atividade humana. Não obstante, é evidente que os temas cruzam todo o discurso do manual, até porque os campos da atividade humana analisados se interpenetram.

a eliminar as excreções, através de urina ou fezes. Os cuidados com a gastrostomia são expostos adiante:

27.1 Cuidados com gastrostomia

- Limpe com água filtrada sem esfregar a pele em volta da ostomia, retirando secreção ou sujidade.
- Lave sonda com uma seringa de 50 ml com água, em um único jato.
- Antes de alimentar a pessoa pela sonda, teste a temperatura do alimento no dorso da mão.
- Injete o alimento lentamente na sonda.
- Observe se a pessoa apresenta barriga estofada, sensação de barriga cheia, ou diarreia. A diarreia pode ser causada pela composição do alimento ou pela administração muito rápida do alimento. Essas ocorrências devem ser comunicadas à equipe de saúde.
- Atentar para não injetar líquidos, alimentos ou água na via da sonda que serve para manter o balonete de fixação inflado.
- Caso a sonda saia, não tente reposicioná-la. Entre em contato com a equipe de saúde e feche o orifício.
- Comunique também à equipe de saúde caso observe saída de secreção ou da dieta pelo local de inserção da sonda (BRASIL, 2009, p.51).

De forma detalhada, o *Guia Prático do Cuidador* explica o passo a passo dos cuidados com a gastrostomia, desde a limpeza da pele e da sonda à administração do alimento. Ainda, o manual antecipa, ao cuidador, possíveis ocorrências com o idoso que se alimenta dessa maneira, além de preveni-lo sobre a importância de ele não reposicionar a sonda, caso ela saia de seu lugar, comunicando essa e outras intercorrências mais sérias à equipe de saúde. Como se vê, o referido capítulo, voltado especificamente para o tratamento de temas, no campo da saúde, objetiva preparar o cuidador de idosos para certos procedimentos técnicos que, se bem orientados, poderão ser realizados normalmente por ele, sem a necessidade de recorrer, para isso, à equipe de saúde, que deverá ser acionada mediante o surgimento de problemas ou o enfrentamento de procedimentos mais complexos.

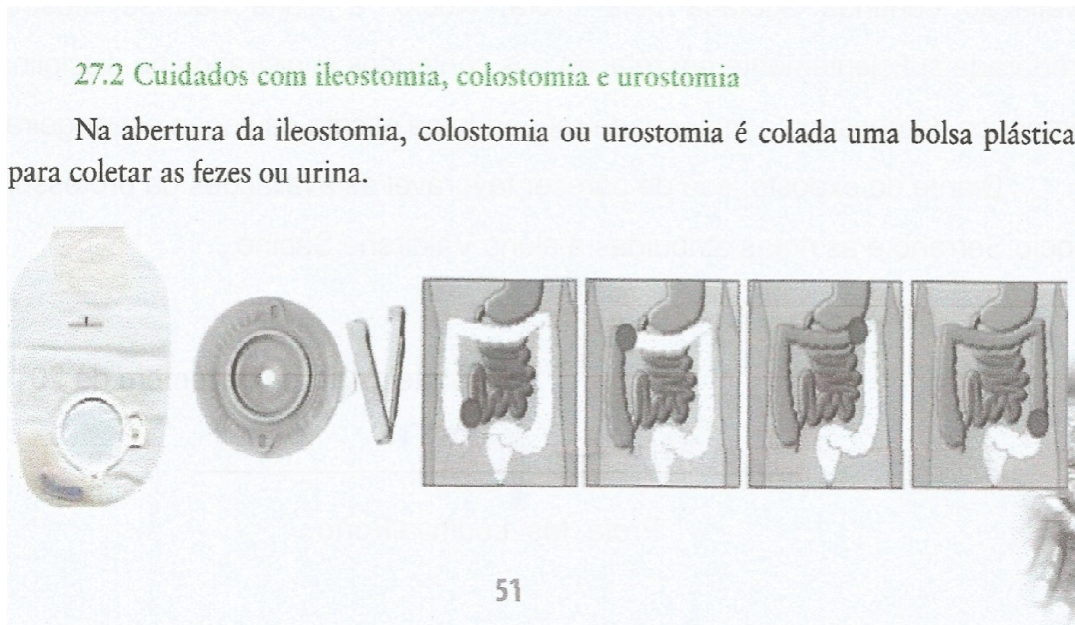
Por outro lado, o cuidador de idosos poderia objetar-se a realizar esse procedimento, a fim de não se arriscar com determinadas técnicas para as quais não foi preparado. Em trabalho anterior (PORTO, 2010), isso ficou demonstrado quando da análise do domínio dos procedimentos de cuidado imediato por parte de duas cuidadoras da I2. Ambas, ao se depararem com uma queda de um idoso ou com uma convulsão, não se sentiram capazes de realizar os procedimentos de cuidado imediato, cujo propósito é de “evitar complicações graves ou a morte da pessoa cuidada” (BRASIL, 2009, p. 56), delegando-os à equipe de saúde da instituição.

Se, por um lado, as cuidadoras não souberam empregar ações para resolver os problemas surgidos na atividade, por outro, fizeram bons usos de si mesmas mediante essas dramáticas, na medida em que demonstraram uma compreensão ativa das emergências e, por isso, preparam respostas através de atos concretos de linguagem: seus pedidos de ajuda desencadearam as ações de cuidado imediato por parte da equipe de saúde da instituição. Para tanto, as cuidadoras lançaram mão do segundo ingrediente da competência, aprendido no exercício de sua atividade e na dinâmica da instituição onde trabalham; não obstante, permitiram entrever suas limitações no que compete ao primeiro ingrediente da competência.

Nesse sentido, se, hipoteticamente, não houvesse algum profissional de saúde presente nesses momentos delicados, de que forma as cuidadoras agiriam? É evidente que elas não conseguiriam realizar os procedimentos de cuidado imediato, visto que não dominam esse saber formal e, por consequência, isso poderia ameaçar a vida do idoso. Assim, uma efetiva apropriação desse saber, por parte das cuidadoras, deixa de ser um fator extraordinário em sua formação, para assumir o lugar de essencial no trato diário com o idoso, seja ele institucionalizado, ou não.

O *Guia Prático do Cuidador* posiciona-se dialogicamente em relação a muitos cuidadores que não dominam os procedimentos técnicos de saúde, a exemplo das duas cuidadoras entrevistadas no Recife. O dialogismo instituído entre o *Guia Prático do Cuidador*, que é um discurso escrito, e os seus potenciais interlocutores, os cuidadores de idosos, estabelece-se através da compreensão das limitações desses trabalhadores quanto ao saber formal para sua atividade. É para esses interlocutores que vivenciam situações concretas de emergência, ou que requerem o domínio de técnicas de cuidado próprias da área da saúde, que o manual dirige a sua palavra. Desta forma, o *Guia* antecipa suas limitações e dificuldades, responde as suas lacunas quanto ao saber formal, refuta a realização de procedimentos sem o preparo necessário, a qual poderia pôr em risco os idosos cuidados, ao mesmo tempo em que busca, na compreensão do cuidador, o apoio para entranhá-lo na comunicação verbal ininterrupta sobre o tema, na medida em que é ele o protagonista da situação concreta de seu trabalho. Mediante o reconhecimento dialógico desse interlocutor potencial, o *Guia* detalha as instruções técnicas de saúde, inclusive utilizando ilustrações que ajudam o cuidador a visualizar os procedimentos sobre os quais se refere:

Figura 13 – Cuidados com ileostomia, colostomia e urostomia



Conforme demonstra a figura 13, os tipos de ostomia que visam à eliminação de excreções recebem uma bolsa coletora, ilustrada à esquerda na figura. Ao seu lado, encontra-se a ostomia ampliada e, nos quatro quadros à direita, ela é mostrada em cada parte do intestino: da ileostomia (íleo) às colostomias (no cólon ascendente, transversal e descendente, respectivamente). Não obstante, o *Guia* omite a figura ilustrativa da urostomia, e a ausência de legendas abaixo das ilustrações dificulta a compreensão do cuidador. De qualquer maneira, essa ilustração pode ajudá-lo a entender que a ileostomia e a colostomia podem ser feitas em diferentes partes do intestino, de forma que a bolsa coletora será localizada em pontos diferentes do abdome, embora os cuidados com a higienização da bolsa, descritos no item seguinte, sejam os mesmos.

As ilustrações da bolsa coletora e da própria ostomia ampliada permitem que o cuidador passe a ter uma ideia visual desse procedimento com o qual pode vir a se deparar no cuidado com o idoso. Diante da carência desse profissional em termos de saber formal para sua atividade e da falta de acesso ao trabalho prescrito, a utilização da linguagem verbo-visual parece ser uma iniciativa interessante e didática, por parte do manual, na medida em que visualizar determinados procedimentos técnicos em saúde pode transmitir mais segurança ao cuidador com relação às ações a serem realizadas diante de certas dramáticas que possam surgir no exercício laboral. Assim, diferentemente do *Manual para Cuidadores de Idosos*,

que apresenta figuras majoritariamente ilustrativas, as figuras no *Guia Prático do Cuidador* são bastante significativas para a construção dos sentidos de seu enunciado verbo-visual. Noutro capítulo, é possível observar essa utilização das figuras como ilustrativas do enunciado verbal:

Figura 14 – Uripen



Dedicado a esclarecer o cuidador sobre o *uripen* (6,61), o capítulo 25 do *Guia Prático do Cuidador* acrescenta ao texto verbal uma fotografia desse tipo de sonda, acompanhada da mangueira que é ligada na bolsa coletora de urina. A fotografia, nesse caso, é um recurso visual pertinente, porque ilustra o texto verbal. Por outro lado, acredita-se que a construção do enunciado verbo-visual deveria ter ocorrido igualmente no capítulo 24, que apresenta a sonda vesical de demora (sonda de Foley), sobretudo porque, logo adiante, no capítulo 27, são apresentadas as ostomias e, entre elas, a urostomia, que, como a sonda vesical de demora, liga a bexiga ao exterior para a eliminação de urina. Contudo, nem a sonda vesical de demora nem a urostomia são ilustradas ou fotografadas pelo *Guia*, comprometendo a construção do sentido por parte do cuidador, que pode ser levado a tomar uma pela outra.

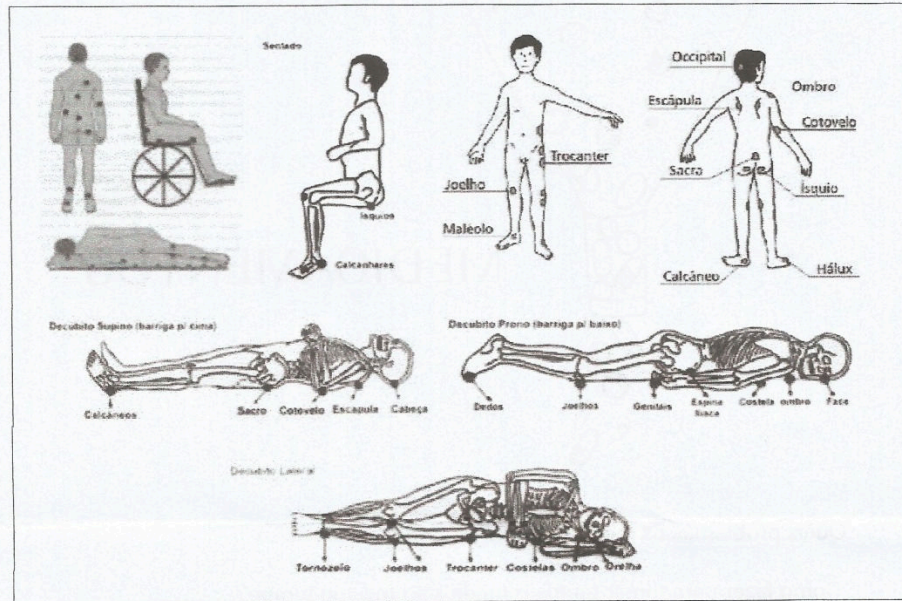
Em outro capítulo que apresenta mais alguns temas privilegiados no campo da saúde, o *Guia Prático do Cuidador* traz as informações sobre as úlceras de pressão, ou *escaras* (5,34), recorrendo igualmente às ilustrações:

Figura 15 – Úlcera de pressão/escaras/feridas

23 Úlcera de Pressão/ Escaras/ Feridas

As escaras são feridas que surgem na pele quando da pessoa que permanece muito tempo numa mesma posição. É causada pela diminuição da circulação do sangue nas áreas do corpo que ficam em contato com a cama ou com a cadeira.

Os locais mais comuns onde se formam as escaras são: região final da coluna, calcanhares, quadril, tornozelos, entre outros, conforme indica a figura a seguir:



Na explicação fornecida pelo manual, as escaras, ou úlceras de pressão, são ferimentos causados pela permanência da pessoa em uma mesma posição por um período de tempo, por falta de circulação sanguínea adequada. Além de definir as escaras, o manual elenca os locais do corpo onde elas geralmente ocorrem, utilizando-se da figura para mostrar ao cuidador esses locais e, ainda, associando os locais de ocorrência das úlceras à posição em que a pessoa se encontra. Na parte superior da ilustração, as escaras são ilustradas em um sujeito sentado e em um sujeito em pé (de frente e de costas); na parte inferior, a figura é ilustrativa de um esqueleto humano em diferentes posições de decúbito (deitado de várias formas). Em ambas as ilustrações, as úlceras de pressão recebem legendas referentes às regiões do corpo em que aparecem.

Nesse capítulo, como se observa, o *Guia Prático do Cuidador* lança mão, realmente, de um texto verbo-visual, na medida em que tanto a linguagem verbal quanto a linguagem visual contribuem, na mesma medida, para a construção dos sentidos por parte do cuidador de idosos. O texto verbal (explicação inicial) é

seguido do texto visual (figuras), que também é composto por texto verbal (legendas). Sem as figuras, as legendas não produziriam sentidos; na ausência das figuras, o texto verbal não poderia ter seus sentidos visualmente construídos pelo cuidador de idosos. Assim, o texto verbal, a figura e as legendas formam o enunciado como um todo, e qualquer uma das partes, deslocadas do campo da saúde no *Guia Prático do Cuidador*, ou deslocadas para qualquer outro enunciado, não constituiriam um enunciado concreto (BRAIT, 2009).

Se, nos demais capítulos analisados no campo da saúde, no *Guia Prático do Cuidador*, o manual sinalizara a construção de um enunciado verbo-visual, apresentado em trechos de outros capítulos, como no capítulo 27 (Ostomia), ou usando fotografias para ilustrar o texto verbal, como no capítulo 25 (Uripem), é possível atestar a realização do enunciado verbo-visual no capítulo 23, que trata das escaras. É interessante observar que o manual lança mão desse tipo de enunciado apenas quando se refere a temas bastante específicos na área da saúde, auxiliando, assim, o cuidador leigo ou que carece de maior formação no que condiz ao primeiro ingrediente de sua competência. Por outro lado, a ausência do texto visual nos demais capítulos do campo da saúde analisados podem comprometer a construção de sentidos por parte do cuidador, sendo possível, inclusive, levá-lo a uma interpretação inadequada.

Ora, se os enunciados verbo-visuais são tão importantes para a formação técnica dos cuidadores de idosos, isto é, se as ilustrações assumem um caráter instrutivo e prescritivo para o trabalho do cuidador, qual seria uma possível razão de o *Guia Prático do Cuidador* se fazer valer de um enunciado verbo-visual apenas em alguns excertos? Acredita-se que essa pergunta só pode ser respondida através de uma compreensão dialógico-discursiva do manual, visto que a construção do enunciado, no campo da saúde, está intrinsecamente relacionada à compreensão de saúde trazida por ele.

Para compreender o acento apreciativo que recai sobre o tema da *saúde* (1,31) no *Guia Prático do Cuidador*, faz-se necessário recorrer ao fio dialógico que estabelece com outros temas: *saudáveis* (1,70), *qualidade de vida* (0,63) e *equipe de saúde* (12,10). Em sua apresentação, o *Guia* menciona o tema da saúde duas vezes e uma vez como *problemas de saúde* (-0,68):

Apresentação

Nos últimos anos, em consequência de diversos fatores, tais como a melhoria das condições sanitárias e de acesso a bens e serviços, as pessoas têm vivido mais tempo. Os avanços na área da **saúde** têm possibilitado, inclusive, que mesmo as pessoas que possuem alguma condição incapacitante, tenham uma sobrevida maior. Porém, diante da situação atual de envelhecimento demográfico, aumento da expectativa de vida e o crescimento da violência, algumas demandas são colocadas para a família, a sociedade e o Poder Público, a fim de proporcionar melhor qualidade de vida para as pessoas com algum tipo de incapacidade ou deficiência. [...]

Ao falarmos da relação entre o envelhecimento e a deficiência, trazemos à luz mais de uma situação que não só a da pessoa que envelhece com uma deficiência com a qual lidou durante toda a vida. Devemos considerar que o envelhecimento pode facilitar o surgimento de deficiência física, intelectual ou sensorial, já que a deterioração de alguns sistemas corporais como o visual e o auditivo, o sistema musculoesquelético e, ainda, o sistema nervoso levam a deficiências que costumam reduzir a **qualidade de vida** do indivíduo, facilitar o surgimento de doenças e, até mesmo, contribuir para a redução do número de anos vividos. As desvantagens visuais e auditivas, bem como em relação à força muscular e reflexos de equilíbrio que as pessoas idosas possuem em relação às mais jovens, podem ser causa de isolamento social e dependência. As quedas em idosos constituem uma causa importante de deficiência, onde sequelas de fraturas e outras lesões adquiridas costumam levar o indivíduo à imobilidade e desencadear outros **problemas de saúde**, piorando cada vez mais a sua condição de dependência de cuidados. [...]

O envelhecimento saudável pode propiciar um atraso nas perdas geradas pelo processo de envelhecer, mas para que se envelheça dignamente e com **saúde** é necessário que os processos educacionais em relação à alimentação saudável e atividade física e intelectual, tornem-se parte da educação de todo o cidadão brasileiro, o que, num futuro, poderá vir a contribuir com a criação de programas preventivos da deficiência associada ao envelhecer [...] (BRASIL, 2009, p.5-6, grifos nossos).

De acordo com a apresentação do *Guia Prático do Cuidador*, o tema *saúde* é utilizado inicialmente para se referir à área das ciências da saúde, a qual avançou nos últimos anos, proporcionando a longevidade e, com ela, a sobrevida de muitos idosos incapacitados e dependentes. Diante desse cenário, é premente a busca pela *qualidade de vida* na velhice, na medida em que o envelhecimento é visto como uma fase do ciclo de vida que facilita o surgimento de deficiências múltiplas, e estas, por sua vez, ameaçam a longevidade e o bem-estar da pessoa durante esse período. Segundo o manual, a deterioração do organismo como um todo pode levar ao isolamento social, à dependência e ao agravamento do estado de saúde, visto que facilita a ocorrência de quedas, cujas consequências, como fraturas e lesões, podem desencadear outros *problemas de saúde* e gerar, assim, mais dependência.

Ao se referir sobre os avanços na área da saúde, o *Guia* associa a longevidade às incapacidades e às dependências e ratifica esse paralelo quando

trata de qualidade de vida em contraposição às deficiências múltiplas. É notável que o enunciado do *Guia* reflete a literatura sobre o tema na área da Gerontologia, ao reconhecer a longevidade como consequência dos avanços na área da saúde (CÂMARA; SILVA, 2013), não obstante, a refração desse discurso reduz as doenças crônicas não transmissíveis às doenças incapacitantes, já que o “envelhecimento pode facilitar o surgimento de deficiência física, intelectual ou sensorial”. É nesse sentido que o manual toma como objetivo principal “orientar todos aqueles que têm sob sua responsabilidade o cuidado de alguma pessoa com incapacidade ou deficiência” (BRASIL, 2009, p. 6).

Em nenhum momento, ao longo da apresentação do manual, aliás, fala-se em doenças crônicas, omissão que ratifica a compreensão de envelhecimento, por parte do *Guia*, enquanto uma fase da vida marcada por incapacidades. As perdas são mencionadas, inclusive, como os verdadeiros alvos de combate do envelhecimento saudável, uma vez que envelhecer com saúde é retardar essas perdas através da alimentação saudável, de atividades físicas e intelectuais, proporcionadas por uma adequada educação que sirva para contribuir para a criação de programas preventivos da deficiência associada à velhice.

À medida que o *Guia* evidencia a necessidade de uma educação geral da população para vislumbrar um futuro envelhecimento saudável, isto é, um envelhecimento que combata as deficiências, por outro lado, silencia que o envelhecimento é um tema complexo e multifacetado e, no Brasil, assume a particularidade de ter ocorrido de forma muito rápida nos últimos anos. Em outras palavras, o *Guia* trata o envelhecimento saudável como se o Brasil ainda pudesse esperar para colher os frutos de uma educação cidadã de combate à deficiência, quando, na verdade, envelhecer não significa necessariamente viver com incapacidades e dependências.

Além disso, acredita-se que para lidar com o envelhecimento no Brasil é preciso investir em dois vieses: no combate aos problemas decorrentes da mudança na pirâmide demográfica brasileira, enfrentados no cotidiano por milhares de idosos brasileiros, de diferentes classes sociais e com diversos problemas de saúde, mediante um sistema de saúde e uma sociedade excludentes; para prevenir futuros problemas, ou ainda o agravamento dessa situação de exclusão, preparando o país, em termos sociais, psicológicos, de saúde e de linguagem. É para isso que concorrem as diversas disciplinas que buscam a compreensão do envelhecimento

humano no Brasil, procurando contribuir para a discussão em torno do tema, a partir de seus diferentes pontos de vista.

Não obstante, o *Guia Prático do Cuidador* não discute essa concepção mais ampla de envelhecimento, de maneira que o acento apreciativo que recai sobre o tema *qualidade de vida* está integrado à manutenção da saúde física na velhice, pois a falta dela pode gerar a dependência e o isolamento social do idoso. Desta forma, *saúde e qualidade de vida* são temas que caminham juntos na visão do *Guia Prático do Cuidador*, uma vez que a primeira afeta diretamente a manutenção da segunda. Embora o sentido de qualidade de vida esteja interligado ao não isolamento social do idoso, a preservação da saúde física é o elemento-chave para a compreensão do acento apreciativo que o *Guia* atribui a esse tema, conforme é possível observar ao longo de todo o manual. É interessante notar que, apesar de a qualidade de vida ser sempre associada à preservação da saúde, a utilização desse tema no manual é majoritária nos capítulos que se dedicam ao campo do trabalho do cuidador, embora também apareça no campo jurídico, conforme os excertos abaixo:

O autocuidado não se refere somente àquilo que a pessoa a ser cuidada pode fazer por si. Refere-se também aos cuidados que o cuidador deve ter consigo com a finalidade de preservar a sua saúde e melhorar a **qualidade de vida**.

O estresse pessoal e emocional do cuidador imediato é enorme. Esse cuidador necessita manter sua integridade física e emocional para planejar maneiras de convivência. Entender os próprios sentimentos e aceitá-los, como um processo normal de crescimento psicológico, talvez seja o primeiro passo para a manutenção de uma boa **qualidade de vida**.

O estilo de vida corresponde ao conjunto de ações que refletem as atitudes, valores e oportunidades das pessoas. Estas ações têm grande influência na saúde geral e **qualidade de vida** de todos os indivíduos.

32.1 O que o cuidador pode fazer diante de situações de maus tratos

- Ter consciência de que maus tratos existem e que têm um efeito destrutivo na **qualidade de vida** das pessoas (BRASIL, 2009, p.7;9;14;60, grifos nossos).

Os quatro trechos acima foram retirados, respectivamente, dos capítulos 2, 4, 7 e 32, intitulados: “O autocuidado”, “O cuidador e a pessoa cuidada”, “Cuidando do cuidador” e “Maus tratos”. Os três primeiros, conforme se observa, são capítulos que trazem as temáticas do campo do trabalho do cuidador, e a qualidade de vida se relaciona com a manutenção da saúde física, inclusive pelo estilo de vida, e psicológica do cuidador de idosos. Nestes casos, a qualidade de vida é um tema

referente à necessidade de o cuidador se cuidar, para que possa estar apto a cuidar de outrem, é a qualidade de vida que permite emergir o acento apreciativo de *cuidado*. No último recorte, extraído de um capítulo representativo do campo jurídico, a qualidade de vida é relativa ao idoso que não sofre de maus tratos, conservando sua saúde física e psicológica, e o objetivo de convocar a consciência do cuidador acerca dos maus tratos é para denunciar esse tipo de situação, ou seja, o acento apreciativo que recai sobre a qualidade de vida, aqui, é o de *responsabilidade*. Apenas nos dois excertos a seguir a qualidade de vida é referida como tema no campo da saúde:

As pessoas idosas ou com certas doenças neurológicas podem ter dificuldades para manusear alguns objetos por ter as mãos trêmulas. Algumas adaptações ajudam a melhorar o desempenho e a **qualidade de vida** da pessoa.

A falta de sono ou sonolência em excesso interferem na **qualidade de vida** da pessoa cuidada e do cuidador (BRASIL, 2009, p.41;53).

No primeiro fragmento, retirado do capítulo “Adaptações ambientais”, o *Guia* associa a qualidade de vida a viver com certa autodeterminação e independência, na medida em que propõe adaptações ambientais, inclusive de objetos, para que a pessoa idosa que apresente determinadas dificuldades com seu manuseio possa realizar essa atividade sem frustrações, uma vez que não dependerá do cuidador para fazê-lo. Nesse sentido, pode-se depreender que, exclusivamente nesse trecho do *Guia Prático do Cuidador*, o tema *qualidade de vida* é acentuado como *saúde do idoso* na definição de Veras (2009), para quem o idoso saudável é aquele que mantém sua independência e autodeterminação, mesmo quando apresenta doenças crônicas. No segundo trecho acima, a qualidade de vida volta a ser mencionada como dependente da saúde física do idoso, especificamente com respeito ao sono.

Ora, se a qualidade de vida é um tema no campo da saúde que, no *Guia*, aparece majoritariamente nos outros campos da atividade humana analisados, sempre em relação de dependência com a manutenção da saúde biológica do cuidador de idosos e, quando emerge no campo da saúde, essa qualidade de vida também é relativa à preservação da saúde do idoso, é importante compreender como os temas da *saúde* (1,31) e *saudáveis* (1,70) são tratados no manual.

Para o *Guia Prático do Cuidador* (BRASIL, 2009), o papel do cuidador é acompanhar os idosos cuidados em suas atividades cotidianas, sejam eles

saudáveis, enfermos ou acamados. Nesse capítulo, o manual trata de definir quem é o cuidador e de qual a perspectiva de cuidado está partindo⁴⁸ para orientá-lo, visto que se trata de um capítulo que concentra temas do campo do trabalho do cuidador. Os idosos *saudáveis* assumem o acento apreciativo de *objetos de cuidado*, bem como os idosos enfermos ou acamados. A diferença que se coloca entre esses objetos de cuidado é basicamente a seguinte: os idosos saudáveis são todos aqueles que não possuem doenças (agudas ou crônicas) e que têm sua mobilidade preservada (consequentemente, têm certa independência). Em uma velhice marcada por perdas, dependências, doenças e incapacidades, conforme o *Guia*, o idoso saudável (o Eu) é definido por aquilo que não reconhece no Outro, uma vez que apenas a partir do excedente de visão que o Outro tem sobre o Eu, torna-se possível defini-lo (BAKHTIN, 2003).

O tema *saudáveis* voltará a aparecer exclusivamente no capítulo sobre “Alimentação saudável”, no qual o *Guia Prático do Cuidador* defende a importância da manutenção do peso na preservação da saúde como o nono passo para seguir uma alimentação saudável. Ainda, o manual acrescenta que os dez passos listados foram planejados para pessoas saudáveis, embora também sirvam para pessoas que necessitem de cuidados especiais:

9º passo: Mantenha o seu peso dentro de limites **saudáveis** – veja no serviço de saúde se o seu IMC está entre 18,5 e 24,9 kg/m². O IMC (índice de massa corporal) mostra se o seu peso está adequado para sua altura. É calculado dividindo-se o peso, em kg, pela altura, em metros, elevado ao quadrado. [...]

Essas recomendações foram elaboradas para pessoas **saudáveis**, mas servem como guia para planejar a alimentação de pessoas que necessitam de cuidados especiais de saúde. Pessoas que precisam de dietas especiais devem receber orientações específicas e individualizadas de um nutricionista, de acordo com o seu estado de saúde (BRASIL, 2009, p. 27, grifos nossos).

Neste trecho, mais uma vez, o *Guia* menciona as pessoas *saudáveis* e as pessoas que “necessitam de cuidados especiais de saúde”, mas enfatiza que qualquer pessoa pode seguir os dez passos para uma alimentação saudável, sejam cuidadores, ou idosos saudáveis, ou até aqueles que necessitam de cuidados especiais de saúde (quais seriam?). Contudo, há pessoas que necessitam de dietas especiais, a serem prescritas por um nutricionista. Essas pessoas não são mais

⁴⁸ Este capítulo já foi analisado detalhadamente no campo do trabalho do cuidador.

aquelas saudáveis, mas sim os idosos enfermos, acamados, com dificuldades ou com certa dependência, visto que cabe ao cuidador alimentá-las:

11.2 Outras recomendações gerais para a alimentação

Nem sempre é fácil alimentar outra pessoa, por isso o cuidador precisa ter muita calma e paciência, estabelecer horários regulares, criar um ambiente tranquilo. São orientações importantes:

- Para receber a alimentação, a pessoa deve estar sentada confortavelmente. Jamais ofereça água ou alimentos à pessoa na posição deitada, pois ela pode se engasgar (BRASIL, 2009, p. 27).

Diante do que foi visto, o tema *saudáveis* é utilizado no *Guia Prático do Cuidador* sempre a partir da definição do que o Outro não é: idosos saudáveis são aqueles que não são enfermos ou acamados e que se alimentam de forma saudável, sem recorrer à ajuda do cuidador para alimentá-los. Depreende-se disso tanto uma concepção de saúde, na velhice, como ausência de doenças quanto como preservação da autonomia e independência.

Ao longo do *Guia Prático do Cuidador*, a saúde não é tema privilegiado, servindo de base para a discussão de outros temas, referentes ao campo do trabalho do cuidador. O tema da saúde permeia toda a construção discursiva do *Guia*, ocorrendo nos três campos da atividade humana analisados e, de forma geral, a saúde é definida como a ausência de doenças no corpo físico, e a manutenção da qualidade de vida do idoso é indissociável dessa concepção. Uma vez que já ficou demonstrado como se configura a compreensão de saúde no campo do trabalho do cuidador, em que esse tema aparece com certa frequência, ligado ao autocuidado do cuidador em busca da qualidade de vida, e no campo jurídico, a saúde será abordada em sua relação com os maus tratos do idoso, é importante discutir o tratamento que esse tema recebe no campo da saúde.

Nesse norte, poderia ser bastante claro que a saúde teria destaque no campo da atividade homônimo. Todavia, não é o que ocorre, e isso pode ser visualizado quantitativa e qualitativamente, na medida em que esse tema encontra-se no vocabulário básico de tendência positiva (1,31), mas também devido a sua utilização nos capítulos que concentram os demais temas no campo da saúde no *Guia*. No capítulo “Cuidados no domicílio para pessoas acamadas ou com limitações físicas”, o item destinado às orientações de higiene diz o seguinte:

10.1 Higiene

A higiene corporal além de proporcionar conforto e bem-estar se constitui um fator importante para recuperação da **saúde**. O banho deve ser diário, no chuveiro, banheira ou na cama. Procure fazer do horário do banho um momento de relaxamento (BRASIL, 2009, p. 21, grifo nosso).

Como se vê, a higiene corporal, além de proporcionar o bem-estar e o relaxamento do idoso, é tomada como um importante aliado na recuperação da saúde. Sabe-se que a higiene corporal é imprescindível também para a prevenção de doenças e a para a promoção da saúde, mas a opção do *Guia* pelo item lexical *recuperação*, ao se referir à saúde do idoso, pressupõe um idoso enfermo, o que corrobora o sentido de envelhecimento posto na apresentação do manual: uma fase da vida marcada por doenças e perdas. Assim, na visão do manual, a higiene torna-se importante para combater a doença, como se a velhice devesse receber a transposição do modelo biomédico de cuidado agudo para o tratamento de doenças crônicas não transmissíveis. Em outro trecho do manual, no capítulo que trata dos “Cuidados com a medicação”, a recuperação da saúde volta a ser mencionada:

30 Cuidados com a medicação

O uso correto da medicação é fundamental para a recuperação da **saúde** e para isso são necessários alguns cuidados:

- Peça ajuda à **equipe de saúde** para organizar a medicação (BRASIL, 2009, p. 55, grifos nossos).

Mais uma vez, a saúde, na velhice, é referida pelo *Guia Prático do Cuidador* como algo que precisa estar em constante recuperação. É fato inegável que, em geral, os idosos tomam algum tipo de medicação, sobretudo para o controle de sintomas e para evitar complicações decorrentes de doenças crônicas, como é o caso da hipertensão e dos acidentes vasculares cerebrais. Não obstante, associar a medicação à recuperação da saúde, e não à prevenção ou manutenção da saúde, acaba por enfocar novamente a visão de velhice como uma fase marcada por doenças. Diante dessa concepção, é perfeitamente justificável que o *Guia* perpetue o discurso da medicalização da velhice, o qual encontra, no cuidado curativo, seu maior respaldo. A manutenção do sentido de cuidado enquanto algo a ser tratado pontualmente é reflexo da realidade social brasileira que ainda trata a doença, e não o conjunto integral da pessoa idosa; além disso, silencia-se que nem todo idoso possui doenças crônicas não transmissíveis. Por outro lado, é fundamental que os manuais do cuidador abram espaço para outros modelos de cuidado, a exemplo do

cuidado holístico, do preventivo e do ético, a fim de preparar os cuidadores de idosos para uma realidade de trabalho em concordância com uma visão de envelhecimento mais abrangente, que possa dar conta da complexidade do fenômeno do envelhecimento, considerando-se o idoso enquanto um sujeito de cuidados, e não como um objeto a ser tratado/curado.

Ainda no que diz respeito ao tratamento do tema *saúde* no *Guia Prático do Cuidador*, é preciso discutir a relação dialógica que esse tema estabelece com *equipe de saúde* (12,10), destacado em negrito no excerto acima, uma vez que se encontra no vocabulário preferencial do manual e, por isso, possui grande expressividade em sua construção discursiva.

Contrariamente à pouca expressividade do peso lexical do tema *saúde* no *Guia Prático do Cuidador*, inclusive no campo da saúde, a *equipe de saúde* (12,10) é citada 48 vezes no manual. Além do uso abundante, há que se considerar seu peso lexical preferencial, de maneira que se trata de um tema bastante expressivo desse campo da atividade humana, e o acento apreciativo que recai sobre ele, pode ser importante para a compreensão do campo da saúde nesse manual.

Conforme o excerto acima, a equipe de saúde é referida, pelo *Guia*, como uma entidade a ser consultada pelo cuidador para a organização da medicação do idoso, mas não apenas nesses casos: a equipe de saúde deverá ser consultada em quase todos os procedimentos técnicos da área de saúde. Aliás, na análise do campo do trabalho do cuidador, em um trecho do capítulo “O cuidador e a equipe de saúde”, esclareceu-se que o *Guia* considera importantíssimo o trabalho do cuidador de idosos, que é considerado como uma pessoa geralmente leiga e, por isso, o seu trabalho não pode equipar-se ao dos profissionais da área da saúde, por carecer de formação técnica e teórica para tal, bem como pela falta de reconhecimento jurídico de sua profissão. É a partir dessa concepção que o *Guia* passa a enfatizar os cuidados mais gerais, relegando, a segundo plano, os cuidados específicos na área de saúde. De fato, o manual apresenta, sim, esses cuidados mais específicos, não obstante eles estejam voltados aos profissionais de saúde e na equipe de saúde de forma geral, e não no cuidador. Os recortes abaixo são ilustrativos disso:

[...] Se mesmo com esses cuidados a pessoa apresentar assadura é importante comunicar o fato à **equipe de saúde** e solicitar orientação.

Durante a limpeza da boca o cuidador deve observar a presença de ferida nas bochechas, gengivas, lábios e embaixo da língua e comunicar à **equipe de saúde**.

Fique Atento: Se a sonda se deslocar ou tiver sido retirada acidentalmente, não tente recolocá-la, chame a **equipe de saúde**.

Se a pessoa não consegue se apoiar nos braços: o cuidador deve ajudá-la a se movimentar. Procure orientações da **equipe de saúde** como auxiliar a pessoa cuidada nessa movimentação.

Converse com a **equipe de saúde** para aprender a verificar a glicemia em casa. Se a glicemia estiver abaixo de 50 a 60 mg/dl ou a pessoa estiver sentindo os sintomas referidos acima ofereça-a bala ou meio copo de água com duas colheres de sopa de açúcar (BRASIL, 2009, p. 23;25;32;46;58, grifos nossos).

A equipe de saúde, segundo o *Guia Prático do Cuidador*, é importante para o cuidador leigo que precise de orientações com respeito aos cuidados específicos da área de saúde. De acordo com os excertos acima, esses cuidados podem ser com assaduras, com a higiene da boca, com a sonda que serve para a alimentação (dieta enteral), com a mudança de posição da pessoa idosa acamada ou com a medição do nível glicêmico do idoso. Dos cuidados mais simples aos mais complexos, o cuidador deverá comunicar a equipe de saúde sobre quaisquer alterações na saúde do idoso; chamar a equipe de saúde para realização de procedimentos mais técnicos, como a recolocação da sonda; solicitar orientações específicas à equipe de saúde, para movimentação do idoso acamado, ou para medir sua glicemia. Como se observa, a pouca autonomia dada ao cuidador para a realização dos procedimentos técnicos, na área de saúde, justifica-se pelo tratamento dessa pessoa como leiga. Mas, e se o cuidador não for leigo e tiver obtido certa formação para cuidadores de idosos, seria necessário tanto apelo à equipe de saúde?

A cuidadora 8, que trabalha na I1, ao detalhar seu cotidiano de trabalho, relata o seguinte:

Quando eu chego, eu troco de roupa, aí boto o material de... higiene, é... as luvas, a touca e vou fazer as trocas.[...] Aí terminando as trocas, elas tão tudo okay já, vejo se tão cobertas, se tão já prontas pra dormir, aí vou ajudar as meninas, que é na parte da medicação, dar a medicação, é... fazer HGT, todo o processo de... de... enfermagem. [É você com aquela senhora que chegou agora?]. Com a senhora que é a enfermeira de plantão, é. [Tem mais alguém?] Não, são duas só. [Ajeita a medicação de amanhã de manhã, é isso?] Não, a medicação de hoje. Que eles tomam medicação, é. Eles tomam medicação de 8h, tomam medicação de 10h e alguns tomam de meia noite. Aí prepara já a medicação pra dar a medicação (C8, 2010).

Segundo o relato de C8, cabem a ela, juntamente com a enfermeira de plantão em seu turno, os procedimentos de enfermagem, isto é, a separação dos medicamentos dos idosos, seguida da administração, e a realização do HGT (hemoglicoteste), ou seja, o teste que mede a glicose no sangue. Nesse sentido, além de a cuidadora C8 não ser leiga, ela possui o curso técnico em enfermagem, como a maioria dos cuidadores de idosos entrevistados em Recife, o qual a tornou habilitada para a realização com mais autonomia de determinados procedimentos na área de saúde. Sendo assim, a partir da observação do trabalho do cuidador de idosos que enfrenta a realidade laboral em instituições geriátricas do Recife, é possível questionar a excessiva recorrência feita à equipe de saúde no discurso do *Guia Prático do Cuidador*. Defende-se que é necessário, primeiramente, conhecer os cuidadores de idosos, para que só então sejam dadas as orientações cabíveis com relação aos procedimentos de saúde que eles não dominam, e até aqueles que não devem dominar. Isso, aliás, está presente no fim do capítulo “O cuidador e a equipe de saúde”:

As atividades que o cuidador vai realizar devem ser planejadas junto aos profissionais de saúde e com os familiares. Nesse planejamento deve ficar claro para todos as atividades que o cuidador pode e deve desempenhar. É bom escrever as rotinas e quem se responsabiliza pelas tarefas. É importante que a equipe deixe claro ao cuidador que procedimentos ele não pode e não deve fazer, quando chamar os profissionais de saúde, como reconhecer sinais e sintomas de perigo. As ações serão planejadas e executadas de acordo com as necessidades da pessoa a ser cuidada e dos conhecimentos e disponibilidade do cuidador (BRASIL, 2009, p. 10).

Apesar de expressar que as atividades do cuidador serão planejadas junto aos profissionais de saúde, no capítulo “O cuidador e a equipe de saúde”, que concentra temas do campo do trabalho do cuidador, esse planejamento é diluído nas ações de comunicar à equipe sobre intercorrências com o idoso e convocar a equipe para realização de determinados procedimentos técnicos de saúde, simples ou complexos. Assim, embora o planejamento das ações deva ser feito em conjunto com a equipe de saúde, depreende-se que, no campo da saúde, esse planejamento é substituído por uma relação de dependência e pouca autonomia do cuidador em relação à equipe de saúde.

Compreendendo a posição do cuidador em relação de subordinação total à equipe de saúde, justifica-se o privilégio dado ao tema *equipe de saúde*, em detrimento do tema *saúde* no manual: a equipe de saúde ocupa lugar preferencial,

no *Guia Prático do Cuidador*, pois é ela quem domina os procedimentos técnicos de saúde, e não o cuidador. Dito isso, ratifica-se o entendimento de saúde enquanto o bem-estar físico proporcionado pela ausência de doenças, a saúde que deve receber um tratamento curativo, e não um acompanhamento integral do idoso enquanto um sujeito que, inclusive, seria poupado de muitos problemas de saúde, caso fosse submetido a um cuidado preventivo, conforme sugestão de Veras (2009).

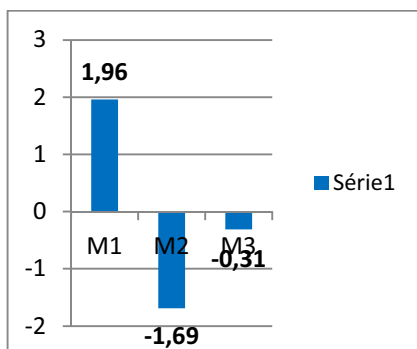
O discurso do *Guia Prático do Cuidador*, no campo da saúde, portanto, reflete o modelo biomédico de cuidado, ainda predominante no Brasil, na área da saúde, privando o cuidador desse conhecimento mais técnico, na medida em que transfere toda a responsabilidade dos procedimentos técnicos para a equipe de saúde. Segundo foi possível enxergar a partir da análise do relato da cuidadora C8, por outro lado, o cuidador atuante em instituições geriátricas de Recife já se mostra, de certa maneira, preparado para realizar determinados cuidados mais técnicos, não é à toa que esse trabalhador o faz, com o acompanhamento da enfermeira de plantão. Nesse sentido, a análise dialógico-discursiva do *Guia Prático do Cuidador* e do discurso da cuidadora C8 permitem enfatizar a importância da reorientação do texto desse manual a partir do trabalho real dos cuidadores de idosos, na medida em que esses trabalhadores refletem discursivamente certo conhecimento sobre os cuidados curativos e, de outra forma, refratam-no, posto que lançam mão também de cuidados gerais em seu cotidiano, demonstrando uma posição holística diante do idoso, a qual não está presente nos profissionais de saúde, excessivamente preocupados com o tratamento da velhice enquanto uma fase da vida marcada por doenças e perdas.

Feita a discussão acerca do tratamento dos temas no campo da saúde, nas variáveis M1 e M3, resta agora partir para a análise da variável M2, que, no gráfico 7 encontra-se no vocabulário básico de tendência negativa, fazendo contrapeso a M1 (-1,69). Diante desse peso lexical de M2, compreende-se que esse manual também não privilegia os temas no campo da saúde em relação aos demais campos da atividade humana.

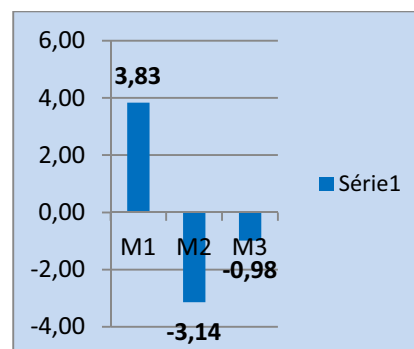
Todavia, na lematização do campo da saúde, foi possível identificar uma grande ocorrência de hápax nas variáveis observadas, sobretudo nas variáveis M1 e M2. Para ter-se uma ideia sobre a peso significativo desses hápax na constituição discursiva dos manuais, eles foram recortados do campo da saúde e, a partir daí, foi gerado um novo gráfico – o gráfico 10 – representativo do campo da saúde sem os

hápx. Esse gráfico, por sua vez, pode ser comparado com o gráfico da saúde logo a seguir:

**Gráfico 9 –
Campo da Saúde**



**Gráfico 10 –
Campo da Saúde sem os hápx**



A comparação entre os gráficos 9 e 10 permite afirmar que, ao serem retirados os hápx do campo da saúde, os valores de M1 e M2 sofrem uma alteração significativa. M1 passa do vocabulário básico de tendência positiva (1,96) para o vocabulário preferencial (3,83), enquanto que M2 deixa de pertencer ao vocabulário básico de tendência negativa (-1,69) para assumir o lugar de vocabulário diferencial (-3,14). M3 permanece no vocabulário básico de tendência negativa (-0,98), de forma que os hápx não alteram substancialmente seu peso lexical.

A mudança significativa de M1 e M2 do gráfico 9 para o gráfico 10, ao serem retirados os hápx, assinala que estes são responsáveis por levar os pesos lexicais de M1 e M2 para o vocabulário básico, no campo da saúde. Em outros termos, se M1 apresenta um vocabulário preferencial e M2, diferencial, sem os hápx, a presença dos hápx passa a ser decisiva na análise desse campo da atividade humana, uma vez que, em termos qualitativos, os hápx são indicativos de maior ou menor precisão temática nos manuais.

Ora, conforme a análise do campo da saúde na variável M1, constatou-se que os temas desse campo da atividade humana servem de base para a sua construção discursiva, embora não adquiram privilégio nessa variável. Quando da análise qualitativa do *Guia Prático do Cuidador*, esses dados se traduziram em um acento apreciativo que recai sobre as orientações em torno do campo do trabalho do cuidador, de maneira que o campo da saúde lhe serve como pano de fundo. Assim, esse manual se mostrou concentrado mais nas orientações gerais sobre o trabalho do cuidador e sobre os cuidados gerais, de forma que os procedimentos técnicos de

saúde sempre ficaram ao encargo da equipe de saúde, e não dos cuidadores de idosos.

Não fosse a presença dos hápax na variável M1, esta privilegiaria o campo da saúde, segundo a comparação entre os gráficos 9 e 10 acima. Não obstante, a análise qualitativa do *Guia Prático do Cuidador* permitiu notar certa carência de informações sobre os procedimentos técnicos na área da saúde. Desta forma, a partir do gráfico 8, percebe-se que os hápax, em M1, não possuem peso lexical expressivo a ponto de particularizar seu vocabulário, de garantir-lhe precisão sobre temas da saúde os quais precisam ser expostos aos cuidadores, a fim de capacitá-los para o seu trabalho no que condiz aos saberes formais que ali circulam para o exercício de sua atividade.

Nesse sentido, resta analisar qualitativamente a variável M2, inclusive para discutir o papel dos hápax em sua configuração, na medida em que, considerando-se a retirada desse tipo de vocabulário do campo da saúde, o *Manual do Cuidador da Pessoa Idosa* passa ao vocabulário diferencial. A tabela 17, abaixo, exemplifica a qualidade lexical do campo da saúde sem os hápax:

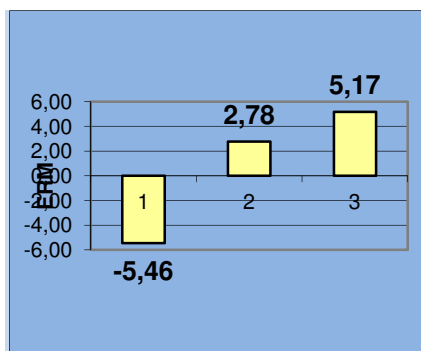
Tabela 17 – Campo da Saúde sem os hápax

Palavras	Ocorrência	M1	Z1	M2	Z2	M3	Z3
Dor	55	5	-1,74	47	1,29	3	0,76
Dificuldades	54	8	-0,64	44	0,57	2	0,06
Boca	53	17	2,63	35	-2,16	1	-0,66
Saúde	47	12	1,31	27	-3,46	8	4,98
Delirium	45	0	---	45	3,53	0	---
Pneumonia	45	1	-2,77	44	3,17	0	---
Líquidos	44	12	1,57	30	-1,62	2	0,35
Ocorrer	44	6	-0,78	36	0,57	2	0,35
Problema	44	1	-2,73	43	3,13	0	---
Risco	44	3	-1,95	40	2,03	1	-0,46
Doente	42	2	-2,25	39	2,29	1	-0,41

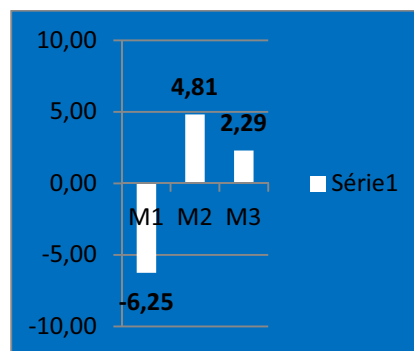
De acordo com a tabela 17, o campo da saúde sem os hápax, nas três variáveis, pode ser ilustrado a partir de itens lexicais mais gerais, isto é, itens que condizem com o campo da saúde, mas que não explanam procedimentos técnicos específicos na área, com exceção de *delirium*, que ocorre apenas na variável M2, por 45 vezes. Ainda, é possível verificar a variação de pesos lexicais nas variáveis M1 e M2, do vocabulário preferencial ao diferencial; já M3 apresenta pouca variação de peso lexical, mantendo-se no vocabulário fundamentalmente básico.

Para explicar essa variação de pesos lexicais em M1 e M2, no campo da saúde, com respeito à ausência dos hápax, faz-se necessário medir seu peso em ambas as variáveis. Nesse sentido, a partir do isolamento dos hápax, uma nova lematização foi realizada, a fim de gerar o gráfico 11, exposto adiante ao lado do gráfico 4, que representa o peso lexical dos hápax no *corpus* inteiro:

**Gráfico 4 –
Peso Lexical dos Hápax em M1, M2 e M3**



**Gráfico 11 –
Hápax no Campo da Saúde**



Como pode-se observar, os gráficos 4 e 11 assemelham-se bastante. Desta forma, é possível perceber a configuração do gráfico 2 é visivelmente influenciada pela configuração dos hápax no campo da saúde, conforme sua distribuição no gráfico 9.

O peso lexical dos hápax, no *corpus* inteiro, e dos hápax, no campo da saúde, não apresenta uma variação significativa em M1 (de -5,46 para -6,25), variável centrada no vocabulário diferencial, objeto de rejeição ou descarte. Mais uma vez, os gráficos indicam a distribuição dos itens lexicais no campo da saúde e, em contrapartida, são ratificados pela análise qualitativa dos dados, a qual demonstra que M1 centra-se em orientações mais gerais com respeito ao campo da saúde, tendo em vista que seu acento apreciativo recai, sobretudo, sobre os temas do campo do trabalho do cuidador, conforme demonstrado anteriormente. Nesse sentido, a variável M1 não apresenta um peso lexical expressivo de hápax, que são vocábulos altamente específicos neste caso, no campo da saúde, posto que não tem o objetivo de fornecer uma orientação especializada para o seu público-alvo.

M3, por sua vez, apresenta um vocabulário particular marcado por hápax (2,29), embora com peso lexical menos expressivo em relação ao gráfico 4 (5,17). Todavia, de acordo com os gráficos 9 e 10, essa variável não apresentou um peso

lexical expressivo, com ou sem hápax, no campo da saúde. Esses dados, quando traduzidos pela análise qualitativa, permitiram observar um texto ainda carente de informações, configurando-se mais como uma introdução geral e exemplificada sobre o trabalho do cuidador. Não é de se estranhar, portanto, que a presença de certo vocabulário particular (hápax) não modifique substancialmente a pouca precisão temática de M3. A tabela 18, a seguir, é composta por onze hápax no campo da saúde, e nenhum deles ocorre na variável M3, apenas *diagnóstico médico* (2,12) pertence a M1, enquanto os demais aparecem na variável M2:

Tabela 18 – Hápax no Campo da Saúde

Palavras	Ocorrência	M1	Z1	M2	Z2	M3	Z3
Contrações rápidas	1	---	---	1	0,53	---	---
Corticoides	1	---	---	1	0,53	---	---
Crise de ausência	1	---	---	1	0,53	---	---
Crise mioclônica	1	---	---	1	0,53	---	---
Crise parcial complexa	1	---	---	1	0,53	---	---
Diagnosticar	1	---	---	1	0,53	---	---
Diagnóstico formal	1	---	---	1	0,53	---	---
Diagnóstico médico	1	1	2,12	---	---	---	---
Diagnóstico precoce	1	---	---	1	0,53	---	---
Disfunção renal	1	---	---	1	0,53	---	---
Disgeusia	1	---	---	1	0,53	---	---

Levando-se em consideração os dados apresentados no gráfico 9 e na tabela 17, é visível o privilégio dado por M2 (4,81) ao vocabulário particular, caracterizado por hápax. Tamanha é a influência desse tipo vocabular que seu peso lexical, no campo da saúde, é ainda maior que o peso dos hápax no *corpus* inteiro, representado pelo gráfico 4 (M2=2,78). Diante disso, cabe analisar como o *Manual do Cuidador da Pessoa Idosa* trata essas instruções técnicas altamente especializadas aos cuidadores de idosos, exemplificadas na tabela 19 adiante:

Tabela 19 – Hápax do Campo da Saúde, em M2

Palavras	Ocorrência	M2	Z2
Cateterização intermitente	1	1	0,53
Cateter nasal	1	1	0,53
Coluna lombar	1	1	0,53
Disfunção renal	1	1	0,53
Disgeusia	1	1	0,53
Distúrbio hidroeletrolítico	1	1	0,53
Distúrbio metabólico	1	1	0,53
Distúrbios alucinatórios	1	1	0,53
Doenças pulmonares	1	1	0,53

Doenças respiratórias	1	1	0,53
Fibrose cística	1	1	0,53
Fisioterapia respiratória	1	1	0,53
Incapacidades físicas	1	1	0,53
Incontinência fecal paradoxal	1	1	0,53
Infecções agudas	1	1	0,53
Infecções crônicas	1	1	0,53
Infecções de repetição	1	1	0,53
Infecções do trato urinário	1	1	0,53
Medicação anti-hipertensiva	1	1	0,53
Medicamento antiepilépticos	1	1	0,53
Paciente deprimido	1	1	0,53
Paciente epiléptico	1	1	0,53
Pacientes com demência	1	1	0,53
Perda da funcionalidade	1	1	0,53
Perda da memória	1	1	0,53
Perda das avds básicas	1	1	0,53

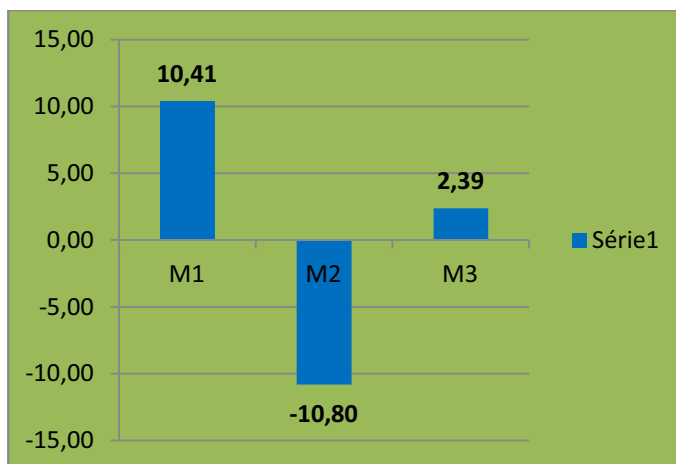
Os hápax presentes na tabela 19 são ilustrativos de procedimentos de intervenção altamente específicos, a exemplo de *cateterização intermitente*; de efeitos colaterais causados por certas medicações, como a *disgeusia*; dispositivos, como o *cateter*; distúrbios e doenças – *distúrbios alucinatorios*, *doenças respiratórias*, *infecções agudas* etc.; tratamentos, como a *fisioterapia respiratória* e a administração de *medicação anti-hipertensiva* e dos *medicamentos epilépticos*, entre outros; incapacidades e perdas decorrentes do processo de envelhecimento: *incapacidades físicas*, *perda da memória* etc.; tipos de pacientes: *paciente epiléptico*, *paciente deprimido* ou *pacientes com demência*. É importante destacar que todo esse vocabulário específico está concentrado na parte destinada aos *Cuidados*, no *Manual do Cuidador da Pessoa Idosa*.

Mas, conforme explicitado no início deste capítulo, os itens lexicais relativos aos cuidados foram lematizados no campo do trabalho do cuidador, ilustrado no gráfico 7. Essa opção foi tomada a partir do entendimento de que os cuidados constituem um tema privilegiado no discurso sobre o trabalho do cuidador, e isso pode ser demonstrado através do gráfico 8, que ratifica o peso lexical desses itens no referido campo.

Não se deve ignorar, todavia, que os cuidados são também essenciais no campo da saúde. A relação cuidadosa entre cuidador e idoso, aliás, é crucial para compreensão da saúde do idoso sob a ótica de cada um dos manuais. Nesse sentido, a partir da lematização do trabalho do cuidador, foi realizada uma nova lematização, deslocando itens lexicais relativos aos cuidados para o campo da

saúde, a fim de possibilitar a análise de seu peso lexical e, conseqüentemente, a compreensão do acento apreciativo atribuído pelos manuais aos cuidados no campo da saúde. Essa nova lematização gerou o gráfico 12 a seguir:

Gráfico 12 – Cuidados no Campo da Saúde



Segundo o gráfico 12, no campo da saúde, os cuidados são responsáveis por elevar o peso lexical de M1 (7,62) para o vocabulário preferencial; já M2 assume o valor negativo (-7,32), passando ao vocabulário diferencial, e M3, novamente, permanece no vocabulário básico, agora de tendência positiva, bem próximo à mediana “0”. Para melhor visualizar, veja-se a comparação entre os gráficos 9 e 12:

Gráfico 9 – Campo da Saúde

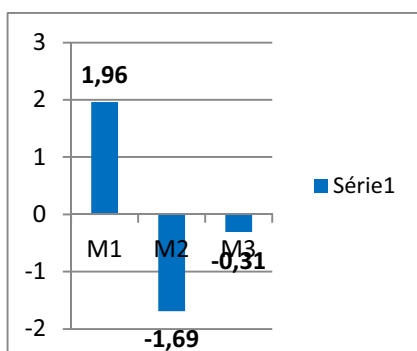
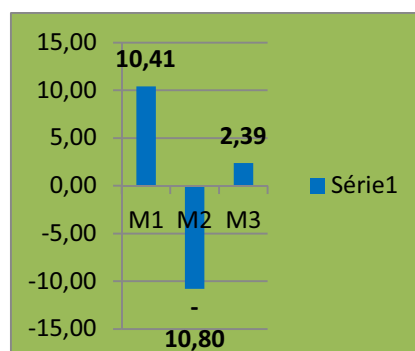


Gráfico 12 – Cuidados no Campo da Saúde



Observa-se que, no gráfico 9, M1 (1,96) e M2 (-1,69) localizam-se no vocabulário básico de tendência positiva e negativa, respectivamente. O gráfico 12 confirma que os cuidados são, de fato, decisivos tanto no campo do trabalho do cuidador, conforme demonstrado anteriormente, quanto no campo da saúde, posto que sua presença, ou ausência alteram de forma significativa os valores dos pesos lexicais nas três variáveis. Se, nos três manuais analisados, os cuidados transitam, em termos quantitativos, perfeitamente entre os campos do trabalho do cuidador e da saúde, apresentando valores proporcionais semelhantes, conforme demonstrado na comparação dos gráficos 7 e 8, 9 e 12, a análise dos cuidados, em cada um dos campos da atividade humana, só se torna possível a partir de sua observação qualitativa, de maneira a elucidar quais os acentos apreciativos que sobressaem em torno desse tema nos discursos dos manuais do cuidador.

Na análise do campo do trabalho do cuidador, os cuidados já foram discutidos nas variáveis M1 e M3, ou seja, no *Guia Prático do Cuidador* e no *Manual para Cuidadores de Idosos*. Mediante a presença significativa de hápax no *Manual do Cuidador da Pessoa Idosa* (M2), na parte destinada aos cuidados, resta agora analisar quais os sentidos de cuidado que emergem no discurso desse manual. Para tanto, um recorte do seu sumário pode indicar alguns caminhos interessantes e que merecem ser discutidos para a sua compreensão:

Figura 16 – Recorte do Sumário do *Manual do Cuidador da Pessoa Idosa*

SUMÁRIO	
OS CUIDADOS	
Diminuição da capacidade funcional, fragilização e dependência.....	113
Mudanças de comportamento na pessoa idosa: agitação, agressividade e perambulação	121
Convulsões	126
Delirium	132
Depressão	141
Insônia	145
Pneumonia	151
Hipertensão e crise hipertensiva	157
Diabetes mellitus, hiperglicemia e hipoglicemia	165
Febre na pessoa idosa	173
Infecção do trato urinário na pessoa idosa	177
Incontinência urinária e fecal	183
Tratamento fisioterapêutico para a incontinência urinária	191
Obstipação e fecaloma	192
Perda de apetite e emagrecimento	197
Desidratação	203
Problemas musculoesqueléticos	209

Finitude e os cuidados ao fim da vida	217
Identificação e prevenção das úlceras por pressão	229
Cuidados com a administração de medicamentos	232
Manobra Heimlich para intervir em caso de engasgo	240
Noções de cuidado no asseio cotidiano	244
Nutrição e alimentação da pessoa idosa e técnicas para evitar engasgos	252
Mobilidade, posicionamento e transferência	261
Prevenção de quedas e outros tipos acidentes	271
O que todo cuidador de pessoas idosas deve saber sobre Tecnologia Assistiva.....	283
Como lidar com a inatividade e a tristeza na pessoa idosa com dependência.....	290
Comunicação com a pessoa idosa dementada	298
Como melhorar a atenção e memória na pessoa idosa	311
A importância da espiritualidade e da religiosidade na pessoa idosa	319
Orientações práticas: como proceder em casos de interdição e óbito	323

(BORN, 2008, p. 16-18).

A partir da apreciação do sumário do *Manual do Cuidador da Pessoa Idosa*, torna-se possível distinguir que os cuidados são referidos de quatro maneiras diferentes: enquanto cuidados gerais, no sentido de prevenção, como cuidados paliativos e espirituais, ou enquanto cuidados especializados em saúde. Nesse sentido, cabe analisar de que modo esses temas fazem emergir sentidos no manual, revelando seu acento apreciativo.

A primeira acepção a ser discutida encontra-se na fronteira entre o campo do trabalho do cuidador e o campo da saúde, por se tratar de uma orientação em torno das noções gerais de cuidado, como o próprio título do capítulo do manual sugere: *Noções de cuidado do asseio cotidiano*. Nessa acepção, o *Manual do Cuidador da Pessoa Idosa* tratará de orientar os cuidadores de idosos acerca dos cuidados com o asseio cotidiano, isto é, com a realização da higiene pessoal dos idosos (banho, troca de fraldas e higiene bucal):

Dentre as atividades do cuidador estão o auxílio e/ou a realização da **higiene pessoal** da pessoa idosa que tem dificuldades ou que não consegue cuidar-se sozinha. Mas é de extrema importância lembrar que, mesmo que sejam poucas as **habilidades** e os desejos dessas pessoas, estas devem ser estimuladas e respeitadas durante este processo. Existe um aspecto prático da realização dos cuidados no **asseio cotidiano** a ser ressaltado, principalmente no **banho e troca de fraldas**, que é manter a **privacidade** da pessoa idosa, durante os cuidados, não expondo desnecessariamente sua intimidade. [...]

Durante a realização do **asseio cotidiano (banho, troca de fraldas e higiene bucal)** deve-se aproveitar para fazer a avaliação de todos os segmentos do corpo da pessoa idosa. [...] Caso encontre problemas durante a avaliação, é importante procurar ajuda com o profissional da saúde, que possa orientá-lo quanto às providências a serem tomadas.

As **unhas** devem ser cortadas semanalmente e os cortes do **cabelo** e da **barba** devem ser feitos periodicamente. É importante lembrar que o cuidador também deve manter suas **unhas** aparadas e ter cautela ao manusear a pessoa idosa, evitando ferimentos, pois com o envelhecimento a pele se torna mais fina e muito sensível. [...]

O **banho** da pessoa idosa deve ser realizado com a finalidade de proporcionar conforto e bem-estar, remover sujidades aderidas à pele e odores desagradáveis, estimular a circulação, remover células mortas e microorganismos, e favorecer a transpiração. Deve ser realizado todos os dias, no horário de preferência da pessoa idosa ou que melhor convir (BORN, 2008, p. 244-245, grifos nossos).

Na introdução do capítulo dedicado às orientações sobre a importância dos cuidados com a *higiene pessoal* (-0,84) dos idosos, o *asseio cotidiano* (1,05) é referido como sendo composto por três atividades: o *banho* (-3,35), a *troca de fraldas* (1,18) e a *higiene bucal* (-0,98). Além dessas atividades, o manual destaca o corte semanal das *unhas* (1,49) e, periodicamente, do *cabelo* (0,91) e da *barba* (1,29). A troca de fraldas e o banho, seja no chuveiro ou no leito, deverão respeitar a *privacidade* (1,05) dos idosos cuidados, bem como deverão ser estimuladas as *habilidades* (-0,22) que os idosos ainda possuem para realizar o autocuidado. Ainda, o banho tem, primeiramente, o objetivo de proporcionar conforto e bem-estar ao idoso, além da preservação da limpeza, evitando os maus cheiros e promovendo uma melhoria na circulação sanguínea e na transpiração, através da remoção das células mortas da pele. Com exceção de *banho* (-3,35), todos os demais itens lexicais em destaque são representativos do vocabulário básico e fundamentalmente básico no campo da saúde, atestando os dados expostos no gráfico 7 acima, na variável M2.

Esse vocabulário também está presente no discurso dos cuidadores, que demonstram conhecer os cuidados gerais com o asseio cotidiano dos idosos que residem nas instituições geriátricas do Recife:

De um modo geral, o que faço? [Seu trabalho como cuidadora... O que você faz?] Como cuidadora, então... A gente, a gente cuidadora aqui né, nesse setor, a gente dá os cuidados, que são: banho, higiene, é... pessoal, dos, das pessoas dependentes; eu auxílio as pessoas que, que têm alguma deficiência a se cuidar, o banho, a medicação; acompanho a médico; se possível, passeio, quando há tempo; ou corto a unha, barba...é... e, e... fazer algum tipo de recreação (C10, 2010).

[...] Paciência, amor, dedicação, e aqui a gente tem o trabalho normal, como qualquer outro ger..., geri..., eita, lar geriátrico: ajudar o banho, a gente troca fralda, a gente cuida tudo da higiene, qualquer alteração na saúde deles, a gente comunica imediatamente ao médico, porque aqui a gente pelo menos

tem o benefício de ter um médico de plantão 24hs do hospital, mas que presta serviço aqui no lar geriátrico (C6, 2010).

Em relação à preservação das *habilidades* que os idosos possuem, ressaltada pelo manual, isso também é enfatizado no discurso dos cuidadores:

[Por exemplo, se eles conseguem tomar banho sozinhos, ainda assim você dá banho neles?] Não, a gente, a gente deixa, agora a gente fica observando. Eles ficam... eles ficam tomando banho, e você fica assim próximo, observando né, se ele tá tomando banho direitinho... a gente fica observando. A gente deixa, sabe [...] mas a gente fica junto, por ali (C3, 2010).

[...] Aqui, por exemplo, dificuldade de andar. Eu ajudo eles, assim, ajudo eles [...] forçando, às vezes eles não querem, xinga, no começo xingava muito né, assim, *que a pessoa num pode*, mas assim, você tem que botar na cabeça deles que eles podem fazer aquilo... entendeu? Pode fazer, aquelas pessoas que a gente vê que têm condições de fazer, porque tem muitos que não têm, né, a gente vê que não têm condições. Aí, a gente... eu, a gente fica mostrando a eles que ele é capaz de fazer aquilo, de se ajudar, pra eles próprios mesmo, se ajudar. Que tem uns que ajuda, né, assim, tem uns que... se entrega mesmo e num consegue (C2, 2010).

A cuidadora C3, ao conduzir os idosos para o banho, quando eles têm a habilidade preservada para tomarem banhos sozinhos, assume o papel de observadora, permanecendo no banheiro para auxiliar os idosos, caso necessitem de algo. Por sua vez, a cuidadora C2, diante da dificuldade de locomoção de alguns idosos que se mostram resistentes à tentativa de andarem sozinhos, embora ainda tenham essa capacidade preservada, relata que os estimula a tentar fazê-lo. Ambas as cuidadoras demonstram fazer diferentes usos de si mesmas, mediante as situações que enfrentam em seu trabalho, na medida em que precisam perceber os diferentes graus de dependência dos idosos e as suas habilidades que ainda são preservadas, a fim de que possam se comportar como sujeitos responsáveis com o Outro em relação à preservação da sua autonomia.

Os cuidadores têm consciência de que se, por um lado, necessitam estimular a preservação da autonomia dos idosos, por outro, é preciso que a busca por essa preservação não seja acompanhada de possíveis riscos para a saúde do próprio idoso (como o risco de quedas no banho, por exemplo). Ainda, é premente considerar que, nas instituições geriátricas, a organização do tempo de realização das atividades é um fator fundamental na tomada de decisões por parte dos cuidadores. De acordo com o relato de C10, abaixo, são realizados cuidados gerais

imediatos no seu cotidiano de trabalho e não parece haver tempo para sair um pouco dessa rotina:

P - Me diga o que você faz da hora que você chega aqui a hora que você sai.

Eu chego, primeiramente eu vou pros banhos. Se tiver... é... alguma... médico marcado pela parte da manhã, eu levo, acompanho ao médico, vejo o que o médico passa e *passo o exame* pra técnica de pressão. Quando não, aí eu vou cortar barba, vou fazer barba, vou cortar unha, fazer é, é, fazer a tricotomia em parte íntima, se for o caso, vou arrumar as gavetas, arrumar os armários, fazer a higienização, acompanhar ao banheiro... aí vem a parte do almoço, porque tem a copa, tem um lanche, mas quem passa é a copeira, ela mesmo passa, aí vem o almoço, eu ajudo a menina da copa a servir o almoço deles, depois eu entro e dou almoço aos dependentes, aí vou, troco as meninas, faço a higienização de novo, não coloco fralda, aí vou pra minha hora de almoço, quando eu volto, vou pro banho da tarde, dou os banhos, depois guardo as roupas deles, que todos os lençóis de cama, roupa pessoal vai pra lavanderia, de tarde volta, aí separo, guardo tudinho, entrego a eles a roupa deles, aí vou pra trocas de fralda, vou pra janta, entrego lençóis, arrumo as camas e larguei, vou pra casa (C10, 2010).

Mediante o relato de C10, lidar com uma média de trinta idosos ao mesmo tempo, obtendo ajuda de poucos profissionais, não contribui para o estímulo à autonomia do idoso nas instituições geriátricas, posto que, em geral, os idosos realizam mais lentamente suas atividades e, embora os idosos pudessem ter um ganho de tempo qualitativo, desfrutando melhor sua saúde e qualidade de vida com autonomia, a estrutura institucional não permite perda de tempo quantitativo. Neste sentido, o cuidador precisa assumir o lugar de um sujeito de trabalho que gere constantemente as suas habilidades e o seu tempo para solucionar problemas e evitar, assim, que sua prática de cuidado configure-se enquanto um verdadeiro assalto à autonomia dos idosos, conforme o modelo empregado nas clínicas de repouso norte-americanas estudadas por Vesperi (1983).

De acordo com o que preconiza o *Manual do Cuidador da Pessoa Idosa*, as noções de cuidados gerais, concernentes à higiene pessoal para a preservação da saúde, ultrapassam os cuidados com o corpo, na medida em que englobam o conforto e o bem-estar dos idosos cuidados, bem como a preservação da sua autonomia e o respeito à sua privacidade. Nesse sentido, o manual e as cuidadoras C2 e C3 estabelecem uma relação dialógica com os discursos do Centro de Medicina Popular (CABRAL, 2006) e da Organização Mundial de Saúde (2002), os quais ressaltam a necessidade de um modelo de cuidado voltado para a

manutenção da capacidade funcional dos idosos, vistos como sujeitos integrais, e não como objetos portadores de doenças a serem medicalizadas. Por outro lado, não se pode ignorar que, apesar da tentativa de estimular a autonomia dos idosos, a qual se manifesta nos discursos de C2 e C3, o trabalho real desses profissionais, a exemplo de C10, não favorece a efetivação desse discurso na prática, de forma a possibilitar que o trabalho prescrito e o trabalho real se interpenetrem e, assim, que o discurso altere substancialmente essa realidade social e de trabalho, que por sua vez tratará de atribuir-lhe novos sentidos.

É necessário destacar que as noções de cuidados gerais apontam para uma outra concepção bastante importante e discutida na Gerontologia atualmente: o cuidado preventivo. Pode-se recuperar discursivamente que a prevenção é um conceito basilar para a concepção de saúde integral, na medida em que a ajuda a evitar que a velhice seja medicalizada, ao mesmo tempo em que agrega a qualidade de vida proporcionada pelo conforto e bem-estar do idoso, os quais podem impedir o aparecimento de doenças.

No trecho exposto anteriormente, o cuidado preventivo aparece no *Manual do Cuidador da Pessoa Idosa* a partir da incorporação do Outro a ser cuidado – o cuidador de idosos – na sua construção discursiva. O manual desloca o foco do cuidado com o idoso para o autocuidado do cuidador, quando, após informar sobre a necessidade realizar o corte das unhas, do cabelo e da barba nos idosos, chama a atenção para a importância da manutenção das unhas curtas por parte do cuidador, não apenas como uma medida higiênica, mas também como uma maneira de prevenir ferimentos na pele sensível do idoso cuidado.

O cuidado preventivo é enfatizado, ainda, no capítulo intitulado *Prevenção de quedas e outros acidentes*, tendo em vista que “medidas de prevenção resultam em qualidade de vida e envelhecimento saudável” (BORN, 2008, p. 282). Nesse capítulo, o *Manual do Cuidador da Pessoa Idosa* apresenta ao leitor a problemática das quedas nos idosos, inclusive suas principais causas intrínsecas e extrínsecas, para em seguida falar da adaptação ambiental como um caminho viável para preveni-las.

Principais causas de quedas:

1- Intrínsecas: São alterações próprias do processo de envelhecimento (diminuição de força dos músculos, equilíbrio e flexibilidade) e doenças que podem estar presentes, como: osteoartrose (desgaste das articulações),

doença de Parkinson (instabilidade postural), e outras, além dos efeitos adversos da medicação. [...]

2- Extrínsecas: Riscos ambientais, ou seja, aquelas causas de quedas, que podemos evitar com cuidados simples no ambiente dentro e fora de casa. [...]

A adaptação ambiental está relacionada com mudanças no meio ambiente ou no espaço físico que facilitem a acessibilidade e mobilidade de pessoas que tenham algum tipo de dificuldade física, comportamental ou sensorial (visão, audição). [...]

Principais ajustes ambientais para evitar quedas e outros tipos de acidentes, que devem ser realizados pelo cuidador e/ou idoso:

- retirar fios soltos, objetos espalhados no chão e tapetes;
- equipar escadas e rampas com antiderrapantes e instalar corrimão em ambos os lados;
- camas e poltronas com altura adequada (mais altas que o padrão, pois fica mais fácil para subir e descer) [...] (BORN, 2008, p. 271-274, grifos do autor).

É evidente que a prevenção de quedas evita uma série de problemas para o idoso, que não corre o risco de se tornar completamente dependente de outras pessoas. Além disso, conforme o próprio manual afirma, a prevenção pode ser feita por uma simples adaptação ambiental ou, se necessário, por uma modificação específica em algum ambiente, como é o caso da instalação de barras de apoio em banheiros, bem como a adequação das grades da cama, ou ainda a instalação de campainhas individuais por trás das camas, conforme estava sendo feito na época de realização das entrevistas com os cuidadores e observações naturais na I2, por exigência da vigilância sanitária. De fato, se algumas medidas de prevenção de quedas podem ser realizadas pelos cuidadores de idosos em seu cotidiano de trabalho, outras ultrapassam suas funções, como é o caso da instalação de corrimãos nas escadas, sugerida pelo manual como sendo da obrigação do cuidador ou do próprio idoso!

Outras medidas preventivas dependem exclusivamente do uso que o cuidador faz da própria linguagem enquanto uma ação sobre o idoso, através de orientações:

Algumas orientações devem ser repassadas ao idoso:

- usar óculos quando necessário;
- sempre que levantar da cama, esperar alguns minutos assentado, para evitar “queda de pressão”, tonteira e queda;
- deixar próximo e visível, telefones úteis, como: dos filhos, bombeiro, familiares, etc.;
- ter por perto, campainha ou sino para chamar ajuda do cuidador e/ou familiar, quando necessário (BORN, 2008, p. 273, grifo do autor).

Conforme se observa, no capítulo sobre quedas e acidentes com pessoas idosas, a prevenção é a principal forma de cuidado que o cuidador de idosos pode

exercer em relação à pessoa cuidada, tendo em vista que evitar quedas e acidentes é, de alguma forma, proporcionar a manutenção da autonomia e da independência do idoso e, por consequência, preservar sua qualidade de vida. Essa prevenção assume a forma de atos concretos, sejam eles ações sobre o ambiente, sejam eles ações de linguagem sobre o Outro, e estas encontram no cuidador seu principal agente, o cuidador enquanto um sujeito que promove o cuidado preventivo com o idoso, mas um cuidado restrito à *prevenção de quedas* (1,05) e à *prevenção de acidentes* (0,74).

Há de se considerar, todavia, que a *prevenção* (0,50) é referida em várias outras passagens do *Manual do Cuidador da Pessoa Idosa*, sobretudo nos capítulos que tratam dos cuidados específicos na área da saúde, enquanto *prevenção de dependências* (0,53), *prevenção de úlceras* (0,53), *prevenção de incapacidades* (0,53), ou no campo jurídico, ao se referir aos *Centros de Prevenção da Violência Contra a Pessoa Idosa* (0,53), sendo todos esses itens lexicais hápax. Isso não significa, não obstante, que o referido manual assume o cuidado preventivo como sua principal bandeira. De fato nos demais capítulos ele é relegado a segundo plano, em detrimento do cuidado especializado que promove o tratamento dos problemas de saúde. Isso pode ser observado no excerto abaixo, do capítulo sobre o *Delirium*, que explica este quadro ao cuidador, em seguida define o termo médico, para elencar os seus sintomas iniciais e as ações a serem realizadas pelo cuidador ao percebê-lo.

O que é *delirium*

Delirium é o termo médico utilizado para descrever um quadro de confusão mental aguda, que pode ocorrer em todas as idades, porém é mais comum em pessoas idosas. **É definido cientificamente como sendo uma síndrome cerebral orgânica transitória, caracterizada por distúrbio global da cognição e atenção, redução do nível de consciência, redução ou aumento da atividade psicomotora e alteração do ciclo sono-vigília. Ou seja, é uma doença que pode ter várias causas, provoca alterações reversíveis no cérebro da pessoa, de forma a fazê-la ficar confusa, ora agitada, ora sonolenta, podendo trocar o dia pela noite. [...]**

Como suspeitar de *delirium* em uma pessoa idosa

Situações como desconexão com a realidade, dificuldade de fixar a atenção e alteração do nível de consciência, ocorridas de forma súbita ou rapidamente progressiva e de curso flutuante, são condições muito prováveis da ocorrência de *delirium*. Em uma pessoa idosa com demência essas condições já poderão estar alteradas, o que leva a suspeita de *delirium* é uma mudança rápida de estado do paciente, mais facilmente identificada por uma pessoa que conviva com esta pessoa idosa. [...]

O que fazer quando uma pessoa idosa está com *delirium*

O primeiro passo diante de uma pessoa idosa que se encontra muito quieta ou agitada e com confusão mental de início agudo é suspeitar de *delirium* e encaminhá-la imediatamente para avaliação médica, para a confirmação diagnóstica, tendo em vista que o *delirium* é uma condição de emergência médica, pois, denota uma maior vulnerabilidade da pessoa idosa associada a um comprometimento agudo do seu estado de saúde, que pode ser grave. [...]

O que pode ser feito para prevenir o *delirium*

Tão importante quanto saber quais as doenças crônicas que a pessoa idosa tem é saber como é seu estado funcional. Por exemplo, se a pessoa idosa é capaz de tomar conta de sua própria vida, lidar com dinheiro, sair de casa sozinho e tomar uma condução, fazer pequenas tarefas domésticas ou preparar pequenas refeições. Além disso, se a pessoa idosa é capaz de cuidar de si mesma, tomar banho sozinha, caminhar dentro de casa, ir ao banheiro sem ajuda, alimentar-se com as próprias mãos. A perda da funcionalidade é muitas vezes negligenciada e considerada como resultado do próprio envelhecimento (“da idade”), tanto por familiares quanto por profissionais de saúde e constitui-se num grave erro. [...] Os fatores de risco para a ocorrência de *delirium* e as respectivas medidas de prevenção são apresentados no quadro a seguir.

Quadro – Fatores de risco para *delirium* e medidas de prevenção

Fatores de risco	Medidas de prevenção
Privação do sono	Abordagem do sono sem uso de medicamento, estratégia para redução de ruídos. Adequação dos horários de medicação e outros procedimentos (p. ex., banho) para possibilitar um período ininterrupto de sono.
Desidratação	Identificação precoce e reposição de líquidos, de acordo com a orientação médica.

(BORN, 2008, p.132-138, grifos do autor).

Apenas no fechamento do capítulo as medidas de prevenção do *delirium* são apresentadas, inclusive ressaltando o papel fundamental do cuidador de idosos na observação do estado funcional do idoso, ou seja, a prevenção é tratada a partir do acompanhamento feito pelo cuidador com respeito à manutenção ou à *perda da funcionalidade* (0,53) por parte do idoso, o que afeta diretamente a preservação da sua autonomia e da sua independência na realização das tarefas diárias. A referida *perda da funcionalidade*, hápax que apareceu na tabela 13, é elemento-chave na identificação do *delirium*, visto que não deve ser encarada como um fenômeno natural do envelhecimento. A perda da funcionalidade, aliás, pode ser indicativa de muitos outros problemas, agudos ou crônicos, como as demências senis, entre elas, o Mal de Alzheimer, mas isso não significa que o idoso que apresente essas perdas funcionais seja, necessariamente, diagnosticado com algum tipo de demência. De fato, se a perda funcional não afetar o desempenho de maior parte de suas atividades cotidianas, isto é, sua independência e autoafirmação, o idoso pode ser considerado saudável (VERAS, 2009).

Em se tratando de uma confusão mental aguda, e não crônica (embora seja mais comum em pessoas idosas), não é de se estranhar que o manual apresente uma solução de tratamento agudo do distúrbio do *delirium*, e não um acompanhamento contínuo desse problema. De qualquer maneira, interessa saber que esse tratamento tem primazia sobre a prevenção, o que aponta para uma compreensão de cuidado como o tratamento pontual de um problema de saúde a ser curado. Conforme discutido no capítulo 2 deste trabalho, a prevenção se mostra eficaz em qualquer etapa da vida, mas a instauração de um modelo preventivo de cuidado requer uma re-estruturação inicial dispendiosa no sistema de saúde e, além disso, uma quebra, no Brasil, da já arraigada cultura do modelo biomédico de cuidado agudo (VERAS, 2012a). Desta forma, o manual reflete o discurso ainda predominante, no campo da saúde, acerca do tratamento agudo do idoso, à semelhança do adulto jovem.

A tabela 19, retomada a seguir, permite recordar alguns exemplos do vocabulário particular altamente especializado em M2, o qual vai ratificar o acento apreciativo do manual sobre o cuidado:

Tabela 19 – Hápax no Campo da Saúde em M2

Palavras	Ocorrência	M2	Z2
Cateterização intermitente	1	1	0,53
Cateter nasal	1	1	0,53
Coluna lombar	1	1	0,53
Disfunção renal	1	1	0,53
Disgeusia	1	1	0,53
Distúrbio hidroeletrólítico	1	1	0,53
Distúrbio metabólico	1	1	0,53
Distúrbios alucinatórios	1	1	0,53
Doenças pulmonares	1	1	0,53
Doenças respiratórias	1	1	0,53
Fibrose cística	1	1	0,53
Fisioterapia respiratória	1	1	0,53
Incapacidades físicas	1	1	0,53
Incontinência fecal paradoxal	1	1	0,53
Infecções agudas	1	1	0,53
Infecções crônicas	1	1	0,53
Infecções de repetição	1	1	0,53
Infecções do trato urinário	1	1	0,53
Medicação anti-hipertensiva	1	1	0,53
Medicamento antiepilépticos	1	1	0,53
Paciente deprimido	1	1	0,53
Paciente epiléptico	1	1	0,53
Pacientes com demência	1	1	0,53

Perda da funcionalidade	1	1	0,53
Perda da memória	1	1	0,53
Perda das avds básicas	1	1	0,53

No capítulo do *Manual do Cuidador da Pessoa Idosa* dedicado à convulsão, ou crise epiléptica, apresenta-se sua definição, para, em seguida, apontar suas possíveis causas, entre elas, o *distúrbio hidroeletrólítico* (0,53):

O que é uma convulsão?

Convulsão ou crise epiléptica é definida como uma alteração repentina e involuntária do comportamento, do nível de consciência, do padrão motor e/ou da sensibilidade. Essas alterações são causadas por uma descarga excessiva e ao mesmo tempo, de um grupo de neurônios de uma região do cérebro qualquer. Acredita-se que cerca de 5% a 10% da população sofrerá pelo menos uma crise durante a vida.

A crise epiléptica pode surgir espontaneamente ou ser desencadeada por febre alta, distúrbio hidroeletrólítico (desidratação, alteração na concentração de alguns elementos do sangue como sódio, potássio, cálcio e magnésio), lesões neurológicas (derrames, sangramentos no sistema nervoso, traumatismos, tumores), efeito de medicamentos, intoxicações exógenas (uso e/ou abuso de substâncias químicas), ingestão de álcool ou drogas. Em muitos casos, a causa é identificada, tratada e a crise não deverá voltar. Outras vezes, não se identifica a causa, mas, ainda assim, muitos desses pacientes não voltarão a ter crises. Por fim, alguns indivíduos apresentam crises epilépticas espontâneas, recorrentes, isto é, que voltam a aparecer e são, portanto, considerados epiléticos (BORN, 2008, p. 126, grifo do autor).

As causas das crises epilépticas são tratadas mais detalhadamente adiante, quando o manual as subclassifica em: crises epilépticas idiopáticas (mais frequentes) e crises epilépticas secundárias, em que há lesões cerebrais. Daí, o manual expõe alguns de seus principais causadores, como: *encefalopatia hipertensiva* (0,53), *hemorragia intracraniana* (0,53), *isquemia grave do sistema nervoso central* (0,53), *insuficiência hepática* (0,74) etc. Todas essas causas das crises epilépticas secundárias são representativas dos hápax no campo da saúde, em M2, com exceção de *insuficiência hepática*, que aparece duas vezes, mas exclusivamente nessa variável e, por isso, também é bastante temática. Como se observa, na primeira parte do capítulo intitulado *Crises epilépticas*, o *Manual do Cuidador da Pessoa Idosa* não poupa o leitor do vocabulário técnico específico da área da saúde e, por consequência, faz uma utilização abundante do vocabulário particular, inclusive de hápax. Questiona-se, no entanto, a verdadeira função desses termos extremamente técnicos para um cuidador que, na verdade, clama por

orientações mais práticas, por uma teoria voltada para orientar um melhor desempenho no seu trabalho real.

Na sequência, o manual discute o tratamento das crises epiléticas, através do uso contínuo de *medicamentos antiepiléticos* (0,53) e da prevenção das crises proporcionada pela regularização do sono e do nível de ansiedade:

Na grande maioria dos casos, as crises epiléticas cessam sozinhas, uma vez que, em geral, são de curta duração. O atendimento médico inicial visa buscar causas reversíveis imediatas (como a hipoglicemia), manobras de suporte avançado de vida (garantir que o doente continue respirando, suporte suplementar de oxigênio, suporte cardiovascular) e usar medicamentos que abortem a crise, como os benzodiazepínicos (por exemplo, diazepam). Após isso, o atendimento médico visará a busca da causa da crise epilética (citadas anteriormente).

Não existe cura para a epilepsia, porém o tratamento médico pode reduzir ou controlar as crises, sendo que para a maioria dos pacientes os sintomas podem desaparecer totalmente. Setenta por cento das pessoas com epilepsia têm suas crises controladas com medicamento antiepiléticos (ou anticonvulsivantes). [...] O primeiro passo para o controle das crises é o uso correto das medicações, respeitando rigidamente as orientações do médico em relação à dosagem e aos horários em que devem ser tomadas. Também são necessárias para o sucesso do tratamento, a regularização dos hábitos do sono e dos níveis de ansiedade (ficar sem dormir, sono com muitas interrupções e situações de estresse podem ser desencadeantes de crises epiléticas, mesmo em pacientes medicados adequadamente). [...] **A epilepsia não está relacionada a problemas psicológicos graves e não é um tipo de deficiência mental sendo que, se tratada adequadamente, o paciente epilético poderá gozar uma vida normal** (BORN, 2008, p.128-129, grifo nosso).

De acordo com o manual, o primeiro passo para que o tratamento da epilepsia seja eficaz é o uso correto da medicação antiepilética, sendo também importante a regularização do sono e da ansiedade, que pode ser, ou não, feita pelo próprio medicamento. O manual explica que o tratamento busca as causas reversíveis imediatas da crise, para em seguida descobrir a causa da crise epilética. Da maneira como está exposta nesse trecho, não fica clara a diferença entre a crise epilética idiopática e a secundária, ou se o paciente epilético, diagnosticado com epilepsia, é o mesmo que aquele que é tomado por uma crise epilética esporádica, o que pode levar a confundir o cuidador de idosos a se confundir.

Importa para o cuidador, realmente, o que está sinalizado no trecho destacado em negrito: a epilepsia não se caracteriza como um distúrbio mental, ou como um problema psicológico grave e, diante de uma crise convulsiva, o cuidador

precisa estar preparado para ajudar o idoso. Essas orientações são repetidas em forma de resumo, no fim do capítulo, no quadro “Importante lembrar”:

Importante lembrar
<p>1. Crise epiléptica (ou convulsão) é uma alteração repentina e involuntária do comportamento, dos movimentos, do nível de consciência e/ou da sensibilidade. As crises epilépticas duram alguns minutos e cessam sozinhas.</p> <p>2. Durante uma crise, o cuidador deve manter a serenidade e tomar as seguintes providências:</p> <ul style="list-style-type: none"> • coloque o corpo e a cabeça da pessoa para o lado; • proteja a cabeça; não tente conter a pessoa; • afrouxe roupas e retire pulseiras, relógios, óculos, colares; • não coloque objetos na boca nem tente segurar a língua; • procure manter a área ao redor livre; não interfira nos movimentos; • não jogue água nem bata no rosto da pessoa em crise; • não forneça medicamento durante a crise; afaste curiosos; • reduza estimulação sensorial; • permita que a pessoa descanse após a crise; • procure atendimento médico, principalmente nos casos de crises recorrentes, isto é, que voltam a aparecer ou caso a crise não cesse após cinco minutos.

(BORN, 2008, p. 131).

O *Manual do Cuidador da Pessoa Idosa*, ao enfatizar que a epilepsia não é uma “deficiência mental”, remete dialogicamente a alguns mitos em torno da doença, conhecida na Antiguidade como causada pela influência dos deuses (doença sagrada) ou pela influência das fases da Lua (os epilépticos eram conhecidos como lunáticos). Mesmo após os estudos de Hipócrates, pai da Medicina, que apontou a epilepsia como sendo de origem cerebral, ainda na Idade Antiga, o mito sobre a epilepsia enquanto uma doença contagiosa (sobretudo pela saliva), surgido na Roma Antiga, voltou a vigorar na Idade Média, durante a qual os epilépticos foram considerados como possuidores do demônio (VIVA COM EPILEPSIA..., 2014).

A preocupação do manual em esclarecer o cuidador de idosos sobre as crises epilépticas reside no fato de que ele esteja preparado adequadamente para atender ao idoso epiléptico, a fim de que ele possa atravessar o momento de crise sem maiores problemas. Por outro lado, não é à toa que o manual remonta ao preconceito existente em torno da doença, tendo em vista que muitos desses mitos ainda estão presentes no imaginário social dos cuidadores, daí a necessidade de combatê-los. É possível perceber isso através do relato de dois dos cuidadores entrevistados nas instituições geriátricas do Recife:

P – *E se o idoso se engasgar ou tiver uma convulsão, você sabe como proceder?*

[...] Com... convulsão. [É, ou ataque epilético] Não tenho medo. Eu sou de procedimento, eu nunca tive medo, sempre cuidei dessas pessoas. Eu uma vez eu peguei uma briga com uma sala todinha, porque um grande amigo meu teve um ataque epilético, caiu e ninguém acudiu ele, uma pessoa pertinho dele, saiu de junto. Isso não pega. Epilepsia não pega em ninguém. [E você sabe como proceder direitinho?] Sei! Levantar a cabeça dele, se a língua tiver dobrada, desdobrar a língua, pra não poder sufocar. Tem mais alguma coisa que eu possa saber? [...] (C1, 2010).

Convulsão eu sei que tem o, os métodos de convulsão, é você deitar a pessoa, é tentar proteger a cabeça, os braços, as pernas, pra ele não, não... ficar se batendo, botar de lado, tentar puxar a língua pra que ele não possa se engasgar, são alguns procedimentos que têm que ser feito na hora né, não pode, não pode... esperar alguém chegar (C8, 2010).

C1 esclarece que não tem medo de crises epiléticas e que sempre lidou com isso, apesar de relatar que já presenciou uma situação em que uma pessoa se afastou de um amigo seu durante a crise. C1, então, utiliza o Outro em seu discurso, para reafirmar seu conhecimento de que a epilepsia “não pega em ninguém”. Por outro lado, C1 reproduz a ideia de tentar desdobrar a língua do epilético durante a crise, e isso também é um mito, segundo o *Manual do Cuidador da Pessoa Idosa*, o qual deve ser evitado. Na visão de C8, que se refere aos “métodos de convulsão”, provavelmente remetendo a algumas técnicas aprendidas durante seu curso técnico em enfermagem, devem ser realizados alguns procedimentos imediatos, entre eles, “tentar puxar a língua para que ele não possa se engasgar”.

Diante dos relatos de C1 e C8, observa-se que o mito da epilepsia enquanto uma doença transmissível não está mais presente no seu discurso, não obstante apareça no discurso do outro e, por isso, cabe a eles, enquanto cuidadores de idosos, realizarem os procedimentos imediatos para os idosos epiléticos durante a crise. Não obstante, os cuidadores ainda acreditam que puxar a língua da pessoa ajuda a evitar o sufocamento. Depreende-se, desta forma, que, por alguma razão, nem todos os mitos em torno da epilepsia foram derrubados, constatação que sinaliza a necessidade de maior ênfase do trabalho prescrito para a orientação do trabalho real desses profissionais. É assim que o *Manual do Cuidador da Pessoa Idosa* antecipa a resposta dos seus interlocutores, na medida em que reflete os mitos sobre a epilepsia, ainda presentes nos discursos desses trabalhadores, ao mesmo tempo que busca refratá-los, através de orientações mais precisas sobre a doença.

Por outro lado, há que se considerar que a presença marcante dos temas específicos na área da saúde, caracterizando o vocabulário particular e, principalmente, os hápax no referido manual, acaba por adquirir maior peso quantitativo na sua construção discursiva. Em termos qualitativos, isso se traduz como um excesso de explicações altamente especializadas para um público que requer orientações mais precisas sobre o seu trabalho, sendo estas, muitas vezes, constituídas por um saber básico em saúde que ultrapasse o senso comum, visto que os cuidadores de idosos, sobretudo nas instituições geriátricas, poderão recorrer a outros profissionais de saúde para lidar com técnicas ou procedimentos mais específicos, quando necessário.

A preocupação do manual com o detalhamento das técnicas e procedimentos em saúde, muitas vezes ilustrada pelo vocabulário particular, também revela no todo desse enunciado concreto um acento apreciativo que repousa em uma noção de cuidado dependente, em primeiro lugar, do domínio desses procedimentos por parte do cuidador. Para além da escolha desses temas na abordagem daquilo que se considera importante para a boa formação desse profissional, essa construção discursiva acaba por embotar outros sentidos de cuidado possíveis, sentidos que aparecem pontualmente no manual, como o cuidado preventivo, ou como os cuidados paliativos, referidos pelo manual como aqueles cuidados que vêm apenas após a tentativa frustrada do cuidado curativo:

Doenças que levavam à morte, sem qualquer possibilidade de tratamento, hoje podem ser tratadas e controladas. Porém, não podem ser curadas, acarretando, como consequência para a pessoa acometida, seqüelas que podem gerar incapacidades e criar graus variáveis de dependência para as suas necessidades básicas, como alimentação, higiene, gerenciamento da sua vida pessoal, inclusive da suas finanças. É então que se faz necessária a presença do cuidador, tendendo rapidamente a tornar-se um acompanhamento permanente. Nesse momento, a perda da autonomia se estabelece e a pessoa idosa se torna um ser dependente. (Ver assunto *Diminuição da capacidade funcional, fragilização e dependência*). Para fazer frente às necessidades de pacientes que perdem qualquer possibilidade de tratamento voltado para a cura, surgem os cuidados paliativos, com ações destinadas ao bem-estar físico e espiritual das pessoas idosas, com alívio da dor e de outros sintomas, oferecendo-lhes conforto e maiores possibilidades de aproximação com seus familiares e amigos (BORN, 2008, p. 217, grifo nosso).

É interessante observar que, após todas as instruções especializadas e técnicas fornecidas ao cuidador de idosos, ao longo de tantos capítulos da parte destinada aos Cuidados no *Manual do Cuidador da Pessoa Idosa*, no capítulo

intitulado *Finitude e os cuidados ao fim da vida*, o manual vai se referir às doenças crônicas que assolam a velhice, doenças essas que tornam o idoso dependente e, por isso, requerem o acompanhamento cada vez mais permanente dos cuidadores de idosos, conforme o trecho destacado em negrito. Ora, se é para cuidar das doenças crônicas que a presença do cuidador se torna imprescindível, qual seria a finalidade de instruí-lo de forma tão técnica anteriormente?

De fato, todos os tratamentos referidos nos demais capítulos do campo da saúde no manual são predominantemente curativos e apenas quando eles não são mais suficientes, o cuidado paliativo, que visa ao bem-estar físico e espiritual da pessoa cuidada, toma o seu lugar. Em outros termos, o manual ratifica que o cuidado holístico só deve assumir a prioridade no tratamento do idoso quando o cuidado biomédico agudo já não for eficiente, revelando, mais uma vez, a primazia de um cuidado curativo, que visa à manutenção do corpo físico, e não ao conforto e ao bem-estar da pessoa cuidada. Mediante essa visão, saúde e qualidade de vida são temas que não caminham juntos na velhice, e a saúde integral, que considera o ser humano como um todo, ainda é um conceito que não está presente e com o qual não se deseja formar as pessoas que cuidam ou cuidarão dos idosos brasileiros.

Apesar disso, no mesmo capítulo, o manual reporta o discurso da Organização Mundial de Saúde acerca dos cuidados paliativos:

A Organização Mundial de Saúde (OMS) vem preconizando e atualizando a definição dos cuidados paliativos para os pacientes nessas circunstâncias: 'uma abordagem terapêutica que visa melhorar a qualidade de vida de pacientes e seus familiares em face de problemas associados a doenças que põem em risco a vida, através da prevenção e alívio do sofrimento por meio da identificação precoce e de uma avaliação absolutamente precisa e do tratamento da dor e de outros problemas físicos, psicossociais e espirituais'.

Vemos que a OMS dá igual importância à intervenção médica, aos remédios para aliviar dores e desconfortos, aos aspectos emocionais, às questões sociais e à espiritualidade do paciente e seus familiares. Com isso, a OMS deixa claro que a chegada da morte é uma questão crucial da existência dos seres humanos e a ciência médica apenas pode – e deve – aplicar seus conhecimentos para ajudar o paciente naquilo que é da sua estrita competência. A mais, é a afeição, o respeito, a solidariedade, a compaixão e a espiritualidade que podem dar conta do cuidado devido ao paciente idoso ao fim da vida (BORN, 2008, p. 222).

Conforme a definição da OMS, há uma ênfase na busca pela qualidade de vida dos pacientes proporcionada pelos cuidados paliativos, diante de problemas associados a doenças, inclusive pela prevenção e alívio da dor, do diagnóstico

precoce dos “problemas físicos, psicossociais e espirituais”. O manual interpreta esse discurso sem se referir à qualidade de vida proporcionada pelo equilíbrio dos fatores físicos, psicossociais e espirituais, tal como preconiza a OMS, para fazer sobressair o discurso de que a medicina não é a ciência que tudo pode, mas que quase tudo pode: quando a medicina já não dá conta do tratamento dos pacientes, entram “a afeição, o respeito, a solidariedade, a compaixão e a espiritualidade” que fazem parte do fim da vida do idoso, como uma forma de aceitar a proximidade da morte. Também através dessa aceção, ratifica-se um acento apreciativo sobre o cuidado curativo, que deve abrir espaço para outros tipos de cuidado apenas quando não houver mais ações a serem realizadas sobre o corpo físico, isto é, quando o homem já não é capaz de intervir através da ciência, está autorizado a recorrer à religiosidade ou à espiritualidade.

Acerca do binômio ciência *versus* religiosidade, é relevante discutir sobre o capítulo intitulado *A importância da espiritualidade e da religiosidade na pessoa idosa*, que “fala sobre a espiritualidade e a religiosidade na pessoa idosa e do respeito que o cuidador deve ter para com as crenças religiosas da pessoa idosa que está sob seus cuidados” (BORN, 2008, p. 319). Para tanto, inicialmente, o capítulo traça a diferença entre a religiosidade e a espiritualidade:

O que é espiritualidade?

Podemos dizer que espiritualidade é aquilo que possibilita às pessoas experimentarem que a vida não se limita ao presente e à satisfação das necessidades materiais. Ela independe de uma religião, é algo profundo, que se manifesta nas perguntas que o ser humano faz sobre o sentido da sua vida, pela sua busca de alguma força que o ampare, pelo seu desejo do belo, pelo seu amor ao próximo, pelo cuidado que tem para com o meio ambiente.

O que é religiosidade?

Quando uma pessoa aceita uma religião, podemos dizer que ela encontrou nela uma forma de praticar a espiritualidade, seguindo suas crenças e práticas. Pode-se dizer que o ser humano traz em si uma marca profunda, que o acompanha toda a vida, como o sinal do umbigo que nos faz lembrar sempre que nascemos de nossa mãe. Foi ela que nos gerou, nos nutriu, nos deu a vida. Assim também temos em nós a marca de nosso Criador e ansiamos o reencontro com Ele. Este anseio se manifesta através da busca de uma religiosidade, de oração e de mística que expressa sede e fome de Deus. Esta é a busca de algo que seja superior a nós e que vá além dos limites da nossa vida. E ela se manifesta em todo ser humano à medida que este alcança um certo grau de maturidade. Um grande cientista do século passado, Albert Einstein, 1879-1955 (físico alemão, naturalizado norte-americano), disse a célebre frase: *A ciência sem religião é aleijada. A religião sem a ciência é cega* (BORN, 2008, p. 319-320).

De acordo com a explicação acima, a espiritualidade é expressa pela busca do sentido da vida, um sentido que ultrapassa os anseios materiais; já a religiosidade é uma maneira de expressar essa espiritualidade através da religião, manifestada por suas crenças e práticas. Segundo o texto, a religiosidade está necessariamente atrelada à tese criacionista, segundo a qual o homem é criado por um Deus e, com a maturidade, a religiosidade vai despertar nesse homem o desejo de reencontrar o Criador, que lhe é superior e o aguarda no reino divino, onde o cristão encontrará sua verdadeira libertação.

Para reforçar seu argumento religioso, o manual chama para seu discurso a voz do Outro, representada pela ciência, através da fala de um cientista – Einstein – segundo o qual a ciência e a religião devem caminhar juntas. Propor o diálogo e a convivência entre a ciência e a religião é uma maneira de responder dialogicamente o discurso dualista que preconiza a sobreposição de uma sobre a outra, o qual é preocupação da Filosofia desde a Antiguidade. Mais precisamente, em se tratando de um posicionamento religioso cristão, é uma maneira de refutar a tese de que a religião seria produto do homem, e não o homem seria fruto da religião, cuja autoria é atribuída a Karl Marx, em seu artigo *Crítica da filosofia do direito de Hegel*, datado de 1844:

É este o fundamento da crítica irreligiosa: o homem *faz a religião*, a religião não faz o homem. E a religião é de fato a autoconsciência e o sentimento de si do homem, que ou não se encontrou ainda ou voltou a se perder. Mas o Homem não é um ser abstrato, acororado fora do mundo. O homem é o *mundo do homem*, o Estado, a sociedade. Este Estado e esta sociedade produzem a religião, uma *consciência invertida do mundo*, porque eles são um *mundo invertido*. A religião é a teoria geral deste mundo, o seu resumo enciclopédico, a sua lógica em forma popular, o seu *point d'honneur* espiritualista, o seu entusiasmo, a sua sanção moral, o seu complemento solene, a sua base geral de consolação e de justificação. É a *realização fantástica* da essência humana, porque a essência humana não possui verdadeira realidade. Por conseguinte, a luta contra a religião é, indiretamente, a luta contra *aquele mundo* cujo *aroma* espiritual é a religião.

A miséria *religiosa* constitui ao mesmo tempo a *expressão* da miséria real e o *protesto* contra a miséria real. A religião é o suspiro da criatura oprimida, o ânimo de um mundo sem coração e a alma de situações sem alma. A religião é o *ópio* do povo.

A abolição da religião enquanto felicidade *ilusória* dos homens é a exigência da sua felicidade *real*. [...] A crítica da religião liberta o homem da ilusão, de modo que pense, atue e configure a sua realidade como homem que perdeu as ilusões e reconquistou a razão, a fim de que ele gire em torno de si mesmo e, assim, em volta do seu verdadeiro sol. A religião é apenas o sol ilusório que gira em volta do homem enquanto ele não circula em torno de si mesmo (MARX, 2005, p. 146-147).

Aquilo que Marx denomina de “fundamento da crítica irreligiosa”, que ganhou grande repercussão na literatura através da famosa expressão: “a religião é o ópio do povo”, tem suas bases em outros pensadores contemporâneos a Marx, conforme esclarece Löwy, em interessante retomada histórica acerca da relação entre o marxismo e a religião:

A conhecida frase ‘a religião é o ópio do povo’ é considerada como a quintessência da concepção marxista do fenômeno religioso pela maioria de seus partidários e oponentes. O quão acertado é este um ponto de vista? Antes de qualquer coisa, as pessoas deveriam enfatizar que esta afirmação não é de todo especificamente marxista. A mesma frase pode ser encontrada, em diversos contextos, nos escritos de Immanuel Kant, J. G. Herder, Ludwig Feuerbach, Bruno Bauer, Moses Hess e Heinrich Heine. Por exemplo, em seu ensaio sobre Ludwig Börne (1840), Heine já a usava – de uma maneira positiva (embora irônica): ‘Bem-vinda seja uma religião que derrama no amargo cálice da sofredora espécie humana algumas doces, soníferas gotas de ópio espiritual, algumas gotas de amor, esperança e crença’. Moses Hess, em seu ensaio publicado na Suíça em 1843, toma uma postura mais crítica (mas ainda ambígua): ‘A religião pode tornar suportável [...] a infeliz consciência de servidão [...] de igual forma o ópio é de boa ajuda em angustiosas doenças’ (LÖWY, 2007, p.3).

Por muito tempo, os ideais marxistas e a religião percorreram um caminho dicotômico, representado pela luta entre o materialismo e o idealismo. Para Marx (2005), a religião, considerada como uma forma de ideologia, isto é, um discurso dominante no período medieval, funcionava como uma alienação do povo frente à ascendente ideologia capitalista, que visava ao acúmulo da riqueza e à segregação entre as classes sociais. Não obstante, Löwy esclarece que, em obra posterior, Engels (1969b *apud* LÖWY, 2007) discutem as diferentes manifestações da cristandade ao longo dos períodos históricos:

A cristandade não apareceu (como em Feuerbach) como uma ‘essência’ atemporal, mas sim como um sistema cultural experimentando transformações em diferentes períodos históricos. Primeiro a cristandade foi uma religião dos escravos, depois a ideologia estatal do Império Romano, depois vestimenta da hierarquia feudal e finalmente se adapta à sociedade burguesa (LÖWY, 2007, p. 5).

Como se observa, a dita cristandade serviu a interesses de diversas classes, assumindo discursos diferentes dentro do próprio clero:

Engels parece não encontrar nada mais que o ‘disfarce religioso’ de interesses de classes nas diferentes formas de crenças. Entretanto, graças a seu método de análise em termos de luta de classes, Engels se dá conta,

e assim expressa em *A guerra camponesa na Alemanha* que o clero não era um corpo socialmente homogêneo: em certas conjunturas históricas, dividia-se internamente segundo sua composição social. É desta forma que durante a Reforma, temos por um lado o alto clero, cúpula da hierarquia feudal, e pelo outro, o baixo clero, que dá sustento aos ideólogos da Reforma e do movimento revolucionário camponês (ENGELS, 1969b, p. 422-475 *apud* LÖWY, 2007, p. 5).

Nesse sentido, Engels compreendeu que, se por um lado a religião representava o discurso do opressor, legitimando a ordem social existente na Idade Média – o Feudalismo –, por outro lado, havia espaço para um discurso crítico e até revolucionário, representativo do cristianismo primitivo, isto é, a religião dos pobres e oprimidos. A partir dessa compreensão, o pensador traçou um paralelo entre esse cristianismo e o socialismo moderno, visto que ambos haviam sido criados não por profetas, mas pelo povo, que fora perseguido e oprimido pelas autoridades dominantes, uma vez que defendiam a libertação e o fim da miséria e da escravidão. Todavia, os cristãos primitivos acreditavam na libertação após a morte, enquanto que o socialismo a procurava em um futuro próximo (ENGELS, 1969b *apud* LÖWY, 2007).

A compreensão de que a religião poderia atuar no sentido de libertar o povo da opressão ganhou força peculiar, sobretudo, a partir da década de 1960, na América Latina, com a publicação da obra *Teologia da Libertação*, do padre peruano Gustavo Gutierrez, a qual tem como um importante representante o brasileiro Leonardo Boff.

A teologia ‘tradicional’, importada dos moldes europeus, já não respondia e nem explicava a realidade em que as massas populares viviam. Na metade do século XX, quando a Teologia da Libertação começou a ser formulada, era preciso uma nova elaboração teológica, em que a classe dominante dos diversos países latino-americanos não ocupasse o papel principal em contraponto com a classe pobre e trabalhadora, que por sinal, representava a maioria da população na América Latina desde a sua constituição como região colonizada principalmente por espanhóis e portugueses católicos (GUIMARÃES; LANZA, 2008, p. 1)

É a partir da compreensão de que a religião precisa estar a favor dos pobres e oprimidos, os quais, na América Latina, eram representados principalmente pelos ameríndios e os afroamericanos, que Boff e Boff (1986), ao defenderem a Teologia da Libertação, acabam por aproximar os ideais marxistas da práxis religiosa: a teologia que defende a libertação do homem precisa estar em consonância com os

problemas sociais, lutando a favor dos oprimidos, visto que é nessa posição que se está com Deus, como apregoava o cristianismo primitivo:

Por detrás da Teologia da Libertação existe a opção profética e solidária com a vida, a causa e as lutas destes milhões de humilhados e ofendidos em vista da superação desta iniquidade histórico-social (BOFF, L.; BOFF, C., 1986, p.13-14).

Conforme pode-se observar, nessa perspectiva, o dualismo entre a religião e a ciência perde sua força, visto que a herança política, social e econômica da América Latina acaba por ditar as bases da Teologia da Libertação. A verdadeira aproximação que se propõe entre a religião e a ciência parte da compreensão de que os direitos fundamentais do ser humano precisam ser respeitados acima de tudo, portanto a história de opressão de um povo precisa ser considerada na busca pela igualdade e solidariedade cristãs.

Feita essa breve retomada histórica sobre a discussão entre a religião e a ciência da perspectiva marxista à Teologia da Libertação, é preciso insistir na observação do *Manual do Cuidador da Pessoa Idosa*, no que tange à sua busca por ratificar seu discurso religioso cristão a partir da voz da ciência. Após a citação de Einstein, o manual introduz uma narrativa interessante, apresentada como fato, para ratificar o seu discurso sobre a importância de cultivar a religiosidade, reconhecida por outro grande cientista, Louis Pasteur:

Um senhor de 70 anos viajava de trem tendo ao seu lado um jovem universitário, que lia o seu livro de ciências. O senhor, por sua vez, lia um livro de capa preta. Foi quando o jovem percebeu que se tratava da Bíblia e estava aberta no livro de Marcos. Sem muita cerimônia, o jovem interrompeu a leitura do velho e perguntou:

– O senhor ainda acredita neste livro cheio de fábulas e crendices?

– Sim, mas não é um livro de crendices. É a Palavra de Deus. Estou errado?

– Mas é claro que está! Creio que o senhor deveria estudar a História Universal. **Veria que a revolução Francesa, ocorrida há mais de 100 anos, mostrou a miopia da religião. Somente pessoas sem cultura ainda crêem que Deus tenha criado o mundo em seis dias. O senhor deveria conhecer um pouco mais sobre o que os nossos cientistas pensam e dizem sobre tudo isso.**

– É mesmo? E o que pensam e dizem os nossos cientistas sobre a Bíblia?

– Bem, respondeu o universitário, como vou descer na próxima estação, falta-me tempo agora, mas deixe o seu cartão que eu lhe enviarei o material pelo correio com a máxima urgência.

O velho então, cuidadosamente, abriu o bolso interno do paletó e deu o seu cartão ao universitário.

Quando o jovem leu o que estava escrito, saiu cabisbaixo, sentindo-se péssimo.

No cartão estava escrito: Professor Doutor Louis Pasteur, Diretor Geral do Instituto de Pesquisas Científicas da Universidade Nacional da França (BORN, 2008, p. 320, grifo nosso).

No trecho destacado em negrito, reconstitui-se o fio dialógico entre a fala do estudante, representando o ponto de vista racional, científico e que parte da tese evolucionista de Darwin, e não da tese criacionista do mundo, conforme a doutrina cristã, e a tese da miopia da religião, a qual remete à cegueira provocada pela crença, que alivia o sofrimento e as dores, através da certeza de alcançar as bênçãos do reino divino. A “miopia da religião” e a religião enquanto “o ópio do povo”, portanto, são metáforas que servem à mesma crítica: a religião e o conhecimento científico são incompatíveis, e somente aqueles “sem cultura”, ou sem conhecimento, ainda acreditam na tese criacionista. Essa ideia é apresentada no manual no entanto, para ser combatida, uma vez que o interlocutor do estudante é um cientista famoso que acreditava na palavra de Deus, e ninguém melhor que um cientista para ratificar a ideia de que a ciência e a crença religiosa podem caminhar juntas, pois, segundo a frase atribuída a Pasteur, citada no manual: “Um pouco de ciência nos afasta de Deus. Muito, nos aproxima” (BORN, 2008, p. 321).

Mas, segundo o manual, o fato ocorrido com Pasteur, na época já idoso, serve para ilustrar, para o cuidador de idosos, a importância de suas atitudes diante dos idosos, sobretudo quando não se tem qualquer informação sobre suas crenças ou sobre sua vida. É nesse sentido que o manual vai propor alguns cuidados cotidianos:

1. Ser discreto, não influenciar na crença da pessoa idosa que está sendo cuidada;
2. Respeitar a forma da pessoa expressar sua fé e sua prática religiosa. Ela pode possuir vários símbolos que cuida como se fossem fotografias de seus queridos. Deve saber aceitar e valorizar essa piedade popular.
3. Estar atento às necessidades da pessoa idosa que quer ir à sua igreja e celebrar à sua forma. O cuidador deve acompanhá-la de forma discreta e respeitosa.
4. É também importante que o cuidador alimente sua espiritualidade; esta vivência facilitará as atitudes de gratidão, de gentileza, de solidariedade respeitosa para com a pessoa idosa (BORN, 2008, p. 321).

De acordo com as orientações elencadas, observa-se que o acento apreciativo que recai sobre o cuidado aqui é completamente distinto dos acentos apreciativos que apareceram em outros capítulos do manual. Em vez de prestar ativamente um cuidado, como o faz no caso de um cuidado curativo, um cuidado

preventivo ou um cuidado paliativo, o cuidado prestado pelo cuidador em relação ao exercício da crença pelo idoso é, principalmente, um cuidado neutro, discreto e respeitoso, na medida em que não deve interferir nos hábitos e crenças que o idoso carrega. O cuidado, nesse capítulo, tem relação, portanto, com o respeito, com a gentileza, com o zelo pela religiosidade do idoso cuidado. Como sugestão para o cuidador, o manual enfatiza a relevância de ele mesmo cultivar sua espiritualidade (independentemente de sua religião), de forma a despertar seu espírito solidário e suas atitudes de gratidão.

Findada a curta lista de cuidados de que o cuidador precisará lançar mão em relação à religiosidade do idoso, novamente o capítulo *A importância da espiritualidade e da religiosidade na pessoa idosa* recorre à palavra científica para chamar a atenção sobre a importância desse tema na vida do idoso. Desta vez, o discurso científico penetra o discurso do manual por dois vieses: através do resultado de uma pesquisa sobre a importância da espiritualidade da vida das pessoas, publicado no jornal Folha de São Paulo em 2004; através de um relato proferido por um médico gerontologista em um Congresso de Geriatria e Gerontologia.

Com relação à pesquisa, o manual reproduz da Folha de São Paulo o seguinte resultado:

Estudos científicos apontam os benefícios da fé para os pacientes e, médicos defendem que a religião deve ser assunto da consulta'

- Médicos de diferentes áreas em todo o mundo – independente de credo – buscam comprovação científica para a relação entre espiritualidade e saúde;
- Nos EUA, a maioria dos cursos de medicina possui, na grade curricular, disciplinas que discutem doença, fé, cura e espiritualidade com os futuros médicos e como abordar o assunto com seus pacientes;
- Quem vivencia a espiritualidade em práticas religiosas vive mais;
- Os cientistas descobriram que a religião dá aos pacientes mais tranquilidade para expor seus problemas e serenidade para se entregarem a procedimentos necessários (BORN, 2008, p. 321-322).

Como se percebe, os resultados da pesquisa apontam para os benefícios da fé para os pacientes, de forma que a religião deve entrar como assunto da consulta. Além disso, mostram a iniciativa de médicos, ao redor do mundo, procurarem entender a relação entre a espiritualidade e a saúde. Especificamente nos Estados Unidos, a discussão sobre doença, fé, cura e espiritualidade já está na pauta de vários cursos de Medicina. Por fim, os cientistas reconheceram a tranquilidade que a

religião dá aos pacientes que, por consequência, dispõe-se mais ao tratamento necessário.

No que concerne ao relato do médico, ele é utilizado para ilustrar os dados expostos na pesquisa, confirmando a importância da espiritualidade na vida das pessoas:

Para ilustrar essa necessidade, recentemente num Congresso de Geriatria e Gerontologia, um famoso médico, autoridade na área do envelhecimento, contou o seguinte fato: ele tinha uma paciente idosa, que tinha vindo do Japão e se comunicava mais em sua própria língua por ter dificuldade de falar e compreender o português. Estando essa senhora bastante idosa e debilitada, já não havia quase nada a se fazer na área da medicina. E esta senhora repetia ao seu médico com frequência: *'Doutor, eu necessito de um sacerdote que me venha atender em confissão, mas que me entenda em minha língua'*. O médico sentia-se de mãos amarradas, pois não conseguia atender à única necessidade que ela lhe manifestava.

Um dia aconteceu que chegou do Japão um sacerdote e ele imediatamente lhe pediu que fosse atender à sua paciente. Após ser atendida pelo sacerdote, o médico foi fazer-lhe uma visita. Ela estava feliz e lhe disse: *'Doutor, agora eu posso morrer feliz, porque o senhor conseguiu providenciar o remédio de que eu necessitava'* (BORN, 2008, p. 322).

Conforme já foi discutido, o *Manual do Cuidador da Pessoa Idosa* incorpora o discurso científico ao seu, de maneira a convencer o seu leitor sobre a verdade de seu próprio discurso. Essa estratégia dá-se, sobremaneira, para responder a ideia de que o discurso religioso carece de comprovação, de verdade, posto que “a religião é o ópio do povo”, sofre de miopia. Não obstante, é necessário compreender que a incorporação do discurso científico no capítulo do manual dá-se de formas diferentes, visto que ele assume tons diferentes.

No primeiro momento, a ciência é chamada através da narrativa da história de Pasteur, ratificando a citação anterior de Einstein sobre a importância de ciência e religião não constituírem uma dicotomia, mas serem saberes complementares. No segundo momento, o discurso científico é apresentado em forma de dados de pesquisa, o que vem assegurar ainda mais o seu caráter de cientificidade, tendo em vista que são dados colhidos e analisados empiricamente. Por fim, a narrativa aparece novamente, agora sob o relato de um médico gerontologista acerca de uma história vivenciada com uma paciente idosa. Pode-se afirmar, então, que se os dados da pesquisa publicada na Folha de São Paulo assumem o tom da verdade da ciência, nos demais excertos, o discurso científico, sob a forma de narrativa,

apresentam um tom instrucional e educativo ao cuidador de idosos, na medida em que provocam a autorreflexão desse trabalhador em formação.

O poder da narrativa, na Medicina, vem sendo discutido por um grupo de estudiosos americanos nos últimos anos, os quais fundaram o campo da Medicina Narrativa, na Universidade de Columbia, Nova Iorque. De acordo com esses estudiosos, a medicina narrativa encoraja o pesquisador, o estudante da área da saúde e os profissionais de saúde em geral ao exercício da autorreflexão e da criatividade em seu trabalho. Segundo Charon, a medicina narrativa:

É uma prática clínica fortificada pela capacidade de saber o que fazer com as histórias, de forma a desenvolver, com essas habilidades, uma percepção sobre as histórias e daí estar apto a reconhecer quando alguém está lhe contando uma história, a absorvê-la, a recebê-la por inteiro, inclusive até o não-dito e as suposições do que pode ter sido deixado de falar, para absorvê-la, para interpretá-la, para respeitá-la e, assim, ser movido por elas e ser movido por elas para a ação. Então é isso que nós chamamos de medicina narrativa (CHARON, 2011, p.1, tradução nossa).

É, pois, a partir do entendimento que a narrativa de pacientes pode ajudar no diagnóstico de seus problemas, mas, além disso, pode dizer muito mais sobre o sujeito paciente, em sua relação com o profissional de saúde, que Charon (2006) defende o espaço da narrativa como essencial para orientar a ação dos profissionais de saúde. No que condiz à utilização da narrativa pelo *Manual do Cuidador da Pessoa Idosa*, no capítulo que trata da importância da espiritualidade e da religião na vida do idoso, pode-se compreender seu papel de instruir o cuidador, fazendo-o refletir não somente a partir de dados científicos, mas das experiências (reais) narradas por outrem (Pasteur e o médico gerontólogo). Essas narrativas, facilmente memorizáveis, podem servir de base não para um cuidado curativo, biomédico, mas sim para um cuidado que ultrapassa a saúde física do idoso, abrangendo a compreensão, por parte do cuidador, de sua dimensão enquanto um sujeito com uma história de vida, com crenças e valores a serem respeitados e exercidos. Em suma, a utilização das narrativas, nesse capítulo do manual, visa a despertar, no cuidador de idosos, a consciência da necessidade de exercer um cuidado ético com o idoso.

É interessante observar que esse cuidado também é reconhecido por médicos, citados no estudo publicado na Folha de São Paulo e através do relato do médico gerontólogo. Ao contrário do que foi visto em outros capítulos sobre os

cuidados específicos em saúde, neste capítulo, a espiritualidade e a religião não são apresentadas como o caminho a ser seguido quando não há mais o que se fazer em termos de cuidados curativos: elas são apresentadas como fortes aliadas na própria relação entre o cuidador e o idoso cuidado, uma relação que é, antes de tudo, ética, solidária e respeitosa.

O acento apreciativo sobre o cuidado ético, nesse capítulo, é visível também através do relato do médico gerontólogo que, diante da impossibilidade de um tratamento curativo para sua paciente idosa japonesa, propiciou-lhe um cuidado através da palavra: ofereceu-lhe a possibilidade de se confessar com um sacerdote de sua língua, o que, nas palavras da senhora, serviu como o remédio de que ela necessitava para morrer tranquilamente.

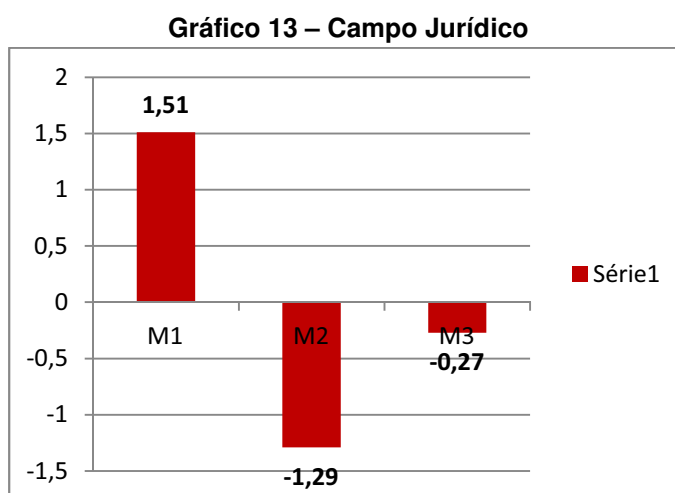
Conforme ficou demonstrado, a discussão sobre o cuidado no campo da saúde é de extrema importância, sobretudo no *Manual do Cuidador da Pessoa Idosa*, visto que apresenta diversos acentos apreciativos que merecem ser discutidos, na medida em que a reflexão sobre o cuidado é central na formação de novos cuidadores de idosos no Brasil. Apesar da constatação desses diversos sentidos atribuídos ao cuidado, predomina ainda a ideia de cuidado biomédico, extremamente arraigada na cultura brasileira, mas que, pouco a pouco, começa a dividir sua arena de embates com outros sentidos que vêm ganhando força a partir de uma compreensão do idoso enquanto um sujeito a ser cuidado de forma integral.

Feita essa discussão, resta agora analisar os temas que configuram, nos três manuais objetos deste estudo, o campo jurídico.



5.3 Campo Jurídico

No terceiro e último grande campo da atividade humana a ser analisado neste trabalho, o campo jurídico, a lematização dos itens lexicais de cada um dos manuais permitiu obter o seguinte gráfico:



Conforme se observa, no campo do jurídico, o *Guia Prático do Cuidador* (BRASIL, 2009), representado pela variável M1, indica maior peso no vocabulário básico de tendência positiva (1,51), enquanto o *Manual do Cuidador da Pessoa Idosa* (BORN, 2008), M2, novamente faz um contrapeso em relação a M1, localizando-se no vocabulário básico de tendência negativa (-1,29); o *Manual para Cuidadores de Idosos* (TRELHA *et. al.*, 2007), M3, por fim, é marcado por itens lexicais cujo peso maior está no vocabulário básico de tendência negativa (-0,27), porém bem próximo da mediana “0”.

A tabela 20, a seguir, é ilustrativa da qualidade do léxico em cada um dos manuais do cuidador no campo jurídico, as quais são representadas pelas variáveis M1, M2 e M3, seguidas dos seus respectivos pesos lexicais – Z1, Z2 e Z3:

Tabela 20 – Lematização Manuais: Campo Jurídico

Palavras	Ocorrência	M1	Z1	M2	Z2	M3	Z3
Maus-tratos	26	11	3,19	15	-2,55	---	---
Direitos humanos	15	1	-1,15	14	1,41	---	---
Bpc	11	11	7,04	---	---	---	---
Poder público	10	1	-0,67	9	0,90	---	---
CLT	8	---	---	8	1,49	---	---
Liberdade	8	---	---	7	0,63	1	1,36
Políticas públicas	8	---	---	8	1,49	---	---
Aposentadoria	7	2	0,71	4	-1,36	1	1,53

Assistência social	7	2	0,71	5	-0,44	---	---
Constituição Federal	7	---	---	7	1,39	---	---
Gratuidade	7	---	---	6	0,48	1	1,53
Lei	7	1	-0,27	5	-0,44	1	1,53
Negligências	7	1	-0,27	6	0,48	---	---
Cidadãos	6	---	---	5	0,30	1	1,53
CRAS	6	3	2,02	3	-1,68	---	---
INSS	6	4	3,08	2	-2,67	---	---
Interdição	6	---	---	6	1,29	---	---
Legislação	6	---	---	6	1,29	---	---

A proximidade da variável M3 da mediana “0”, conforme indicou o gráfico 13 acima, é visualmente identificada na tabela 20: em relação às outras variáveis, M3 apresenta apenas cinco itens lexicais pertencentes ao campo jurídico (do total de dezoito), a saber: *liberdade* (1,36), *aposentadoria* (1,53), *gratuidade* (1,53), *lei* (1,53) e *cidadãos* (1,53). Traduzindo esses dados objetivos para o texto, é possível observar o emprego dos referidos termos no *Manual para Cuidadores de Idosos*:

OS DIREITOS DO IDOSO

O que é o Estatuto do Idoso? O estatuto do Idoso constitui-se em um documento que trás regras de proceder, normas e instruções que visam garantir os direitos e a proteção social às pessoas com 60 anos ou mais. Por ter força de **lei** o estatuto institui penas severas para quem desprezear ou abandonar **cidadãos** da terceira idade.

A quem cabe amparar e proteger os mais velhos? O dever de amparar as pessoas idosas cabe à família, à sociedade e ao Estado. O estatuto do Idoso assegura com absoluta prioridade o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, à cidadania, à **liberdade**, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária.

Quais direitos são garantidos aos idosos?

Atendimento preferencial em estabelecimentos comerciais e de prestação de serviço;

Assento reservado em transportes coletivos;

Benefício de prestação continuada se tiver idade superior a 65 anos e não possuir outras rendas e sua família não dispuser de meios para assisti-lo;

O idoso tem direito ao atendimento preferencial nos postos de saúde e hospitais e quando internado ou em observação é assegurado o direito a acompanhante;

Fornecimento gratuito de medicamentos de uso contínuo, assim como próteses e órteses;

Opção pelo tratamento de saúde que lhe for mais favorável, desde que esteja em condições de decidir;

Descontos de pelo menos 50 por cento em atividades e ou eventos artísticos, culturais, esportivos e de lazer;

Direito a moradia digna, no seio da família natural ou substituta, ou desacompanhado de seus familiares se assim o desejar ou em instituições pública ou privada;

Prioridade, na aquisição de moradia própria, nos programas habitacionais;
Gratuidade nos transportes coletivos públicos urbanos e semi-urbanos para os maiores de 65 anos;
 Quais ações são consideradas crime contra os idosos?
 Discriminação e ou qualquer ato que impeça ou dificulte o idoso no exercício de sua cidadania, por exemplo: impedir ou dificultar seu acesso a operações bancárias, aos meios de transporte.
 Deixar de prestar assistência ao idoso;
 Abandonar o idoso em hospitais, casas de saúde, instituições de longa permanência (asilos);
 Expor o idoso a perigos, a condições desumanas, privá-los de alimentos e cuidados indispensáveis;
 Apropriar-se ou desviar bens, **aposentadoria**, pensão ou quaisquer outros rendimentos do idoso;
 Reter cartão magnético de conta bancária relativa a benefícios, proventos ou pensão do idoso; entre outras (TRELHA *et. al.*, 2007, p. 23-24).

Concentrados no último capítulo do *Manual para Cuidadores de Idosos*, os temas destacados, referentes ao campo jurídico, aparecem uma única vez nessa variável. Todos esses temas se referem aos direitos do idoso, tal como preconizado pelo título dessa seção do manual: “Os direitos do idoso”.

Procurando uma linguagem direta e objetiva, o referido manual apresenta ao seu leitor os direitos dos idosos de forma esquemática: realiza perguntas sobre o Estatuto do Idoso e seus direitos, procurando respondê-las de forma breve. Após a explicação sobre o documento legal específico de proteção ao segmento idoso, o manual elenca cada um dos direitos do idoso, além das responsabilidades que cabem à família, à sociedade e ao Estado perante o idoso, para, em seguida, apresentar as ações que são consideradas criminosas contra os idosos.

De acordo com o que foi discutido no capítulo 2 deste trabalho, o Estatuto do Idoso foi promulgado em 2003, mediante a demanda, no Brasil, de uma legislação específica para proteger os direitos dos idosos e, ao mesmo tempo, regulá-los, como pode ser comprovado a partir da observação da sequência entre o Art. 3º e o Art. 7º:

TÍTULO I Disposições Preliminares

[...]

Art. 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.

Parágrafo único. A garantia de prioridade compreende:

- I – atendimento preferencial imediato e individualizado junto aos órgãos públicos e privados prestadores de serviços à população;
- II – preferência na formulação e na execução de políticas sociais públicas específicas;

III – destinação privilegiada de recursos públicos nas áreas relacionadas com a proteção ao idoso;

IV – viabilização de formas alternativas de participação, ocupação e convívio do idoso com as demais gerações;

V – priorização do atendimento do idoso por sua própria família, em detrimento do atendimento asilar, exceto dos que não a possuem ou careçam de condições de manutenção da própria sobrevivência;

VI – capacitação e reciclagem dos recursos humanos nas áreas de geriatria e gerontologia e na prestação de serviços aos idosos;

VII – estabelecimento de mecanismos que favoreçam a divulgação de informações de caráter educativo sobre os aspectos biopsicossociais de envelhecimento;

VIII – garantia de acesso à rede de serviços de saúde e de assistência social locais.

IX – prioridade no recebimento da restituição do Imposto de Renda (Incluído pela Lei nº 11.765, de 2008).

Art. 4º Nenhum idoso será objeto de qualquer tipo de negligência, discriminação, violência, crueldade ou opressão, e todo atentado aos seus direitos, por ação ou omissão, será punido na forma da lei.

§ 1º É dever de todos prevenir a ameaça ou violação aos direitos do idoso.

§ 2º As obrigações previstas nesta Lei não excluem da prevenção outras decorrentes dos princípios por ela adotados.

Art. 5º A inobservância das normas de prevenção importará em responsabilidade à pessoa física ou jurídica nos termos da lei.

Art. 6º Todo cidadão tem o dever de comunicar à autoridade competente qualquer forma de violação a esta Lei que tenha testemunhado ou de que tenha conhecimento.

Art. 7º Os Conselhos Nacional, Estaduais, do Distrito Federal e Municipais do Idoso, previstos na Lei no 8.842, de 4 de janeiro de 1994, zelarão pelo cumprimento dos direitos do idoso, definidos nesta Lei (BRASIL, 2003, p. 1).

Observa-se que o Estatuto do Idoso apresenta, no Art. 3º, os direitos dos idosos para, no Art. 4º, expor aquilo que será considerado crime contra o idoso (a ser punido pela lei, portanto) e, do Art. 5º em diante, aparecem os deveres da sociedade e do Estado para garantir a preservação daqueles direitos. O fio dialógico entre o *Manual para Cuidadores de Idosos* e o Estatuto do Idoso é visível, desde o tema tratado – os direitos do idoso e os deveres da sociedade em relação a esse segmento populacional – até a forma como esse conteúdo temático é apresentado ao leitor. Trata-se de um caso de discurso citado que, segundo Bakhtin/Volochínov (2012, p. 150), é “mais do que o tema do discurso”, pois penetra no discurso e também na sua construção sintática do texto que dele se apropria, ao passo que conserva sua estrutura primeira, de forma que seja possível recuperar dialogicamente o contexto de sua enunciação original.

De fato, não existe mera concordância entre o capítulo 6 do *Manual para Cuidadores de Idosos* e o Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003): a relação dialógica que se estabelece entre os textos ultrapassa o conteúdo temático, atingindo o estilo do

manual, de maneira que essa referência é constitutiva de seu próprio discurso. Comparado ao texto do Estatuto do Idoso, nota-se que o *Manual para Cuidadores de Idosos*, em seu capítulo “Os direitos do idoso”, simplifica ou traduz o texto legal, com o intuito de torná-lo um pouco mais acessível para o cuidador; não obstante, reporta a sua forma, a fim de assegurar a autoridade da palavra da lei.

Nesse sentido, embora a variável M3, no gráfico 13, esteja localizada no vocabulário básico, próximo à mediana “0”, que denota um uso normal dos temas no campo jurídico, a análise qualitativa do manual permite afirmar que há uma mudança em relação ao seu estilo e ao seu tom no último capítulo. Ora, se, no campo do trabalho do cuidador e no campo da saúde, cujos temas estão distribuídos nos seus cinco primeiros capítulos, esse manual opta por um tom instrucional e explicativo, limitando-se, por exemplo, a elucidar as mudanças decorrentes do envelhecimento humano, para listar as instruções para o cuidador lidar com elas, no campo jurídico, além do tom instrucional e explicativo do seu texto, emerge o tom coercitivo, regulador e punitivo, próprio do discurso jurídico. Por outro lado, a opção desse manual por tratar dos temas referentes aos direitos dos idosos apenas em seu último capítulo corrobora os dados obtidos no gráfico 13: o acento apreciativo do *Manual para Cuidadores de Idosos* não recai privilegiadamente sobre o campo jurídico.

Retomando agora o gráfico 13 acima, referente ao campo jurídico nos manuais do cuidador, tem-se que as variáveis M1 (1,51) e M2 (-1,29) colocam-se em relação de contraposição: enquanto M1 se localiza no vocabulário básico de tendência positiva, M2 se encontra no vocabulário básico de tendência negativa. Ainda de acordo com a tabela 20, a variável M2 apresenta os seguintes itens lexicais, expoentes do campo jurídico: *maus-tratos* (-2,55), *direitos humanos* (1,41), *poder público* (0,90), *CLT* (1,49), *liberdade* (0,63), *políticas públicas* (1,49), *aposentadoria* (-1,36), *assistência social* (-0,44), *gratuidade* (0,48), *lei* (-0,44), *negligências* (0,48), *cidadãos* (0,30), *CRAS* (-1,68), *INSS* (-2,67), *interdição* (1,29) e *legislação* (1,29).

Observando um recorte do sumário do *Manual do Cuidador da Pessoa Idosa*, ilustrado na figura 17 abaixo, é possível visualizar que os temas pertencentes ao campo jurídico estão concentrados, majoritariamente, na primeira parte do manual, intitulada: “Direitos e Políticas Públicas”, e no último capítulo, enquadrado na parte

destinada aos cuidados, o qual foi nomeado de: “Orientações práticas: como proceder em casos de interdição e óbito”.

Figura 17 – Novo Recorte do Sumário do *Manual do Cuidador da Pessoa Idosa*

SUMÁRIO	
Introdução	19
DIREITOS E POLÍTICAS PÚBLICAS	
Os direitos da pessoa idosa na legislação	25
Direitos humanos e políticas públicas	30
Os direitos trabalhistas do cuidador formal da pessoa idosa	34
Violência e maus-tratos contra a pessoa idosa. É possível prevenir e superar.....	38
Violência contra a pessoa idosa: o que fazer?	46
O CUIDADOR	
O cuidador da pessoa idosa: formação e responsabilidades	53
O cuidador familiar da pessoa idosa	59
O cuidador principal, e sua relação com os demais cuidadores	64
Como a família ajuda ou dificulta o cuidado com a pessoa idosa	70
Cuidar e promover a independência e a auto-estima da pessoa idosa	79
<i>Tradução e adaptação do espanhol por Tomiko Born</i>	
Cuidando de quem cuida	91
<i>Tradução e adaptação do espanhol por Tomiko Born</i>	
OS CUIDADOS	
Diminuição da capacidade funcional, fragilização e dependência.....	113
Mudanças de comportamento na pessoa idosa: agitação, agressividade e perambulação	121
Convulsões	126
Delirium	132
[...]	
Orientações práticas: como proceder em casos de interdição e óbito	323

(BORN, 2008, p. 15-18).

Contrariamente ao *Manual para Cuidadores de Idosos*, representado pela variável M3, o qual concentra os temas referentes ao campo jurídico em seu último capítulo, o *Manual do Cuidador da Pessoa Idosa* (M2) opta por abrir seu rol de orientações para os cuidadores com os temas relativos aos direitos dos idosos, bem como aos direitos e deveres do cuidador de idosos. Não obstante, a ênfase dada inicialmente aos temas do campo jurídico não se perpetua ao longo do texto do manual, bastante preocupado com os temas que concernem ao campo da saúde, conforme evidenciado anteriormente. De qualquer maneira, é preciso observar qualitativamente os itens lexicais acima listados, nos recortes do *Manual do Cuidador da Pessoa Idosa*, para compreender de que modo o discurso desse manual se constroi no campo jurídico.

O primeiro texto da parte inicial do *Manual do Cuidador da Pessoa Idosa* – “Os direitos da pessoa idosa na legislação”, de autoria de uma defensora pública do Distrito Federal, está subdividido em duas partes: a primeira é destinada à exposição dos direitos assegurados pela Constituição Federal, e a segunda, àqueles concernentes ao Estatuto do Idoso. Observe-se como alguns dos temas destacados acima aparecem no excerto a seguir.

1. Na Constituição Federal

A proteção ao idoso tem assento constitucional e esta vem estampada logo no art. 1º da Constituição Federal – CF ao estabelecer que a República Federativa do Brasil tem como fundamentos, dentre outros, a cidadania e a dignidade da pessoa humana. Ainda, como direitos e garantias fundamentais, determina em seu art. 5º que todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à **liberdade**, à igualdade, à segurança e à propriedade, prossequindo que a pena será cumprida em estabelecimentos distintos, de acordo com a natureza do delito, a idade e o sexo do apenado (XLVIII).

[...]

Continuando a proteção etária, a pessoa idosa tem direito ao seguro social ou **aposentadoria**, variando as idades, se homem ou mulher, se trabalhador urbano ou rural (art. 201). Para a pessoa idosa que não integre o seguro social, a Constituição assegura a prestação de **assistência social** à velhice.

[...]

Especial destaque na proteção constitucional à pessoa idosa é o papel da família. A família é a base da sociedade e merece atenção especial do Estado. A partir dessa conceituação, o Estado deverá assegurar assistência a cada um dos que a integram, criando mecanismos para coibir a violência no âmbito de suas relações (art. 226).

[...]

A Constituição Federal garante, ainda, aos maiores de sessenta e cinco anos a **gratuidade** dos transportes coletivos (art. 230, § 2º).

2. No Estatuto do Idoso

[...]

Quanto ao acesso à justiça, o Estatuto assegura prioridade na tramitação dos processos. Tal prioridade será requerida à autoridade judiciária competente, mediante prova de sua idade. Ressalte-se que essa prioridade não cessará com a morte do beneficiado, estendendo-se em favor do cônjuge supérstite, companheiro ou companheira, com união estável, maior de 60 (sessenta) anos (BORN, 2008, p. 25-28, grifos nossos).

O capítulo 1 do *Manual do Cuidador da Pessoa Idosa*, de fato, expõe aquilo que seu título propõe, isto é, como os direitos dos idosos aparecem na legislação, especificamente, na Constituição Federal do Brasil e no Estatuto do Idoso. Ao se deparar com esse capítulo, o leitor é automaticamente transportado aos textos legais que o originaram, sendo tomado pela impressão de estar lendo a própria Constituição Federal, ou o Estatuto do Idoso.

O jurista Ramos (2010) afirma que a linguagem jurídica se configura enquanto um obstáculo para o conhecimento das normas de direito e para o acesso à justiça por parte da população em geral, que é, por isso, impedida de exercer um de seus direitos fundamentais – o direito à cidadania⁴⁹ – assegurado no Estado Democrático de Direito. Corroborando um movimento defendido pela então Ministra do Supremo Tribunal de Justiça, Ellen Gracie Northfleet, Ramos (2010) defende que os operadores jurídicos revejam sua forma de expressão, simplificando os enunciados jurídicos, sem prejudicar seu sentido:

Contudo, não se pode admitir que o excessivo rigor tecnicista domine os enunciados jurídicos, a ponto de limitar o entendimento normativo por parte da imensa parte da sociedade, em benefício de pequenos grupos ou segmentos gabaritados à interpretação dos preceitos cogentes e sua relação funcional. [...] Por sua vez, no que concerne a construção do vocabulário jurídico, também não se pode desprezar uma eventual tentativa de **simplificação** da linguagem jurídica, e, não **vulgarização**, é bom que se diga, como querem alguns. [...] Outrossim, não seria exagero cogitar a possibilidade futura do emprego alternativo de certos termos populares em lugar de outros termos jurídicos, na medida em que o significado dos termos fossem tão semelhantes a ponto de não ser afetada a sua função judicante (RAMOS, 2010, p. 1, grifos do autor).

Diferentemente da maneira como o discurso citado aparece no *Manual para Cuidadores de Idosos*, representado pela variável M3, ou seja, remetendo à forma do Estatuto do Idoso, embora simplificando o seu conteúdo temático, o capítulo 1 do *Manual do Cuidador da Pessoa Idosa* (M2) praticamente se apropria da palavra do Outro, sendo os textos legais, em forma e conteúdo, integrados à construção discursiva desse manual. Desse modo, a Constituição Federal e o Estatuto do Idoso, no capítulo 1 do *Manual do Cuidador da Pessoa Idosa*, não sofrem a interpretação e simplificação necessárias para cumprir aquilo que se defende ser uma das principais funções sociais de um manual do cuidador: informar e orientar o cuidador de idosos sobre os direitos dos anciãos e sobre seu dever, enquanto cidadão, de assegurar esses direitos.

Isso se deve ao fato de que a linguagem jurídica, de natureza principiológica, é decalcada para o manual do cuidador, que deveria ser de natureza explicativa,

⁴⁹ A cidadania identifica-se com a qualidade da pessoa que detém direitos e participa da vida civil, política, social e econômica da comunidade. Desta forma, a cidadania representa uma categoria político-participativa que extrapola o exercício do sufrágio universal. Por outro lado, como não há direitos sem obrigações, a cidadania não implica apenas a titularidade dos direitos, mas também a obrigação de deveres impostos pelo Estado. Sobre esse pertencimento a uma comunidade estatalmente organizada e a possibilidade de integração em uma comunidade social (cidadania inclusiva), consultar Corral (2006) e Sorto (2011).

informativa e orientadora. Por consequência, estabelece-se um elo entre o manual e a legislação voltada para os idosos, não obstante esse decalque da linguagem jurídica para o manual pode prejudicar a construção de sentidos por parte do cuidador de idosos, para quem, de fato, o texto foi escrito. Se, de acordo com Bakhtin (2012), o interlocutor é exposto a uma infinidade de enunciados e se predispõe a compreendê-los ativamente, respondendo-os com sua contrapalavra, diante do “excessivo rigor tecnicista dos enunciados jurídicos” (RAMOS, 2010, p. 1), o cuidador de idosos, cidadão leigo, pode sentir dificuldades no estabelecimento das relações dialógicas necessárias para a compreensão do enunciado. Isso não significa, no entanto, que se trata de um texto monológico: na verdade, o interlocutor presumido no enunciado deve possuir alguma familiaridade com a linguagem jurídica.

Ora, se a construção discursiva do capítulo 1 do *Manual do Cuidador da Pessoa Idosa* é dificultada a compreensão daquele que deveria ser o seu principal interlocutor – o cuidador de idosos –, a dificuldade de compreensão é ainda mais agravada mediante os diferentes graus de escolaridade dos cuidadores atuantes em instituições geriátricas do Recife. Dos quatro cuidadores entrevistados na Instituição 2, apenas um possuía o Ensino Médio completo, dois deles possuíam o Ensino Fundamental incompleto, sendo que um deles participou de um curso de capacitação para cuidadores, e o outro era analfabeto. Na Instituição 1 e na Instituição 3, por outro lado, todos os cuidadores cursaram o Ensino Médio e participaram de cursos de capacitação para cuidadores de idosos. Os dez cuidadores afirmaram saber da existência da legislação de proteção ao idoso e, alguns deles, entraram em contato superficialmente com o Estatuto do Idoso nos cursos de capacitação. Todavia, ao se referirem sobre o documento legal, restringiram-se ao dever de proteção ao idoso contra a violência física, o que demonstra uma compreensão, ainda que parcial, da legislação, embora deficitária, se considerar-se a preocupação dos manuais do cuidador com a abordagem (e até o aprofundamento) dos temas jurídicos vistos como necessários para a construção da sua competência com respeito ao saber formal.

Um fator comum a todos os cuidadores entrevistados é o pouco conhecimento sobre as leis de proteção ao idoso, sobre seus próprios direitos enquanto trabalhadores, bem como sobre os seus deveres em relação aos idosos. Acredita-se que, se o capítulo 1, do *Manual do Cuidador da Pessoa Idosa*,

traduzisse a linguagem jurídica para esse público heterogêneo de interlocutores, poderia contribuir de algum modo para a formação dos cuidadores no que concerne às questões referentes ao campo jurídico. Não obstante, fechado na ideologia constituída das grandes instituições – a exemplo da ciência jurídica – esse discurso se quer autorreferente, não abrindo espaço para os discursos que circulam no vivenciamento diário do trabalho dos cuidadores de idosos, isto é, sua linguagem e sua forma de compreensão do trabalho e do mundo, ou seja, sua ideologia cotidiana, mas se esquece de que é justamente no âmbito da ideologia cotidiana que a língua opera com uma avaliação crítica e viva (BAKHTIN/VOLOCHÍNOV, 2012), conforme exposto no capítulo 2 deste trabalho. Nesse sentido, torna-se inevitável o embate entre os sentidos produzidos na realidade de trabalho dos cuidadores de idosos e aqueles que circulam sobre a sua atividade, um confronto imprescindível para a renormalização das normas antecedentes (SCHWARTZ, 1998).

Observem-se agora os demais capítulos da primeira parte do *Manual do Cuidador da Pessoa Idosa*. O segundo capítulo, intitulado “Direitos humanos e políticas públicas”, de autoria de uma assistente social e mestre em Gerontologia pela PUC-SP, inicia com explicações gerais acerca dos direitos humanos, conforme o trecho a seguir demonstra:

Quando se fala em Direitos Humanos algumas pessoas associam este conjunto de direitos à defesa de pessoas fora da lei. Esta é uma associação equivocada, pois dá a sensação para a maioria das pessoas que os direitos humanos são contrários à sociedade ao privilegiar pessoas criminosas. **Os direitos humanos são pertencentes e inerentes a toda sociedade. Este princípio chama-se universalidade. Isso quer dizer que todos nós, independente da condição social, da raça, da idade, do local onde nasceu, estamos protegidos pelos direitos humanos simplesmente pelo fato de sermos pessoas humanas.** O fundamento dos direitos humanos baseia-se no fato de que todas as pessoas merecem igual respeito umas das outras. **Isso nos sugere que quando formos capazes de agir em relação ao outro da mesma forma que gostaríamos de que agissem conosco, estaremos observando um outro princípio que é o da igualdade.**

Por direitos humanos ou direitos da pessoa humana podemos entender como sendo aqueles direitos correspondentes às necessidades essenciais da pessoa humana e devem ser atendidos para que possamos viver com dignidade. O direito à vida, à liberdade, à igualdade e, também ao pleno desenvolvimento da personalidade são alguns exemplos desses direitos. Todas as pessoas devem ter asseguradas desde o seu nascimento e durante toda a sua vida, as mínimas condições necessárias para viver com dignidade. **Pessoas idosas e seus cuidadores estão também protegidos pelos direitos humanos. As necessidades básicas das pessoas idosas e dos seus cuidadores devem ser atendidas para que o direito à vida possa ser respeitado.** A vida é um direito humano fundamental, assim

como envelhecer com dignidade é um direito humano fundamental (BORN, 2008, p. 30, grifos nossos).

Alguns dos itens lexicais que apareceram em destaque no campo jurídico na tabela 20, estão presentes nesse primeiro trecho do capítulo, a exemplo de: *direitos humanos* (1,41), *liberdade* (0,63) e *lei* (-0,44). A autora desse capítulo inicia seu texto em resposta à palavra do Outro, representado aqui por “algumas pessoas” que entendem os direitos humanos como um “conjunto de direitos à defesa de pessoas fora da lei”, desmistificando essa concepção a partir da explicação de que “os direitos humanos são pertencentes e inerentes a toda sociedade” e, portanto, não privilegiam criminosos, mas, sim, protegem igualmente todas as pessoas pelo simples fato de elas serem humanas.

A estratégia de recorrer à palavra alheia para respondê-la já indica uma postura dialógica por parte da autora. De fato, o senso comum traz a aceção de que os direitos humanos só protegem os criminosos, e não é raro se ouvir que os “bandidos” não merecem ser tratados com dignidade, como se não fossem pessoas humanas. Preocupada com a interpretação do senso comum sobre os direitos humanos, a autora prevê que possivelmente o seu principal leitor – o cuidador de idosos – traz consigo essa concepção, tendo em vista que não se sabe ao certo que tipo de formação e informação esse cuidador carrega, mas não afirma isso categoricamente, criando a possibilidade de o cuidador se identificar com esse conjunto de “algumas pessoas”, ou não.

Mais adiante, a autora explica o que são os direitos humanos, para então falar do princípio da universalidade e, logo após, do princípio da igualdade. Em suas explicações, expõe de maneira clara e simples o fundamento dos direitos humanos, mas opta por exemplificar e parafrasear seu próprio texto, conforme os dois primeiros trechos destacados em negrito, para garantir que a informação chegue ao cuidador de idosos.

Cabe salientar, ainda, que a estratégia de paráfrase, no primeiro trecho em negrito, mais uma vez, convida o interlocutor para a compreensão do texto, uma vez que antecipar perguntas e procurar respondê-las é uma postura didática que considera uma possível dúvida de um interlocutor que está ausente no momento de produção do texto, mas está presente em seu fim, tendo em vista que o interlocutor só compreende um texto se com ele dialogar, ou seja, ao se colocar de maneira ativa e responsiva diante dele.

No segundo trecho em negrito, a autora não apenas explica o direito da igualdade, como também exemplifica-o com uma situação cotidiana: “quando formos capazes de agir em relação ao outro da mesma forma que gostaríamos de que agissem conosco”. Ao introduzir a primeira pessoa do plural em seu discurso, a autora coloca-se no conjunto de pessoas que precisam agir com igualdade perante os outros, bem como os cuidadores de idosos. E o entendimento de que todas as pessoas precisam ter seus direitos fundamentais preservados é ratificado pelo último trecho em negrito, quando enfatiza que idosos e cuidadores de idosos, como pessoas humanas, precisam ser respeitados.

Todo o texto do segundo capítulo do *Manual do Cuidador da Pessoa Idosa* está em relação dialógica com a Constituição Federal e com o fundamento filosófico dos Direitos Humanos, pautado no princípio da dignidade da pessoa humana. A dignidade, como o próprio manual explica, é inerente à existência humana e, por isso mesmo, o princípio da dignidade da pessoa humana é o fundamento da ordem jurídica constitucional, assumindo um valor fundamental no Estado Democrático de Direito, explicitado no primeiro artigo da Constituição Federal brasileira (BRASIL, 2013). Elevado a essa condição, o princípio revela a expressa opção da legislação pela pessoa humana, de forma que o Estado tem o dever de não praticar atos que atentem contra a dignidade humana e, além disso, possui a obrigação de promover essa dignidade mediante condutas ativas, assegurando o mínimo existencial para cada ser humano em seu território (SARMENTO, 2000).

Ainda que, na realidade, a efetivação do respeito aos direitos humanos, por parte da sociedade e do Estado, nem sempre ocorra⁵⁰, assegurar que o discurso jurídico presente no *Manual do Cuidador da Pessoa Idosa* atinja seu objetivo junto ao seu interlocutor – o cuidador de idosos – é uma maneira de facilitar o acesso à informação e, conseqüentemente, proporcionar o exercício da própria cidadania. Em outras palavras, se o cuidador toma conhecimento sobre os direitos humanos fundamentais, inerentes a todas as pessoas, passa a ter consciência de sua obrigação de garantir a promoção dessa dignidade do idoso cuidado, que, muitas vezes, é um ser vulnerável. Assim, a compreensão desse discurso é fundamental para a formação do cuidador de idosos, na medida em que poderá nortear os usos

⁵⁰ Sabe-se que, na prática, nem sempre o Estado, através dos seus três poderes, funciona para todos. Na sociedade brasileira, os idosos, só para citar um exemplo, são, muitas vezes, desrespeitados, sobretudo dos idosos que dependem exclusivamente do Estado para sobreviver.

de si mesmo em seu trabalho, mediante as dramáticas enfrentadas, a exemplo dos diversos tipos de violência contra o idoso (SCHWARTZ, 2000a).

Nesse sentido, o estilo individual é fundamental na construção discursiva do segundo capítulo do *Manual do Cuidador da Pessoa Idosa*, visto que “integra a unidade de gênero do enunciado como seu elemento” (BAKHTIN, 2003, p. 266). O cuidador de idosos, interlocutor principal, é chamado a se identificar e a dialogar com o texto, estratégia que acaba por prepará-lo para as informações importantes a serem compreendidas para sua formação com respeito aos temas que compõem o campo jurídico. É, então, a partir do estabelecimento de uma relação com seu interlocutor que passa a apresentar a legislação que protege os direitos humanos, a Constituição Federal e o Estatuto do Idoso:

Na Constituição Federal de 1988 estão reafirmados os direitos humanos. Esta Constituição dá uma forte ênfase aos direitos humanos. Ela é a mais avançada em matéria de direitos individuais e sociais na história do Brasil. Por isso, foi denominada e Constituição Cidadã. O Estatuto do Idoso promulgado em 2003, bem depois da Constituição Federal, também reafirma os direitos humanos (Ver assunto Os direitos da pessoa idosa na legislação) (BORN, 2008, p. 30).

O capítulo 2 do *Manual do Cuidador da Pessoa Idosa* avança sua discussão para falar do papel do Estado democrático em planejar e desenvolver *políticas públicas* (1,49), inclusive na área de *assistência social* (-0,44), criadas a partir do interesse de *cidadãos* (0,30). Seguindo a mesma estratégia de construção discursiva, a autora do texto explica o conceito apresentado ao leitor, parafraseia-o e, em seguida, exemplifica-o, até chegar a seu objetivo, que é o de apresentar as políticas públicas para o segmento idoso. No recorte seguinte, observa-se a apresentação do conceito de políticas públicas e, em seguida, considerações sobre o envelhecimento humano para, então, tocar na necessidade de o *Poder Público* (0,90) interferir na realidade do cuidado ao idoso, garantindo uma velhice com dignidade:

Um dos papéis que o estado democrático deve desenvolver é o planejamento e execução das políticas públicas. Elas nada mais são do que as ações que o governo realiza com a finalidade de atender aos interesses e necessidades dos **cidadãos**. Ou em outras palavras: as **políticas públicas** são as decisões de governo em diversas áreas (saúde, habitação, **assistência social**, educação, transporte etc.) que influenciam a vida de um conjunto de **cidadãos**. Para que as **políticas públicas** sejam efetivas e possam alcançar os resultados esperados, elas devem contar com a

participação dos **cidadãos**, inclusive fiscalizando a sua realização. A participação das pessoas nos negócios do Estado é uma forma de exercer a cidadania. Isso é muito importante e é um mecanismo reconhecido nos estados democráticos.

As **políticas públicas** surgem muitas vezes provocadas pelos **cidadãos** que sentem a necessidade de algum serviço específico ou da falta de solução para problemas que estão passando. A sociedade civil, por meio das suas mais diversas organizações, pressiona o estado para ofertar uma política pública. Um exemplo disso foi o 'movimento das mães trabalhadoras' que pressionaram os governos para a instalação das creches. Hoje, as creches são equipamentos de educação para as crianças e espaços seguros onde as mães que trabalham podem deixar seus filhos. As creches fazem parte das políticas públicas de educação e também atendem as necessidades sociais de mães trabalhadoras.

O envelhecimento populacional é um fato real em nossa sociedade. Lembro que envelhecer não é problema. O envelhecimento deve ser entendido como triunfo e uma grande conquista da humanidade. Já acrescentamos mais anos à nossa existência. Está faltando dar dignidade a esses anos que foram ganhos. Precisamos juntar esforços coletivos para que as pessoas que alcançaram mais anos nas suas vidas possam viver em condições de dignidade, respeito e solidariedade.

Muitas pessoas idosas necessitam de cuidados para continuar a viver em suas casas e na comunidade onde estão inseridos. A família mudou muito nas últimas décadas. [...] Hoje, o cuidador ou cuidadora de idosos já é uma pessoa ou profissional bem conhecida das nossas famílias e da sociedade moderna. No passado, esta pessoa ou profissional era inexistente ou desconhecida. Com o aumento do número de pessoas idosas dependentes (fisicamente), esta função está sendo cada vez mais requisitada pelas pessoas idosas e pelas famílias.

Chegou o momento do **Poder Público** também se responsabilizar pelos cuidados da pessoa idosa que necessita deles por períodos prolongados ou curtos. A mobilização do segmento idoso por meio dos conselhos, fóruns, associações e outras formas de organização está pressionando os governos para a oferta de uma política pública que proporcione os serviços de cuidador de idosos. Esta é uma necessidade urgentíssima! [...]

Os **Direitos Humanos** e o respeito não envelhecem! Viver mais vem acompanhado de muitos desafios. Ao se viver mais, espera-se que a dignidade, o respeito e condições favoráveis sejam também incorporados à vida cotidiana das pessoas idosas. A integralidade do cuidado requer do **poder público** a organização de serviços e, sobretudo, a oferta de **políticas públicas** eficientes para consolidar a prática de proteção e respeito aos **direitos humanos** dos **cidadãos** idosos. Cuidador de idoso e **direitos humanos** estão na mesma relação de prestar cuidado para pessoas idosas. Por fim, queremos ressaltar o fato de que em 2008 estamos comemorando 60 anos da Declaração Universal dos Direitos Humanos. Isso é um fato para ser celebrado por toda a sociedade. As pessoas idosas têm direito a ter direitos. Quem precisa de cuidados deve ter garantido esse direito (BORN, 2008, p. 31-33, grifos nossos).

A partir desse longo trecho retirado do capítulo 2 do *Manual do Cuidador da Pessoa Idosa*, constata-se uma preocupação em informar os cuidadores de idosos, no campo jurídico, sobre os direitos dos idosos e sobre seus deveres enquanto cidadãos frente à proteção do idoso. Além disso, o capítulo acaba por fornecer-lhes informações gerais que serão úteis em sua formação teórica, isto é, que poderão constituir aquilo que em Ergologia denomina-se de normas antecedentes, as quais

poderão ser acessadas pelo cuidador no exercício de seu trabalho, quando avaliar necessário.

De fato, não é correto julgar o cuidador de idosos enquanto um profissional incompetente no que condiz ao primeiro ingrediente da competência – ou seja, à sua capacidade de se adequar as normas antecedentes – se não existem normas antecedentes para o seu trabalho, ou se aquilo que se pretende ser uma norma antecedente não permite que com ela o cuidador estabeleça uma relação dialógica e, portanto, uma compreensão ativa e responsiva, como é o caso do capítulo 1 do *Manual do Cuidador da Pessoa Idosa*. Uma vez que a norma antecedente é criada, no entanto, há que se avaliar a compreensão que o cuidador dela terá, e é nesse sentido que o capítulo 2 **pode** vir a se constituir enquanto um saber formal para a formação do cuidador de idosos, o qual é proveniente da academia ou da ciência, na medida em que abre espaço para que esse trabalhador mobilize sua vivência linguística, cognitiva e histórica perante os saberes que circulam na esfera de sua atividade.

O último capítulo da primeira parte do *Manual do Cuidador da Pessoa Idosa*, intitulado: “Violência contra a pessoa idosa: o que fazer?”, escrito pela mesma autora, apresenta-se de forma semelhante ao capítulo 2 analisado acima. Inicialmente, expõem-se as diversas formas de violência contra o idoso para, logo após, chamar a atenção da necessidade de a sociedade civil em geral – incluindo, portanto, o cuidador de idosos – lutar contra essa violência e denunciá-la. No trecho que segue, são destacados os itens lexicais *maus-tratos* (-2,55), *negligências* (0,48) e *assistência social* (-0,44):

Muita coisa pode ser feita para minimizar, reduzir ou cessar a violência contra a pessoa idosa. Os diversos abusos, as violências, as **negligências**, as violações dos direitos, as discriminações e os preconceitos que as pessoas idosas sofrem na vida cotidiana precisam ser prevenidos e superados. Todas essas formas de violência e **maus-tratos** representam um grave problema para o bem-estar desse segmento etário. Os diversos abusos sofridos podem causar sofrimento psicológico, lesões, doenças, isolamento e podem até mesmo, levar à morte. Não podemos concordar que pessoas idosas sejam desrespeitadas e nem maltratadas. Isso não pode ocorrer no silêncio dos lares e nem tampouco na vida pública. Pessoas idosas, a sociedade civil e o Estado precisam ser parceiros para o rompimento do pacto do silêncio que ainda impera na violência à pessoa idosa.

O tema da violência contra a pessoa idosa comporta uma complexidade muito grande de fatores. A intervenção para a superação da violência requer de todos os atores um envolvimento ético, criterioso e baseado na

prática do respeito e da dignidade humana. Damos a seguir alguns princípios que podem orientar a intervenção.

- Toda pessoa idosa, até que se prove o contrário, é competente para tomar decisões sobre a sua vida. Deve-se respeitar o princípio da autonomia – capacidade de decidir – da pessoa idosa. Envelhecimento não é sinônimo da perda do poder de decisão.

- A melhor forma de intervir na violência é a prevenção, oferecendo recursos eficientes e adequados para que as pessoas idosas, famílias, cuidadores, instituições e profissionais possam identificar e intervir na violência.

- Quando houver a suspeita da ocorrência de violência contra a pessoa idosa, lembrar que a suspeita por si só não é prova da existência da violência. É preciso investigar para se chegar à confirmação da violência.

- Para se intervir na violência contra a pessoa idosa, diversos atores devem dar a sua colaboração, principalmente os profissionais da saúde, da **assistência social**, do direito e da justiça, etc. É imprescindível o estabelecimento de critérios éticos para evitar incômodos ou danos à pessoa idosa que já está passando por situações difíceis e constrangedoras.

- Avaliar o risco de vida ou lesão grave para a vítima e decidir sobre a necessidade ou não de uma intervenção urgente.

- Promover uma intervenção que considere e leve em conta a figura do agressor (BORN, 2008, p. 46-47, grifos nossos).

Após essas orientações, que incluem a explicação sobre os tipos de violência contra o idoso e o que fazer para lidar com ela, o capítulo 5 do *Manual do Cuidador da Pessoa Idosa* passa a listar os órgãos competentes para receber as denúncias de violência contra o idoso, quais sejam: o Ministério Público, a Delegacia de Polícia, a Defensoria Pública, o Disque Idoso ou Disque Denúncia, o Centro de Referência da Violência, o Observatório Nacional do Idoso, o Conselho de Defesa dos Direitos da Pessoa Idosa, o Centro de Referência da Assistência Social (CRAS) e as Unidades de Saúde (Unidades Básicas de Saúde, Postos de Saúde, Emergências etc.). Para finalizar, o capítulo reforça a importância de enfrentar a violência contra o idoso, conforme se observa:

A violência contra a pessoa idosa é um problema que precisa ser superado com o apoio de toda a sociedade. Todos nós devemos criar uma cultura em que envelhecer seja aceito como parte natural do ciclo de vida, as atitudes antienvelhecimento sejam desencorajadas, as pessoas idosas tenham o direito de viver com dignidade, livres de abuso e exploração e seja dada a elas a oportunidade de participar plenamente da vida social. Silêncio é cumplicidade. Denuncie a violência contra a pessoa idosa! (BORN, 2008, p. 50).

De acordo com o trecho acima, o enfrentamento da violência contra o idoso não deve ser apenas através da denúncia após presenciar um ato violento: esse combate também dá-se por meio da prevenção da violência “com o apoio de toda a

sociedade”. Defende-se a criação de uma cultura de prevenção contra a violência, a partir da aceitação do envelhecimento enquanto um fenômeno natural do ciclo de vida. Todavia, é preciso lembrar que não há um consenso acerca do que seja o envelhecimento (inclusive, nem entre os estudiosos de áreas diferentes), uma vez que se trata de uma categoria social e culturalmente construída, mas também baseada no curso de vida. Querer considerá-la apenas como “parte natural do ciclo de vida” é ignorar sua própria constituição complexa e multifacetada e, de certa maneira, ignorar a própria diversidade da velhice no Brasil. O fato é que o idoso brasileiro sofre violência, e a sociedade é cúmplice com o silêncio, mas será que a violência dá-se da mesma maneira entre as diferentes velhices brasileiras? Diante dessa questão, coloca-se outra: perante as diferentes realidades de velhos no Brasil, de que maneira é possível ajudar no combate às violências contra os idosos?

No que tange à formação dos cuidadores de idosos, para quem os manuais foram escritos, é fundamental considerar o papel da linguagem na perpetuação de saberes, nesse caso, acerca da relação entre envelhecimento e violência. Entende-se que não é buscando uma sociedade ideal, onde os idosos sejam reconhecidos naturalmente enquanto indivíduos de determinada faixa etária e tratados com respeito, como qualquer ser humano merece, em qualquer fase da vida, que se evitará os atos de violência contra idosos. Na sociedade brasileira, a violência e o desrespeito existem e, discursivamente, é possível não mascará-los: desvelar os abusos psicológicos diários que os idosos sofrem ao serem humilhados por familiares, a falta de respeito em filas de bancos ou quando os motoristas de ônibus arrancam os veículos sem esperar que os idosos se acomodem nos assentos, provocando-lhes quedas, a negligência nas instituições geriátricas por parte de cuidadores e gestores, ou o abandono da família, entre tantos outros tipos de violência, pode auxiliar no preparo dos cuidadores de idosos para combatê-la, convocando esses trabalhadores a fazerem um bom uso de si mesmos mediante as dramáticas que envolverem a violência contra os idosos.

O capítulo 5, do *Manual do Cuidador da Pessoa Idosa*, portanto, cumpre sua proposta de mostrar, ao cuidador, de forma simples e direta, que a violência contra o idoso existe e que ela precisa ser denunciada. Já o capítulo 4, intitulado “Violência e maus-tratos contra a pessoa idosa: é possível prevenir e superar”, de autoria de Maria Cecília Minayo, antropóloga, sanitária e doutora em saúde pública, trata o tema da violência contra o idoso de maneira mais aprofundada, partindo da

legislação de proteção ao idoso e do reconhecimento de que a violência é fruto do não cumprimento dessa lei, havendo, contudo, maneiras de confrontá-la:

O Estatuto do Idoso (Lei 10.741/2003) consagrou os direitos da pessoa idosa, mas existem ações e omissões que contrariam esses direitos. Consideramos o tema da 'Violência Contra a Pessoa Idosa' como a análise do avesso dos direitos consagrados no Estatuto do Idoso. Por isso, esta reflexão tem como parâmetro a cidadania, a saúde pública, a promoção da saúde e a qualidade de vida. Desta forma, quando falamos de violência queremos dizer que é possível preveni-la e reduzi-la. Pretendemos mostrar que existem ações e omissões que contrariam os direitos, mas são passíveis de serem superadas, quando a sociedade, as comunidades e as famílias buscam respeitar as pessoas idosas (BORN, 2008, p. 38).

Observa-se que Minayo reconhece a violência contra o idoso, mas defende que ela pode ser evitada e reduzida através de ações sociais concretas, pautadas no respeito ao idoso. Daí, a autora traz detalhadamente a diferença entre os tipos de violência – abusos físicos, abuso psicológico, abandonos, negligências, abusos financeiros e autonegligências – discutindo, ainda, a problemática dos fatores que levam à violência, propondo soluções em três vieses: investir no protagonismo do idoso, na formação dos cuidadores e na prevenção das dependências. A seguir, expõem-se os argumentos que justificam sua proposta:

Dado o número, a importância e a presença da pessoa idosa hoje, em todas as esferas da sociedade brasileira, existe uma necessidade inadiável de investir no seu protagonismo. Estudos mostram que as pessoas idosas mantêm famílias, estão presentes no mundo do trabalho, votam e discutem a política, são, portanto, atores sociais e assim devem ser reconhecidos. Elas são cidadãs que podem e devem participar na formulação das políticas e dos programas que lhes dizem respeito e que são importantes para o país, assim como ser incluídas na solução dos problemas. No caso das violências, é preciso que os órgãos representativos das pessoas idosas invistam na compreensão dos problemas, na formulação de denúncias qualificadas e na solução das questões.

O segundo ponto diz respeito à formação de cuidadores, não somente do cuidador profissional, mas do cuidador familiar. Tendo em vista que mais de 95% das pessoas idosas estão nos lares, e que uma boa parte delas necessita de auxílio para o desempenho das atividades básicas, temos que estabelecer mecanismos de proteção e de formação para esse cuidador familiar. [...] De um lado, para que sejam criadas ou adaptadas e disponibilizadas tecnologias de assistência domiciliar e de outro, para que os cuidadores familiares não se tornem uma geração de estressados.

Por fim, queremos ressaltar a necessidade de investir na prevenção das dependências. Embora o número de pessoas idosas que hoje necessita de cuidados especiais seja relativamente pequeno em comparação com o número total da população brasileira acima de 60 anos, os custos dos serviços de saúde para uma pessoa idosa são muito elevados. Mais ainda, os equipamentos hospitalares e ambulatoriais ainda não estão devidamente preparados. Uma política bem delineada e intersetorial de inserção social, de atividade física e até laboral, de lazer, de participação social dentre

outros elementos, levará a que o número de dependentes constitua uma razão menor da hoje existente. A tendência de crescimento do número da pessoa idosa e das pessoas idosas com mais idade é real e está desafiando a sociedade brasileira como uma questão social (BORN, 2008, p. 44-45).

A discussão proposta no capítulo 4 do *Manual do Cuidador da Pessoa Idosa*, como se vê, aborda a violência contra o idoso enquanto um problema de muitas faces, as quais, nem sempre, o cuidador de idosos pode perceber em seu dia-dia de trabalho, daí a importância em conhecê-las. Das três vias de combate à violência propostas, cabe acrescentar que para que os “órgãos representativos das pessoas idosas invistam na compreensão dos problemas, na formulação de denúncias qualificadas e na solução das questões”, é essencial o estabelecimento de um efetivo diálogo com aqueles que lidam diariamente com o idoso – os cuidadores de idosos. Nesse sentido, investir na formação dos cuidadores, “para que sejam criadas ou adaptadas e disponibilizadas tecnologias de assistência domiciliar” e “para que os cuidadores familiares não se tornem uma geração de estressados”, é, antes de tudo, ouvi-los. Permitir que os cuidadores de idosos se manifestem sobre seu trabalho, suas angústias, seus saberes e sobre as lacunas de sua formação é abrir espaço para conhecer esses trabalhadores e, assim, tornar possível o preparo de um material de orientação adequado às suas necessidades, material esse que venha a prepará-lo para identificar os diversos tipos de violência contra o idoso e a formular denúncias quando necessário, a “cuidar melhor e evitar a violência”, conforme propõe o próprio título completo do manual analisado – *Cuidar melhor e evitar a violência: Manual do Cuidador da Pessoa Idosa*.

Ao se deparar com o título completo do manual, aliás, pressupõe-se que este terá como foco o combate à violência pelo viés do cuidado. Esse título é justificado ainda na introdução do manual, mediante a realidade da violência contra o idoso ser majoritariamente praticada no contexto do cuidado:

Estudos e pesquisas sobre violências contra a pessoa idosa, tanto no Brasil, como no exterior, revelam que frequentemente elas são praticadas por pessoas muito próximas da pessoa idosa, seja no seu domicílio, numa instituição de longa permanência para idosos (ILPI) ou em outros serviços para pessoas idosas. É a violência que ocorre num contexto de cuidado que é prestado à pessoa idosa, por cuidadores familiares ou profissionais. [...]
Outras vezes, a violência parte dos cuidadores empregados em instituições de longa permanência para idosos (ILPI) ou no domicílio da pessoa idosa, **o que aponta para um sério problema resultante de falta de cursos para qualificação de cuidadores. Por este motivo, muitos que se empregam**

como cuidadores, não receberam preparação necessária para esta função e nem encontram no seu emprego quem os possa orientar, no seu dia-a-dia, para lidar com situações novas e complexas. Pode-se imaginar que, nessas condições, o cuidado prestado à pessoa idosa tende a ser de baixa qualidade, torne-se estressante e seja gerador de violências contra a pessoa idosa (BORN, 2008, p. 19-20, grifo nosso).

De acordo com o trecho destacado da introdução do *Manual do Cuidador da Pessoa Idosa*, a violência contra o idoso no contexto do cuidado se justifica pela falta de preparo formal dos cuidadores de idosos (motivada pela falta de cursos de qualificação), bem como pela falta de orientação no exercício do seu trabalho para enfrentar as situações difíceis (as dramáticas do uso de si), ou seja, não existe uma boa qualidade no cuidado prestado ao idoso (e, portanto, o cuidador não é bem qualificado), e tudo isso acarreta um estresse que resulta na ação violenta contra o idoso. Diante do que afirma o manual, se a velhice é, por muitos, considerada uma fase de perdas, a ocupação do cuidador de idosos pode ser vista como marcada pela falta: falta de preparo formal, funcional e psicológico para lidar com o idoso.

Segundo o que já foi discutido anteriormente, a competência de um trabalhador é formada por diversos ingredientes, e os dez cuidadores de idosos entrevistados no Recife demonstraram possuir um saber construído historicamente pela sua atividade, ou seja, esses cuidadores mostraram-se preparados, por seus pares, no que concerne ao segundo ingrediente da competência para o exercício de sua atividade, faltando-lhes um maior conhecimento do saber formal, das normas antecedentes de sua atividade (PORTO, 2010). Dessa maneira, uma maior preparação, no que condiz ao tema da violência, pode servir, a esse cuidador de idosos, para o melhor enfrentamento das situações de estresse e de sobrecarga, como é a realidade nas instituições geriátricas do Recife, onde há apenas um cuidador para lidar com uma média de trinta idosos em seu turno, idosos esses com diferentes níveis de dependência.

Não obstante, é apenas no campo jurídico que o tema da violência ganha espaço no *Manual do Cuidador da Pessoa Idosa*, isto é, a discussão sobre a violência contra o idoso, seus direitos, bem como os direitos e deveres dos cuidadores de idosos estão concentrados, sobretudo, na primeira parte do manual, não havendo uma relação direta com os cuidados, que são explorados da segunda parte em diante. Assim, cabe ao cuidador construir essa relação de sentido de causa e consequência almejada pelo título do manual: menos cuidado é gerador de mais

violência contra o idoso; assim, quanto melhor for o cuidado, menor será a violência contra esse segmento.

Desta forma, apesar de o título do *Manual do Cuidador da Pessoa Idosa (Cuidar melhor e evitar a violência)* introduzir a preocupação com a violência contra o idoso como central para sua organização discursiva, esse tema não é destaque no manual, estando concentrado no seu início, especificamente nos capítulos 4 e 5 da primeira parte. Ainda, os maus-tratos são referidos no anexo do manual, formado por uma listagem dos órgãos competentes para receber as denúncias de violência contra os idosos, cumprindo, assim, a função de guia para ser consultado se os cuidadores de idosos presenciarem esse tipo de situação em seu trabalho.

De estrutura semelhante ao anexo é o último capítulo do *Manual do Cuidador da Pessoa Idosa*, intitulado: “Orientações práticas: Como proceder em casos de interdição e óbito”, de autoria uma assistente social e especialista em Gerontologia. Conforme o próprio título sugere, esse capítulo orienta os cuidadores a como agir caso o idoso necessite ser interditado, ou em caso de morte do idoso. Veja-se como essa orientação é explicitada no *Manual do Cuidador da Pessoa Idosa*:

Quando e como pedir a **interdição** da pessoa idosa

Se o idoso não tiver mais condições de se responsabilizar pelos seus atos na vida civil é necessário interdita-lo.

- A **interdição** é decretada quando o indivíduo não tem condições de governar sua própria vida e bens, deixando de praticar **atos da vida civil**, não podendo nem mesmo adquirir bens.
- Ao decretar a **interdição** o juiz deve nomear um **curador** e fixar os limites da **curatela** (podendo prever a revisão temporal e em que atos o interditado só pode realizar com a supervisão do curador).
- A ação pode ser promovida: pelo pai, mãe ou tutor, pelo **cônjuge**, por parente próximo ou pelo próprio promotor de justiça.
- Como deferimento da petição torna a pessoa incapaz para os **atos da vida civil**, sendo nomeado um **Curador** para tanto.
- Estão sujeitos à **curatela**: I – aqueles que, por enfermidade ou deficiência mental, não tiverem o necessário discernimento para os **atos da vida civil**; II – aqueles que, por outra causa duradoura, não puderem exprimir a sua vontade; III – os deficientes mentais, os ébrios e os viciados em tóxicos; IV – os excepcionais sem completo desenvolvimento mental; V – os pródigos.
- São alguns documentos necessários para a propositura da ação: I - atestado médico que comprove a boa saúde física e mental do futuro **curador(a)**; II- certidão de nascimento/casamento de ambos e outros documentos que comprovem o parentesco; III- comprovante de residência (preferencialmente de ambos) IV- comprovação da condição mental do interditando; V- 3 declarações de boa conduta, fornecidas por pessoas idôneas ou rol de testemunhas; VI- termo de anuência dos outros parentes com legitimidade para **requerer** a **interdição** (BORN, 2008, p. 323, grifos nossos).

A interdição é elucidada, ao leitor, nos termos jurídicos: inicialmente explica-se do que se trata para, em seguida, esclarecer como ocorre o processo de interdição do idoso. Todos os itens lexicais destacados em negrito merecem atenção, na medida em que se revelam enquanto temas bastante específicos do campo jurídico: *interdição* (1,29), *atos da vida civil* (1,05), *curador* (1,05), *curatela* (-0,49), *cônjuge* (1,18) e *requerer* (-3,16). Dessa forma, o último capítulo do *Manual do Cuidador da Pessoa Idosa* chama a atenção por conter, no breve espaço de uma página, tanta linguagem jurídica específica, uma vez que todos esses temas são utilizados exclusivamente nesse curto capítulo, com exceção de *curatela*, que também aparece na variável M1. Destaca-se, ainda, a alta precisão temática de *requerer*, que é um hápax, ocorrendo apenas uma vez, em todos os manuais.

A orientação (que se pretende) prática sobre a interdição, além de ser expressa por uma linguagem jurídica altamente especializada, esbarra ainda sobre uma particularidade: se o cuidador de idosos não for um cuidador familiar, ele não tem o poder de interditar⁵¹ diretamente o idoso, apenas de provocar a interdição, através de denúncia ao Ministério Público, conforme o Código Civil brasileiro:

CAPÍTULO II

Da Curatela

[...]

Art. 1.768. A interdição deve ser promovida:

- I - pelos pais ou tutores;
- II - pelo cônjuge, ou por qualquer parente;
- III - pelo Ministério Público.

Art. 1.769. O Ministério Público só promoverá interdição:

- I - em caso de doença mental grave;
- II - se não existir ou não promover a interdição alguma das pessoas designadas nos incisos I e II do artigo antecedente;
- III - se, existindo, forem incapazes as pessoas mencionadas no inciso antecedente.

Art. 1.770. Nos casos em que a interdição for promovida pelo Ministério Público, o juiz nomeará defensor ao suposto incapaz; nos demais casos o Ministério Público será o defensor (BRASIL, 2002b, p. 1).

A omissão dessa informação por parte do manual conduz à compreensão de que essa orientação prática parece ter sido pensada apenas para o cuidador familiar, não sendo abrangente, portanto, aos demais cuidadores profissionais. Ainda, o cuidador pode ser conduzido a uma compreensão equivocada sobre seus direitos e deveres, especificamente no que condiz ao direito/dever de interdição do idoso. Desse modo, cabe aqui comparar o último e o primeiro capítulos do *Manual*

⁵¹ No caso dos idosos, a interdição é denominada de curatela.

do Cuidador da Pessoa Idosa: em “Os direitos da pessoa idosa na legislação” e “Como proceder em casos de interdição e óbito”, o manual não parece se dirigir a seu interlocutor presumido, o cuidador de idosos, a quem interessa conhecer os temas relativos ao campo jurídico, posto que estes podem afetar, direta ou indiretamente, o exercício de sua profissão. Ambos se utilizam de uma linguagem jurídica rebuscada e pouco adequada para explicar os direitos da pessoa idosa na legislação e a interdição do idoso. Neste último caso, evidencia-se a insuficiente adequação do manual tanto em relação à quantidade de temas específicos do campo jurídico quanto à falta de preocupação de traduzi-los para o leitor leigo.

Por outro lado, a posição do capítulo que trata da interdição do idoso, ao final do *Manual do Cuidador da Pessoa Idosa*, em relação de oposição com o primeiro capítulo, que trata dos direitos do idoso na legislação, revela uma menor importância atribuída ao tema da interdição, e isso pode ser constatado não apenas por sua temática, como também por seu interlocutor: a todos os cuidadores de idosos interessa saber sobre os direitos dos anciãos perante a lei, mas apenas aos cuidadores familiares interessa saber sobre a curatela de seu parente idoso. De qualquer maneira, é necessária maior adequação dessas informações, para que esse capítulo cumpra seu dever instrutivo.

Para finalizar a análise do trato dado aos temas do campo jurídico pelo *Manual do Cuidador da Pessoa Idosa*, representado quantitativamente pela variável M2, é preciso observar o seu capítulo 3, designado por seu autor, auditor-fiscal do trabalho do Distrito Federal, como “Os direitos trabalhistas do cuidador formal da pessoa idosa”. Esse capítulo do *Manual do Cuidador da Pessoa Idosa* é dedicado à exposição e esclarecimento sobre os direitos trabalhistas dos cuidadores de idosos, cujo reconhecimento da ocupação pela Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) era recente na época de sua publicação:

A atividade de Cuidador de Idosos foi recentemente classificada como ocupação pelo Ministério do Trabalho e Emprego – MTE, passando a constar na tabela da Classificação Brasileira de Ocupações – CBO, sob o código 5162-10. **Embora este enquadramento não represente novos direitos trabalhistas ao cuidador de pessoas idosas, representa grande ganho à categoria, pois é ponto inicial para a regulamentação da atividade.** A classificação da CBO garante que o desempenho do cuidador na atividade possa ser comprovado junto aos órgãos oficiais, tais como, Ministério do Trabalho e Emprego, Previdência Social, Receita Federal, IBGE, etc... Assim, a atividade poderá constar nas estatísticas oficiais de forma específica e não de forma genérica, sem as distinções que merece, como era feito até então. Fica então a pergunta: quais são os direitos

trabalhistas do cuidador de idosos? **Enquanto não for aprovada legislação própria que garanta direitos específicos aos cuidadores de idosos, estes permanecem submetidos às normas gerais, comuns a todos os demais trabalhadores, as quais variam de acordo com a forma com que desempenham suas atividades.** Assim, primeiramente deve ser identificado o tipo de contrato de trabalho em que se enquadra o cuidador de idosos, seja empregado comum (o dito celetista), autônomo, doméstico ou voluntário (BORN, 2008, p. 34, grifos nossos).

Segundo a explicação do trecho acima, o reconhecimento pela CBO da ocupação do cuidador de idosos não representa novos direitos trabalhistas a essa categoria, de forma que os cuidadores estão sujeitos às normas gerais, que variam conforme o contrato de trabalho desse trabalhador. Trata-se, no entanto, de uma conquista dos cuidadores, uma vez que o registro na CBO representa o primeiro passo para a regulamentação da atividade.

Contudo, pouco se avançou no sentido de regulamentação da atividade dos cuidadores de idosos no Brasil, conforme exposto e discutido no capítulo 2 deste trabalho. Decorridos seis anos da publicação do *Manual do Cuidador da Pessoa Idosa*, o Projeto de Lei nº. 4702/2012 foi aprovado pelo Senado e, atualmente, ainda aguarda, na Câmara dos Deputados, o parecer da Comissão de Seguridade Social e Família, por falta de consenso entre os profissionais e o Ministério da Saúde acerca das competências envolvidas no trabalho do cuidador e dos limites de sua atuação (ENTIDADES DIVERGEM..., 2013). Nesse sentido, as orientações sobre os direitos trabalhistas dos cuidadores de idosos fornecidas pelo capítulo 3 do manual continuam válidas e assim permanecerão até que a profissão do cuidador de idosos seja regulamentada, quando será necessário atualizá-las conforme a nova legislação trabalhista em vigor.

De fato, atualmente, é preciso analisar que tipo de contrato é estabelecido entre a instituição responsável pelo idoso e o cuidador de idosos contratado. Na família, ou nas instituições geriátricas, é possível que os cuidadores sejam contratados como empregados domésticos, serviços gerais ou técnicos em enfermagem, sendo submetidos, portanto, à legislação para cada uma dessas categorias. A formação do cuidador atuante hoje em dia é também reflexo da falta de regulamentação de sua profissão, uma vez que o projeto de lei prevê que o cuidador de idosos frequente um curso de formação, mas não sabe de quantas horas será esse curso, nem o tipo de formação que será dada, ou o conteúdo temático que constituirá esse saber formal.

Na realidade, no mercado de trabalho dos cuidadores de idosos, convivem trabalhadores de diferentes formações, mas com um conhecimento bastante centrado no saber histórico da atividade, conforme discutido no início deste capítulo, na análise do campo do trabalho do cuidador, contribuindo para a manutenção de uma lacuna quanto ao saber formal (SCHWARTZ, 1998). Essa lacuna acaba ajudando a perpetuar o discurso que acusa os cuidadores de idosos de serem profissionais pouco preparados, ou incompetentes. Pelo visto, ainda haverá muita discussão acerca da formação do cuidador de idosos, cuja identidade profissional permanece em construção, tanto no âmbito do próprio trabalho, quanto no campo jurídico, que ainda não o reconhece enquanto tal. Por outro lado, chegou a hora de pensar que tipo de prescrição será dada como norma antecedente para servir de guia para essa importante atividade humana, uma vez que a definição desse saber formal impulsionará a regulamentação da profissão. Por enquanto, o material disponível é composto pelos manuais do cuidador, daí a importância de sua análise atenta, tendo em vista que, se não forem utilizados tal qual estão disponíveis nesses cursos de formação, ao menos servirão de arquétipos para o material a ser elaborado para a orientação formal de atuais e futuros cuidadores de idosos.

Retomando a análise do capítulo 3, do *Manual do Cuidador da Pessoa Idosa*, é necessário comentar o item do capítulo designado especificamente para expor os direitos trabalhistas do cuidador formal de idosos, isto é, aquele com vínculo empregatício, como é o caso dos cuidadores de idosos entrevistados nas instituições geriátricas do Recife. O trecho a seguir é ilustrativo de como o *Manual do Cuidador da Pessoa Idosa* explora esses direitos:

1. O Cuidador de idosos com vínculo empregatício e regido pela Consolidação das Leis do Trabalho – **CLT**

É aquele que firma o contrato individual de trabalho previsto no artigo 442 da **CLT**, caracterizado como o ‘acordo tácito ou exposto correspondente à relação de emprego’.

Empregado, segundo o que dispõe o artigo 3º da **CLT** é ‘toda **pessoa física** que prestar serviço de natureza não eventual a empregador, sob a dependência deste e mediante salário’. Já empregador, segundo o artigo 2º do mesmo diploma legal, é ‘a empresa, individual ou coletiva, que, assumindo os riscos da atividade econômica, admite, assalaria e dirige a prestação pessoal de serviços’. Dos conceitos acima, podemos extrair os elementos que caracterizam a figura do empregado, que são os abaixo relacionados.

a) **Pessoa física** – A relação de emprego exige que o trabalho seja sempre prestado por **pessoa física**. Já o empregador pode ser **pessoa física ou jurídica** (um hospital, por exemplo).

b) **Pessoalidade** – O trabalho em um determinado contrato só pode ser efetuado pela pessoa que foi contratada. Se ela for substituída por outra, novo contrato surgirá.

c) Não-Eventualidade – Trabalho eventual é aquele prestado de forma esporádica, passageira, sem intenção de permanência. Assim, trabalho não-eventual é o prestado de forma contínua, com ânimo de permanência e regularidade.

d) **Onerosidade** – O empregado, ao emprestar sua força de trabalho para o patrão, não o faz de forma gratuita, e sim visando a uma contraprestação pelo esforço despendido, que se materializa na figura do salário.

e) Subordinação – Ao concordar com o **contrato de trabalho** o empregado compromete-se a acolher o poder de direção empresarial do patrão, ficando a ele subordinado juridicamente.

Presentes essas cinco características, configurado está o **contrato de emprego**, passando o empregado, no caso o cuidador de idosos, a ser protegido pelo manto da **CLT**, exceto nos casos nela previsto, os quais veremos mais adiante. Ressalte-se que mesmo as instituições de beneficência e as entidades sem fins lucrativos são consideradas empregadoras, de acordo com a **CLT**. [...] Assim, tais entidades estão obrigadas a cumprir todos os direitos previstos na **legislação trabalhista**, tais como: assinatura de CTPS, recolhimento de **FGTS**, pagamento de horas-extras, **adicional noturno**, **adicional de periculosidade e insalubridade** (de acordo com laudo específico), repouso semanal e em feriados, etc. (BORN, 2008, p. 35-36, grifos nossos).

Observa-se que, nesse capítulo, há um emprego acentuado de temas específicos do campo jurídico: *CLT* (1,49), *pessoa física* (1,29), *pessoa física ou jurídica* (0,74), *pessoalidade* (0,91), *onerosidade* (0,91), *legislação trabalhista* (0,91), *contrato de trabalho* (0,53), *contrato de emprego* (0,53), *adicional noturno* (0,53), *adicional de periculosidade e insalubridade* (0,53), sendo os quatro últimos hápax. Mas, diferentemente do primeiro e do último capítulos do *Manual do Cuidador da Pessoa Idosa*, apesar da exposição da lei e do emprego dos temas específicos do campo jurídico, neste capítulo existe uma tentativa de tradução da linguagem jurídica, como forma de permitir a compreensão por parte do cuidador. Essa tentativa, no entanto, ainda é tímida e se resume a exemplificar o que é uma pessoa jurídica – “um hospital, por exemplo” –, ou o empregado – “no caso, o cuidador de idosos” –, bem como a explicar as cinco características que configuram o contrato de emprego.

A timidez, na simplificação da linguagem jurídica, resulta em um estilo ainda preso à autoridade da palavra da ciência jurídica, mas que já sinaliza a necessidade de adaptação ao manual em que essa palavra está circulando. Trata-se, pois, da negociação entre a significação da palavra (que carrega uma memória social) e o tema, que é o sentido atualizado no enunciado concreto. Essa negociação permite entrever que o autor do capítulo encontra-se num embate travado entre a sua

palavra, que adiciona as referidas explicações, e a palavra do Outro, sendo esta representativa da forma padronizada dos gêneros do campo jurídico. Nesse sentido, seu estilo individual é permeado pelo tradicional rebuscamento linguístico da ciência jurídica, que pertence aos sistemas ideológicos constituídos, mas é atualizado na língua viva pela sua ideologia cotidiana, visto que o autor demonstra a necessidade de acrescentar o seu tom à palavra alheia que, em contrapartida, ajuda a constituir o seu próprio discurso (BAKHTIN, 2012). Esse conflito volta a aparecer no segundo item do capítulo:

2. O cuidador autônomo de pessoa idosa

Trabalho autônomo é aquele em que o trabalhador presta serviço sem subordinação ao seu tomador, ou seja, a direção da prestação do serviço é de responsabilidade do contratado, o qual pode, inclusive, fazer-se substituir por outrem, tendo em vista que o trabalho autônomo não exige necessariamente a **pessoalidade**. Pode inclusive o trabalhador autônomo constituir **pessoa jurídica**, pois essa modalidade de contrato não exige que o trabalhador seja **pessoa física (intuito personae)**.

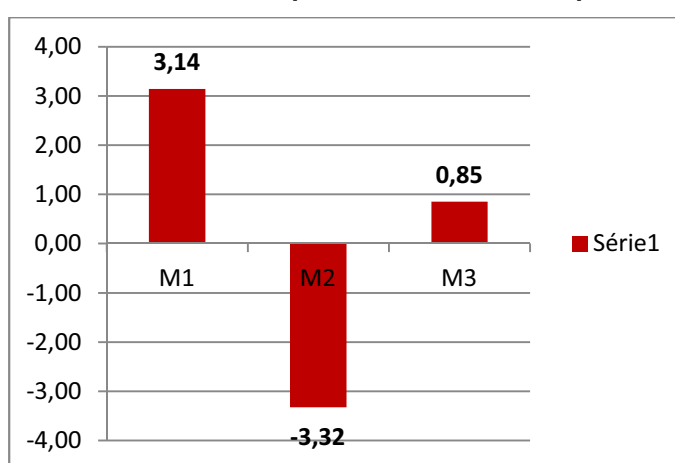
Assim sendo, cuidador de pessoas idosas autônomo é toda **pessoa física ou jurídica** que exerce habitualmente e por conta própria atividade profissional remunerada, prestando a terceiros serviço especializado de cuidado de idosos, sem relação de emprego e sem qualquer **subordinação jurídica**. Seus serviços ocorrem geralmente de forma eventual – ou esporádica (BORN, 2008, p. 36, grifos nossos).

No primeiro parágrafo, do trecho acima, o autor ocupa-se em explicar o que é o trabalho autônomo, valendo-se da linguagem jurídica técnica, representada pelos itens lexicais destacados, mas também da sintaxe rebuscada e pelo emprego da expressão latina *intuito personae*. No segundo parágrafo, observa-se uma tentativa de aplicar o conceito de trabalho autônomo, explicado anteriormente, para a ocupação do cuidador de idosos, embora ainda remanesça o vocabulário técnico da área, ilustrado, por exemplo, por *subordinação jurídica* (0,53), que é um hápax. O uso de expressões latinas na linguagem jurídica, considerado por muitos operadores do Direito como uma forma de instituir “um estilo formal inconfundível, caracterizado pelo desprezo com a técnica, e imensa preocupação com a estética”, objetiva “expressar significado próprio, muitas vezes, sob o intuito de esconder a realidade” e, desta forma, acaba prejudicando a compreensão dos enunciados por parte da população em geral (RAMOS, 2010, p. 1).

Embora haja, no campo jurídico, alguns capítulos do *Manual do Cuidador da Pessoa Idosa* que procuram simplificar as orientações relativas aos direitos dos idosos, deveres e direitos trabalhistas do cuidador, ou à violência contra os idosos, a

presença desse vocabulário específico e, por vezes, o estilo rebuscado, demonstram que ainda há um caminho a ser percorrido para tornar os enunciados mais adequados a seu público-alvo. Essa constatação fica ainda mais clara quando se observam os gráficos a seguir, relativos à presença ou ausência dos hápax no campo jurídico, nas três variáveis. O gráfico 14 foi gerado a partir da retirada dos hápax do campo jurídico, e os valores para cada uma das variáveis estão expostos logo abaixo:

Gráfico 14 – Campo Jurídico sem os Hápax



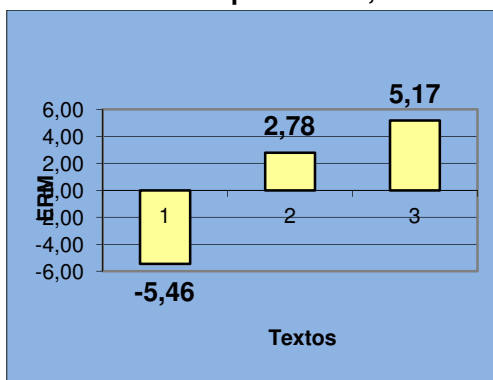
Nota-se que, nas três variáveis, existe uma variação no peso lexical, em relação ao gráfico 11: M1 (3,14) ascende ao vocabulário preferencial, M2 (-3,32) assume o lugar de vocabulário diferencial e M3 (0,85) permanece próximo à mediana “0”, mas agora no vocabulário básico de tendência positiva.

Essa variação de peso lexical e conseqüente mudança na classificação do vocabulário, nas três variáveis, demonstra que os hápax são responsáveis por levar os pesos lexicais de M1 e M2 para o vocabulário básico, no campo jurídico, de maneira que a presença ou a ausência dos hápax, nesse campo da atividade humana, é significativa para sua análise. Em M3, conforme já foi discutido, a permanência desses itens lexicais, no vocabulário básico, ratifica o entendimento de que o campo jurídico não é alvo do acento apreciativo desse manual: além de dedicar apenas um capítulo, aos direitos do idoso, o *Manual para Cuidadores de Idosos* (TRELHA *et. al.*, 2007) não apresenta uma carga temática significativa para o campo jurídico. Não é à toa, portanto, a baixa incidência de hápax, visto que esse

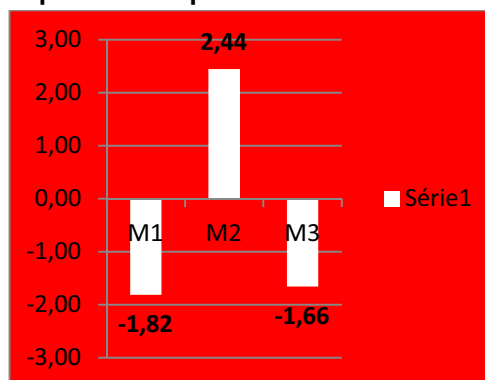
manual, nesse campo da atividade humana, é composto por palavras nocionais que servem apenas de suporte para sua construção discursiva.

À semelhança do que se observou nos gráficos 9 e 10, relativos ao campo da saúde, é possível comparar o gráfico 2, referente ao peso lexical dos hápax nas três variáveis – M1, M2 e M3 –, com o gráfico 15 a seguir, gerado com base no isolamento dos hápax no campo do jurídico:

**Gráfico 4 –
Peso Lexical dos Hápax em M1, M2 e M3**

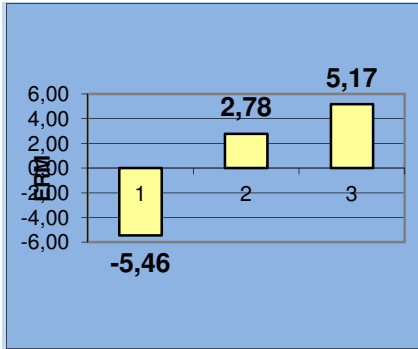


**Gráfico 15 –
Hápax no Campo Jurídico**

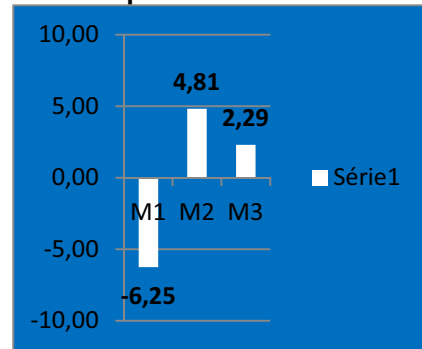


O gráfico 15 apresenta um valor bastante parecido para M2 (2,44), em relação ao gráfico 4 (2,78), isto é, um peso lexical que localiza essa variável no vocabulário preferencial, objeto de predileção, portanto, do *Manual do Cuidador da Pessoa Idosa* (BORN, 2008). Assim, os hápax, em M2, encontram uma expressividade no campo jurídico praticamente equivalente àquela dos hápax no *corpus* inteiro, atestando um emprego em torno da média esperada para essa variável. Esse emprego, em torno da média, pode ser, inclusive, contrastado com o peso lexical dos hápax no *corpus* inteiro e também com o peso lexical dos hápax nos outros campos da atividade humana analisados, cujos gráficos representativos serão retomados agora, a título de comparação:

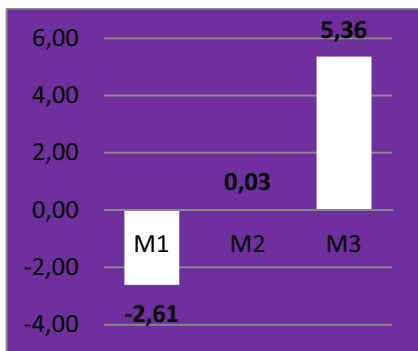
**Gráfico 4 –
Peso Lexical dos Hápx em M1, M2 e M3**



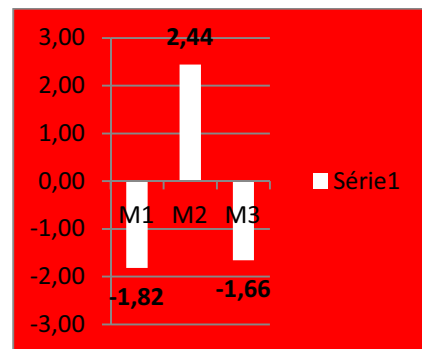
**Gráfico 11 –
Hápx no Campo da Saúde**



**Gráfico 16 –
Hápx no Campo do Trabalho do Cuidador**



**Gráfico 15 –
Hápx no Campo Jurídico**



No campo do trabalho do cuidador, na variável M2, os hápax não encontram representatividade: de acordo com o gráfico 16, os hápax estão praticamente reduzidos a zero ($Z=0,03$). Já o gráfico 11 demonstra que os hápax, em M2, no campo da saúde ($Z=4,81$), estão acima da média do peso lexical dos hápax no *corpus* inteiro, de forma que esse tipo de vocabulário carrega grande parte da carga temática da construção discursiva do *Manual do Cuidador da Pessoa Idosa* no que se refere, sobretudo, aos temas relativos aos problemas de saúde ou doenças crônicas decorrentes do envelhecimento e aos procedimentos ou técnicas de cuidado. O emprego de vocábulo do tipo hápax, na variável M2, no campo jurídico, pois, representa o equilíbrio entre o peso lexical desses itens no campo da saúde e no campo do trabalho do cuidador. Dessa forma, o uso dos hápax, no campo jurídico, é normal: nem privilegiado em relação a outros tipos de vocábulos, nem objetos de rejeição. A tabela 21 adiante lista mais alguns exemplos dos hápax no campo jurídico, na variável M2:

Tabela 21 – Hápax no Campo Jurídico, em M2

Palavras	Ocorrência	M2	Z2
Abandonadas	1	1	0,53
Abandono familiar	1	1	0,53
Abuso econômico e financeiro	1	1	0,53
Acesso preferencial	1	1	0,53
Acordo trabalhista	1	1	0,53
Adicional noturno	1	1	0,53
Administração de bens	1	1	0,53
Administração pública	1	1	0,53
Advogado	1	1	0,53
Aferição de lucro	1	1	0,53
Cartório de registro civil	1	1	0,53
Centro de referência da violência	1	1	0,53
Centros integrados	1	1	0,53
Código Civil brasileiro	1	1	0,53
Companhias de seguro de saúde	1	1	0,53
Compromisso contratual	1	1	0,53
Condição mental do interditando	1	1	0,53
Consignação em pagamento	1	1	0,53
Contrato de emprego	1	1	0,53
Contrato de prestação de serviços	1	1	0,53
Contrato de trabalho	1	1	0,53
Deliberações	1	1	0,53
Descanso remunerado em feriados	1	1	0,53
Direito personalíssimo	1	1	0,53

Legislação de empregado doméstico	1	1	0,53
Legislação protetiva ao idoso	1	1	0,53
Legista	1	1	0,53
Legitimidade	1	1	0,53
Relação trabalhista	1	1	0,53
Ressarcimento	1	1	0,53
Seguro desemprego	1	1	0,53
Serviços de assistência judiciária	1	1	0,53
Solicitação de intervenção	1	1	0,53
Subordinação jurídica	1	1	0,53
Tramitação dos processos	1	1	0,53
Trâmites	1	1	0,53
Violência econômica e financeira	1	1	0,53

A listagem dos hápax utilizados no *Manual do Cuidador da Pessoa Idosa* não permite entrever que o emprego desse tipo de vocábulo é normal (em torno da média) no campo jurídico, nessa variável, conforme demonstrou o gráfico 15 acima. De fato, apenas quando esses itens são analisados qualitativamente é que se torna possível visualizar a expressiva carga temática na construção discursiva do *Manual do Cuidador da Pessoa Idosa*: tendo em vista que os poucos capítulos do manual, dedicados ao campo jurídico, estão permeados por esses itens lexicais bastante específicos, conforme demonstrado ao longo da análise do campo jurídico, isso acaba por constituir-se em entrave para a compreensão ativa e responsiva desse enunciado pelo cuidador de idosos.

Para finalizar a análise do campo jurídico, resta discutir de que maneira o *Guia Prático do Cuidador*, representado pela variável M1, aborda os temas desse campo da atividade humana.

De acordo com os valores apresentados no gráfico 13, referentes ao peso lexical de cada variável no campo jurídico, M1 enquadrou-se no vocabulário básico de tendência positiva ($Z=1,51$). O *Guia Prático do Cuidador*, portanto, relega, ao campo jurídico, uma atenção dentro da normalidade: o peso lexical dessa variável, nesse campo da atividade humana, é ilustrativo de que o referido manual nem privilegia os temas no campo jurídico, nem os descarta, servindo de suporte para os temas do campo do trabalho do cuidador, sobre o qual recai seu acento apreciativo.

A tabela 22, exposta adiante, constituiu-se a partir de um recorte da tabela 21, acrescido de mais alguns itens lexicais que ocorrem em M1, para ilustrar a sua qualidade lexical no campo jurídico:

Tabela 22 – Campo Jurídico em M1

Palavras	Ocorrência	M1	Z1
Maus tratos	26	11	3,19
Direitos humanos	15	1	-1,15
Poder público	10	1	-0,67
Aposentadoria	7	2	0,71
Assistência social	7	2	0,71
Lei	7	1	-0,27
Negligências	7	1	-0,27
CRAS	6	3	2,02
INSS	6	4	3,08
Ministério Público	5	3	2,43
Requerente	4	4	4,25
Abusos físicos	4	1	0,36
Carteira de trabalho	3	2	2,18
Curatela	3	1	0,68
Invalidez	2	2	3,00
Benefício previdenciário	1	1	2,12
Tutela	1	1	2,12

Com base nos itens lexicais expostos na tabela 22, observa-se que o seu emprego ocorre no *Guia Prático do Cuidador*, sobretudo, no capítulo 9 do manual, cujo título anuncia a abordagem dos temas relativos aos direitos do cuidador e da pessoa cuidada, bem como aos serviços de assistência social disponíveis para os idosos. O trecho a seguir, que funciona como uma breve introdução ao capítulo, explora alguns dos temas listados na tabela 22, destacados aqui em negrito:

9 Serviços disponíveis e direitos do cuidador e da pessoa cuidada

As atenções da política de **assistência social** realizam-se por meio de serviços, benefícios, programas e projetos organizados em um sistema descentralizado e participativo (SUAS), destinados a indivíduos e suas famílias, que se encontram em situação de vulnerabilidade ou risco pessoal e/ou social. A proteção social básica prestada pela **assistência social** visa a prevenção de situações de risco e inclusão social por meio do desenvolvimento de potencialidades e de habilidades e o fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários, por intermédio de ações de convivência e atividades socioeducativas e acesso à renda (Benefício de Prestação Continuada (**BPC**), Benefícios Eventuais). Esses serviços e benefícios são ofertados e/ou articulados no equipamento de política social básica de **assistência social** – Centros de Referência de Assistência Social (**CRAS**).

Os indivíduos e famílias que se encontram em situação de risco pessoal e social, por ocorrência de abandono, **maus tratos** físicos, e/ou psíquicos, abuso sexual, cumprimento de medidas socioeducativas, pessoas em situação de rua, de trabalho infantil, entre outras, são atendidas pela política de **assistência social**, por meio de serviços de proteção social especial ofertados e/ou articulados pelos Centros de Referência Especializados de Assistência Social – CREAS, e buscam ampliar sua capacidade de

enfrentamento dessas questões com autonomia, a eliminação/redução de infrações aos **direitos humanos** e sociais, e a reconstrução de vínculos afetivos, permitindo a conquista de maior autonomia individual e social (BRASIL, 2009, p. 17, grifos nossos).

A introdução do capítulo 9 do *Guia Prático do Cuidador* versa, de maneira geral, sobre a materialização da política de assistência social em serviços, benefícios, programas e projetos. Inicialmente, afirma-se que essas iniciativas objetivam **proteger** os “indivíduos e suas famílias, que se encontram em situação de vulnerabilidade ou risco pessoa e/ou social”. Em seguida, o *Guia Prático do Cuidador* trata da necessidade de **prevenir** as situações de risco e **promover** a inclusão social daqueles que as enfrentarem. De fato, até o final do primeiro parágrafo, depreende-se que a política de assistência social deve cuidar de todos aqueles em situação de risco e vulnerabilidade, e esse cuidado passa pela prevenção dessas situações a partir da inclusão social, através de medidas socioeducativas de convivência comunitária, assim como do “desenvolvimento de potencialidades e de habilidades”.

A abrangência do tema a todos os cidadãos inclui os idosos e os cuidadores de idosos, mas não são específicas para eles. Isso pode ser confirmado no segundo parágrafo, à medida que o *Guia Prático do Cuidador* prossegue com a exemplificação daquilo que engloba as situações de risco pessoal e social, isto é, “abandono, maus tratos físicos, e/ou psíquicos, abuso sexual, cumprimento de medidas socioeducativas, pessoas em situação de rua, de trabalho infantil”, podendo ser a situação de abandono e os maus-tratos físicos e psíquicos associados ao segmento idoso, mas também a crianças.

Além disso, todas essas medidas de **proteção, prevenção e promoção** dos direitos humanos, elencadas pelo *Guia Prático do Cuidador*, são limitadas às informações acerca dos benefícios pagos pelo Governo para prestar assistência às pessoas que sofrem essas situações de risco. A assistência social a que o *Guia Prático do Cuidador* dedica o seu discurso, portanto, é restrita ao acesso à renda que pode ser obtida nas referidas situações de vulnerabilidade, não é à toa que, após essa breve introdução do capítulo 9, o manual passa a expor as orientações necessárias para requerer o Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social (BPC) e os benefícios previdenciários, que incluem a aposentadoria por idade, por invalidez e a pensão por morte:

9.1 Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social (BPC)

Esse benefício é integrante do Sistema Único de Assistência Social – SUAS na Proteção Social Básica, assegurado por lei e pago pelo Governo Federal. Ele permite o acesso de idosos e pessoas com deficiência às condições mínimas de uma vida digna. O valor do BPC é de um salário mínimo, pago por mês às pessoas idosas e/ou com deficiência que não podem garantir a sua sobrevivência, por conta própria ou com o apoio da família.

Podem receber o BPC:

- Pessoas idosas com 65 anos ou mais e pessoas com deficiência.
- Quem não tem direito à previdência social.
- Pessoa com deficiência que não pode trabalhar e levar uma vida independente.
- Renda familiar inferior a 1/4 do salário mínimo.

Para fazer o requerimento do benefício, precisa comprovar:

- O idoso que tem 65 anos ou mais.
- O deficiente, sua deficiência e o nível de incapacidade por meio da avaliação do Serviço de Perícia Médica do **INSS**.
- Que não recebe nenhum **benefício previdenciário**.
- Que a renda da sua família é inferior a 1/4 do salário mínimo por pessoa.

Se a pessoa tem direito a receber o BPC, não é necessário nenhum intermediário. Basta dirigir-se à agência do **INSS** mais próxima de sua residência, levando os documentos pessoais necessários. Os documentos necessários ao requerimento são:

Documentos do requerente:

- Certidão de nascimento ou casamento.
- Documento de identidade, **carteira de trabalho** ou outro que possa identificar o **requerente**. CPF, se tiver.
- Comprovante de residência.
- Documento legal, no caso de procuração, guarda, **tutela** ou **curatela**.

Documentos da família do **requerente**:

- Documento de identidade.
- **Carteira de trabalho**.
- CPF, se houver.
- Certidão de nascimento ou casamento ou outros documentos que possam identificar todas as pessoas que fazem parte da família e suas rendas.

Deve também ser preenchido o Formulário de Declaração da Composição e Renda Familiar. Esse documento faz parte do processo de requerimento e será entregue no momento da inscrição. Após este processo o **INSS** enviará uma carta para a casa do **requerente** informando se ele vai receber ou não o BPC. Essa carta também informará como e onde ele receberá o dinheiro do BPC. Se a pessoa tiver direito ao BPC, em até 45 dias após a aprovação do requerimento o valor em dinheiro já estará liberado para saque. Quem tem direito ao BPC recebe do banco um cartão magnético para usar apenas para sacar o recurso referente ao BPC. Não é preciso pagar por isso nem é obrigatória compra de nenhum produto do banco para receber o cartão.

9.2 Benefícios previdenciários

1. Aposentadoria por idade:

Exigências para requerer esse benefício:

- Ter contribuído para a Previdência Social por pelo menos 15 anos.
- Aos trabalhadores urbanos é exigida a idade mínima de 65 anos para os homens e 60 anos para as mulheres.
- Para trabalhadores rurais a idade mínima é de 60 anos para os homens e 55 anos para as mulheres.

2. **Aposentadoria** por invalidez:

É um benefício concedido aos trabalhadores que por doença ou acidente do trabalho forem considerados incapacitados para exercer as atividades profissionais.

Exigências para requerer esse benefício:

- Ser considerado pela perícia médica do **INSS**, total e definitivamente incapaz para o trabalho.

3. Pensão por morte:

Benefício pago à família quando o trabalhador da ativa ou aposentado morre.

Exigências para requerer esse benefício:

- Ter contribuído para o **INSS**.

Quem pode requerer esse benefício:

- Esposa, marido, companheiro (a), filho menor de 21 anos ou filho inválido, pai, mãe, irmão menor de 21 anos ou inválido.

- **Familiar do idoso ou cuidador que por algum motivo não possa receber benefício a que o idoso tem direito deve ir à agência da previdência social da sua cidade para obter informações** (BRASIL, 2009, p. 18-19, grifos nossos).

Os temas destacados em negrito, presentes na tabela 22 exposta anteriormente, são representativos do campo jurídico no *Guia Prático do Cuidador: lei (-0,27), INSS (3,08), benefício previdenciário (2,12), carteira de trabalho (2,18), requerente (4,25), tutela (2,12), curatela (0,68) e aposentadoria (0,71)*. Não obstante, esses itens lexicais não estão sendo utilizados com foco nos idosos, tampouco no cuidador de idosos, de forma que isso se traduz em pouca precisão temática por parte do manual com respeito à orientação que deve ser dada aos cuidadores de idosos acerca das questões jurídicas.

Assim, apesar de ser possível identificar, nos itens 9.1 e 9.2 do capítulo 9, a presença de informações concernentes ao requerimento dos benefícios para o idoso, este divide seu espaço com o segmento dos “deficientes” e “inválidos” quanto ao direito ao BPC e também com relação aos benefícios previdenciários. Quanto aos últimos, subdividem-se entre a aposentadoria por idade (nesse caso, o item é exclusivamente voltado para o idoso), a aposentadoria por invalidez, que engloba todos os trabalhadores que sofreram acidentes ou adquiriram doenças que os deixaram incapazes para trabalhar (embora não mencionado, o cuidador de idosos pode ser enquadrado nesse item) e a pensão por morte, que inclui trabalhadores jovens ou idosos, contribuintes do INSS, que venham a falecer.

Ainda, inserida no subitem de pensão por morte, especificamente quando trata de quem pode requerer esse benefício, encontra-se em negrito uma informação adicional deslocada, que fecha o item 9.2 do capítulo: trata-se de uma orientação para o familiar do idoso ou o cuidador que não conseguirem **receber** a pensão por

morte do idoso. O leitor desatento é levado à compreensão de que tanto o familiar do idoso quanto o cuidador (familiar, ou profissional) têm o direito de requerer e receber a pensão do idoso falecido, e não fica claro o que está por trás do impedimento em receber a pensão, por parte do familiar do idoso ou do cuidador.

A ambiguidade gerada no trecho só pode ser esclarecida mediante a recuperação da Lei 8.213/1991 (BRASIL, 1991), que trata dos planos de benefício da Previdência Social, com a qual o texto do manual estabelece uma relação dialógica. Em seu artigo 74 e subsequentes, da subseção VIII, que trata da pensão por morte, a lei afirma que esse benefício consiste em conceder o pagamento aos dependentes do segurado que falecer (neste caso, o idoso), sendo requisitos para tal ser dependente do segurado falecido, e que este tenha mantido sua qualidade de segurado, isto é, que tenha contribuído com a previdência social ao longo de sua vida de trabalho. Sendo assim, o familiar do idoso falecido pode **requerer** uma pensão por sua morte, contanto que seja dependente dele (sendo esse um direito adquirido por sua relação de parentesco com o idoso) e, nesse caso, poderá **receber** sua pensão sem impedimentos.

No entanto, o cuidador de idosos profissional não pode requerer essa pensão, uma vez que não estabeleceu com o idoso uma relação de parentesco, mas sim uma relação de trabalho. Sendo assim, compreende-se que o trecho em negrito refere-se não a um familiar ou a um cuidador terem o direito de **requerer** o benefício de pensão por morte do idoso, mas sim de o familiar ou o cuidador **receberem** os benefícios para os idosos de quem cuidam e que estão vivos, quais sejam: o BPC, a aposentadoria por idade ou por invalidez, contanto que estejam devidamente autorizados para isso. Dessa forma, essa orientação final do item 9.2 deveria estar fora do subitem “Pensão por morte”, podendo, inclusive, receber um destaque, uma vez que se refere a todos os demais benefícios que podem auxiliar os idosos no enfrentamento das situações de risco e vulnerabilidade referidas no início do capítulo 9, **com exceção** da pensão por morte, onde injustamente está localizada.

Para concluir a análise do capítulo 9 do *Guia Prático do Cuidador*, cabe um pequeno comentário a respeito dos itens que se seguem à apresentação dos benefícios. Do item 9.3 ao 9.7, o referido manual se contenta com a listagem da legislação pertinente para os temas discutidos ao longo do capítulo, bem como dos órgãos de direitos, da rede de apoio social, dos telefones úteis e de endereços eletrônicos, conforme se observa:

9.3 Legislação importante

- Estatuto da Pessoa Idosa (Lei nº 10.741/03).
- Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei nº 8.069 de 13 de julho de 1990).
- Política Nacional de Saúde para Pessoa Idosa (Portaria nº 2.528/06).
- Política Nacional do Idoso (Lei nº 8.842/94; Decreto nº 1.942/96).
- Legislação do Conselho Nacional de Direitos dos Idosos (Decreto nº 5.109/04).
- Lei de Acessibilidade (Lei nº 10.098/00; Decreto nº 5.296/04).
- Política Nacional para integração da pessoa portadora de deficiência (Lei nº 7853/89; Decreto nº 3298/99).

9.4 Órgãos de Direitos

- Conselho Nacional dos Direitos dos Idosos - CNDI.
- Conselho Nacional dos Direitos da Criança e Adolescente CONANDA.
- Conselho Nacional de Pessoa Portadora de Deficiência - CONADE.
- Coordenadoria para Integração da Pessoa com Deficiência - CORDE.

9.5 Rede de apoio social

- Instituições não-governamentais – ONGs como: Pastoral da Pessoa Idosa, Pastoral da Criança, Associação de Bairro, entre outros.
- Igrejas que realizam trabalhos específicos, inclusive aquelas que prestam serviços no domicílio com ajuda para o banho, curativo e emprestam cadeiras de rodas, muletas etc.
- Centros de Referência, casas-lares, instituições de longa permanência (ILPI), hospital-dia, centros de convivência, centros de reabilitação, centros-dia, entre outros.

9.6 Telefones úteis

PREVfone – 0800 78 0191
 Disque-saúde – 0800 61 1997
 SAMU – 192
 Corpo de Bombeiros – 193
 Polícia – 190

9.7 Recomendações de endereços eletrônicos

Ministério da Saúde – www.saude.gov.br
 Ministério da Previdência Social – www.previdenciasocial.gov.br
 Ministério da Educação – www.mec.gov.br (BRASIL, 2009, p. 20)

Seguindo a linha desenvolvida ao longo do capítulo, os itens finais não são específicos para os idosos, nem sequer se referem aos cuidadores de idosos. Além disso, qual seria a real função social de uma lista de leis, órgãos de direitos, rede de apoio social para a orientação do cuidador de idosos no campo jurídico, se isso não foi abordado anteriormente? Ainda, qual seria a finalidade de expor os telefones úteis ou listar alguns endereços eletrônicos, se o cuidador não sabe para quê e em que situações deverá lançar mão deles?

Perante a Lei, as pessoas vulneráveis (os idosos, as crianças, os adolescentes e os portadores de deficiências), são atendidas por uma legislação específica. Nesse sentido, a exposição de telefones/espços eletrônicos contendo

informações pertinentes pode ajudar na orientação dos cuidadores de idosos que enfrentem determinadas situações, durante seu turno de trabalho, as quais lhes exijam tomar providências imediatas. De qualquer forma, esses itens soltos, sem qualquer relação com o que foi exposto anteriormente, sinalizam falta de cuidado ou preocupação do manual com o bom fechamento das poucas orientações dadas com respeito aos temas do campo jurídico.

O capítulo 9, cujo título anuncia que serão expostos os “Serviços disponíveis e direitos do cuidador e da pessoa cuidada”, restringe-se a especificar alguns dos benefícios financeiros a que os idosos (bem como outros grupos sociais) têm direito pela legislação brasileira e, em seguida, a listar os ditos serviços disponíveis, sem qualquer alusão às situações em que esses serviços serão disponibilizados, ou para quem serão. O cuidador de idosos, aliás, é mencionado apenas mais uma vez após o título, mas nada é dito sobre os seus direitos enquanto trabalhador.

Conforme Bakhtin/Volochínov (2012, p. 129), as dimensões e a forma de uma enunciação realizada “são determinadas pela situação da enunciação e por *seu auditório*”, de forma que “a primeira palavra e a última, o começo e o fim de uma enunciação permitem-nos já colocar o problema do todo”. Considerando-se o título do capítulo 9 como sua primeira palavra no campo jurídico, e a listagem dos serviços disponíveis como sua última palavra, depreende-se que o todo dessa enunciação não está bem delimitado na situação social que subjaz à sua realização (a orientação dos trabalhadores para os diversos temas do campo jurídicos), tampouco considera seu auditório – os cuidadores de idosos. O manual dedica muito pouco do seu espaço aos temas do campo jurídico e, quando o faz, apresenta-os de maneira superficial, tendo em vista que concentra seu fundamento nos benefícios financeiros a que os idosos têm direito. Dito isso, a análise qualitativa corrobora aquilo que já havia sido sinalizado quantitativamente: o acento apreciativo do *Guia Prático do Cuidador* não recai sobre os temas do campo jurídico no capítulo que melhor representa o tratamento dado a esse campo da atividade humana pelo manual, pois o dialogismo não se estabelece nem entre a enunciação e a situação social onde ocorre, nem entre a enunciação e o auditório.

Há que se considerar, no entanto, que o *Guia Prático do Cuidador* apresenta mais um capítulo que concentra temas do campo jurídico – o capítulo 32. Este se dedica a explicar em que consistem os maus-tratos contra a pessoa idosa e seus

tipos, bem como as possíveis causas de sua ocorrência no contexto do cuidado com o idoso e as medidas a serem tomadas pelo cuidador quando presenciá-los:

32 Maus tratos

Maus tratos são atos ou omissões que causem dano, prejuízo, aflição, ou ameaça à saúde e bem-estar da pessoa. O mau trato pode ocorrer uma única vez ou se tornar repetitivo, pode variar de uma reação brusca, impensada, até uma ação planejada e contínua e causar sofrimento físico ou psicológico à pessoa cuidada. Os **maus tratos** tanto podem ser praticados pelo cuidador, por familiares, amigos, vizinhos, como por um profissional de saúde. Os **maus tratos** podem estar relacionados a diversas causas, tais como: conflitos familiares, incapacidade técnica do cuidador em desempenhar as atividades adequadamente, problemas de saúde física ou mental da pessoa cuidada ou do cuidador, desgaste físico e emocional devido a tarefa de cuidar, problemas econômicos, etc. A violência e os **maus tratos** podem ser físicos, psicológicos, sexuais, abandono, **negligências**, abusos econômico-financeiros, omissão, violação de direitos e autonegligência.

- **Abusos físicos, maus tratos físicos** ou violência física – são ações que se referem ao uso da força física como beliscões, puxões, queimaduras, amarrar os braços e as pernas, obrigar a tomar calmantes etc. [...]
- Abandono – é uma forma de violência que se manifesta pela ausência de responsabilidade em cuidar da pessoa que necessite de proteção, seja por parte de órgãos do governo ou de familiares, vizinhos amigos e cuidador.
- Negligência – refere-se à recusa ou omissão de cuidados às pessoas que se encontram em situação de dependência ou incapacidade, tanto por parte dos responsáveis familiares ou do governo. A negligência freqüentemente está associada a outros tipos de **maus tratos** que geram lesões e traumas físicos, emocionais e sociais. [...]

32.1 O que o cuidador pode fazer diante de situações de **maus tratos**

- Ter consciência de que **maus tratos** existem e que têm um efeito destrutivo na qualidade de vida das pessoas. [...]

32.2 Denúncia em caso de **maus tratos**

Quanto mais dependente for a pessoa, maior seu risco de ser vítima de violência. O cuidador, os familiares e os profissionais de saúde devem estar atentos à detecção de sinais e sintomas que possam denunciar situações de violência. Todo caso suspeito ou confirmado de violência deve ser notificado, segundo a rotina estabelecida em cada município, os encaminhamentos devem ser feitos para os órgãos e instituições discriminados a seguir, de acordo com a organização da rede de serviços local:

- a) Delegacia especializada da mulher
- b) Centros de Referência da mulher
- c) Delegacias Policiais
- d) Conselho Municipal dos Direitos da Pessoa Idosa
- e) Centro de Referência da Assistência Social (**CRAS**)
- f) **Ministério Público**
- g) IML e outros

O **Ministério Público** é um dos principais órgãos de proteção, que para tanto, poderá utilizar medidas administrativas e judiciais com a finalidade de garantir o exercício pleno dos direitos das pessoas vítimas de violência. Portanto, devem a sociedade civil, conselhos estaduais e municipais e

demais órgãos de defesa dos direitos, procurar o **Ministério Público** local toda vez que tiver conhecimento de discriminação e violência (BRASIL, 2009, p. 60-61, **grifos nossos**).

Os itens lexicais em negrito foram destacados, pois apareceram como ilustrativos do campo jurídico na variável M1, representativa do *Guia Prático do Cuidador*, segundo a tabela 22, exposta anteriormente. É interessante retomar o peso desses itens lexicais em M1: *maus-tratos* (3,19), *negligências* (-0,27), *CRAS* (2,02), *Ministério Público* (2,43) e *abusos físicos* (0,36). Conforme se observa, todos esses itens em destaque no capítulo 32 do *Guia Prático do Cuidador*, com exceção de *negligências*, apresentam valores positivos, sendo a maior parte enquadrada no vocabulário preferencial (>1,96), e *abusos físicos*, no vocabulário básico de tendência positiva.

Ora, se o capítulo 9 do referido manual demonstrou pouca precisão temática para a orientação do cuidador de idosos sobre os seus direitos e os dos idosos, configurando-se como um enunciado monológico, o capítulo 32, ao tratar do problema dos maus-tratos contra o idoso, resgata a dialogicidade da enunciação. O estabelecimento do enunciado dialógico pode ser observado tanto em relação à situação de produção, quando o *Guia Prático do Cuidador* se preocupa em se adequar à função informativa do gênero – ao explicar os maus-tratos, suas causas e suas formas de ocorrer –, mas, sobretudo, pela introdução do seu principal interlocutor no seu texto, uma vez que o cuidador de idosos é convocado a agir diante dessas situações, inclusive através de denúncias aos órgãos responsáveis, entre os quais o manual destaca o Ministério Público, responsável por tomar as medidas cabíveis para a preservação dos direitos às vítimas de violência. Em outras palavras, é considerando o seu interlocutor e a situação de produção da enunciação que as informações sobre os maus-tratos são explicadas. Nesse capítulo, então, o aparecimento dos itens lexicais marcados positivamente sinaliza não apenas um privilégio no seu uso, como também maior precisão temática, ratificada pela presença indispensável do seu interlocutor em sua construção enunciativa.

Por outro lado, a distância que separa os dois capítulos que tratam dos temas jurídicos, no *Guia Prático do Cuidador*, é enorme: vinte e dois capítulos que versam sobre temas no campo do trabalho do cuidador e da saúde separam o capítulo 9 do capítulo 32, havendo, portanto, uma ruptura no conteúdo temático do campo jurídico, provocada pela forma como a enunciação está construída. Ressalta-se que o

cuidador de idosos é praticamente ignorado no capítulo 9, restrito às orientações relativas aos benefícios a que os idosos e outros grupos sociais têm direito. Já no capítulo 32, o cuidador retoma seu lugar de interlocutor na enunciação sobre o campo jurídico. Não obstante, esse lugar apenas aparece no final do manual, o que não contribui para sua leitura e compreensão ativa e responsiva. A partir disso, torna-se possível afirmar que a figura do trabalhador é apagada nessa enunciação, e isso não apenas confronta a dialogicidade desse manual, no campo jurídico, como ratifica a pouca importância a ele atribuída.

Centrado em alguns poucos direitos dos idosos, o *Guia Prático do Cuidador* não toca nas questões pertinentes aos direitos do cuidador (apesar de anunciá-las), como se estes não merecessem atenção, ou não fossem sujeitos de seu trabalho. O apagamento do cuidador, no campo jurídico, nesse manual, por conseguinte, confirma a falta de reconhecimento desse trabalhador no mundo do trabalho, o que não é desejável para um manual cuja principal função é de orientar esses trabalhadores para o exercício mais competente de sua atividade profissional, função essa que depende de seu reconhecimento social.

De acordo com o que foi demonstrado no gráfico 13, a variável M1 foi a única que apresentou um valor positivo, localizando os temas do campo jurídico no vocabulário básico de tendência positiva, que serve de suporte à sua construção discursiva, cujo acento apreciativo recai sobre o campo do trabalho do cuidador. A qualidade discursiva desse valor positivo, no entanto, permite afirmar que o tratamento dispensado aos temas do campo jurídico pelo *Guia Prático do Cuidador* ainda não supre a necessidade de orientar seu interlocutor imediato – o cuidador de idosos – tendo em vista que carece não apenas de maior abrangência em seu conteúdo temático, mas de organização em sua construção composicional, os quais precisam incluir a figura do cuidador em sua enunciação.

Com respeito à variável M2, que faz contrapeso a M1 nesse campo da atividade humana, foi possível constatar que o estilo dos capítulos, escritos por autores diferentes, é fundamental para a compreensão de seu conteúdo temático e construção composicional. O *Manual do Cuidador da Pessoa Idosa* apresenta capítulos que ora buscam uma simplificação da linguagem jurídica para dar as orientações relativas aos direitos dos idosos, deveres e direitos trabalhistas dos cuidadores, ou à violência contra os idosos, ora mantêm uma estreita relação dialógica com o rebuscamento que se perpetua na tradição dos textos jurídicos, e

isso se torna perceptível em sua construção composicional, no conteúdo temático e, sobretudo, no estilo (pouco) individual de construção do enunciado, um estilo indissociável de “determinados tipos de construção do conjunto” (BAKHTIN, 2003, p. 266). Esse fato aponta para a necessidade de rever o estilo do manual no campo jurídico, a fim de permitir a instauração de uma relação dialógica efetiva com os cuidadores de idosos, que tanto necessitam dessas informações para o exercício competente de seu trabalho.

A variável M3, localizada no vocabulário básico, apesar de sua proximidade da mediana “0”, não poderia ser negligenciada. A análise quantiquantitativa do *Manual para Cuidadores de Idosos* permitiu constatar uma mudança em relação ao seu tom no último capítulo, dedicado aos direitos do idoso: além do tom instrucional e explicativo, emerge o tom coercitivo, regulador e punitivo, próprio do discurso jurídico. Essa mudança de tom está diretamente ligada à forma como o texto do manual dialoga com o Estatuto do Idoso, isto é, a referência feita ao texto jurídico ultrapassa seu conteúdo temático, reportando a sua forma, a fim de assegurar a autoridade da palavra da lei, ao mesmo tempo em que simplifica ou traduz o texto legal, com o intuito de torná-lo um pouco mais acessível para o cuidador. O discurso reportado do Estatuto do Idoso, portanto, é o que representa o campo jurídico no *Manual para Cuidadores de Idosos*, não havendo interesse por parte do manual em discutir outra legislação ou outras temáticas relativas a esse campo, por isso a pouca expressividade dessa variável no gráfico 13 e também a posição do capítulo no fim do manual, de maneira que seu acento apreciativo não recai sobre os temas do campo jurídico.

Enfim, a análise dos três manuais, no campo jurídico, guardadas as suas especificidades, vêm demonstrar que esse campo da atividade humana, embora apareça nas três variáveis, não é objeto de predileção por parte de nenhuma delas. A presença unânime dos temas relativos ao campo jurídico, no entanto, aponta para sua importância na formulação das normas antecedentes ao trabalho real dos cuidadores de idosos no Brasil. Não obstante, esse campo da atividade humana apresenta problemas constitutivos nos manuais analisados – problemas de conteúdo temático, construção composicional e estilo do gênero – os quais dificultam a instauração de enunciação dialógica com os cuidadores de idosos. É urgente, então, que esses problemas sejam solucionados a partir da consideração essencial do

interlocutor na enunciação – o cuidador de idosos – para quem os manuais foram escritos e que urge por melhor preparo para o exercício de sua profissão.

6 CONCLUSÕES

Mediante o acelerado envelhecimento da população brasileira nos últimos anos, alcançado pelos avanços da Medicina e pelo aumento da expectativa de vida ao nascer, emergiram novas demandas de assistência social ao segmento idoso, as quais exigem um preparo dos brasileiros, de forma geral, para lidar com essa mudança na pirâmide etária do país. As pesquisas no âmbito acadêmico buscam atender a essas demandas através de estudos, cada vez mais, de natureza inter e transdisciplinar, abrangendo as áreas da Saúde e as Ciências Humanas e Sociais, para a compreensão do envelhecimento enquanto um processo complexo.

Dentre esses impactos, o cuidado com os idosos se coloca como desafio para as famílias que, por falta de tempo, delegam essa função aos cuidadores de idosos, em suas próprias residências, ou nas instituições geriátricas de longa permanência. Consequentemente, o trabalho dos cuidadores de idosos vem conquistando espaço cada vez maior no mercado de trabalho e, diante da necessidade de orientação desses trabalhadores com respeito ao saber formal exigido para o exercício competente de sua atividade, os manuais do cuidador de idosos foram disponibilizados, a partir da iniciativa pública, para tentar preencher essa lacuna.

Dentro da linha de pesquisa de *Análises do Discurso*, esta pesquisa elegeu uma nova disciplina – a Ergolinguística – para compreender o objeto de estudo – os manuais escritos para a orientação dos cuidadores de idosos – a partir da relação dialógica que estabelece com o discurso do Outro. Para tanto, mobilizaram-se categorias de análise advindas da Teoria/Análise Dialógica do Discurso, fruto do desenvolvimento dos estudos bakhtinianos, e da Ergologia, que se dedica ao estudo da atividade em situação, as quais servem de base para a formação do arcabouço teórico e metodológico da Ergolinguística.

O estudo dos três manuais do cuidador se tornou importante para a compreensão desse material que pode vir a assumir o papel de norma antecedente para o trabalho do cuidador de idosos, visto que essa atividade humana ainda não é formalmente reconhecida no mundo do trabalho. Assim, partiu-se da hipótese de que, para funcionarem enquanto uma prescrição para o trabalho do cuidador de idosos, os manuais do cuidador precisam ser orientados pelos temas, eventos e problemas do trabalho real dos cuidadores, que exercem sua atividade situada social e historicamente.

A partir do processamento quantitativo dos dados no programa STABLEX, tornou-se possível traçar os macrocampos da atividade humana a serem analisados nos manuais – o campo do trabalho do cuidador, o campo da saúde e o campo jurídico. Feito isso, a análise qualitativa pode ser direcionada, através da visualização do arranjo dos textos, de acordo com os pesos lexicais assumidos pelos itens lexicais em relação ao *corpus* inteiro e comparados entre si.

A análise qualitativa dos temas, dos seus acentos apreciativos, do estilo, do tom, dentre outras categorias que foram surgindo no decorrer da aplicação do método dialógico-discursivo, permitiu um olhar sobre os manuais do cuidador de idosos com relação aos sentidos que circulam sobre a atividade dos cuidadores de idosos, isto é, permitiu recuperar as relações dialógicas que se estabelecem entre esses manuais e o discurso alheio. Desta forma, a abordagem dos manuais do cuidador tornou possível discutir em que medida eles expressam os saberes, as competências e os valores que devem configurar a atividade dos cuidadores, no embate com os discursos que circulam e fundamentam historicamente essa atividade humana, bem como através da análise do discurso sobre o trabalho real dos cuidadores, cotejados com o discurso da literatura sobre o tema.

No campo do trabalho do cuidador, o *Manual para Cuidadores de Idosos* e o *Manual do Cuidador da Pessoa Idosa* não apresentaram valores significativos com respeito ao peso lexical de seus itens, de forma que ambos não privilegiaram as orientações sobre o trabalho dos cuidadores de idosos. A análise qualitativa do primeiro apontou para pouca precisão na abordagem dos temas nesse campo da atividade, restringindo o cuidado ao tratamento dispensado em domicílio e por cuidadores informais. Ou seja, além de comprovar que os temas concernentes ao campo do trabalho do cuidador não são privilegiados em relação a outros temas no referido manual, a análise qualitativa permitiu concluir que as poucas orientações ali presentes se baseiam em noções que excluem o cuidador formal e institucional, de forma que não é adequado, desde o princípio, à orientação dos cuidadores de idosos que trabalham em instituições geriátricas do Recife.

Quanto ao segundo manual, cujos temas no referido campo se mostraram deficitários, concentrou-se na prescrição de tarefas para os cuidadores formais também atuantes nas residências dos idosos cuidados. Todavia, a análise dos discursos de algumas cuidadoras que trabalham em instituições geriátricas recifenses apontou para a existência de diversas contrapalavras à palavra do

Manual do Cuidador da Pessoa Idosa. Dessa maneira, ainda que o manual se dirija ao cuidador que atua nos domicílios dos idosos, o Outro desse discurso é recuperado através das várias vozes de sujeitos de trabalho, que atuam também em instituições geriátricas, assumem tarefas diversas, lidam com idosos com vários graus de dependência, enfim, fazem diferentes usos de si mesmos diante das dramáticas que enfrentam no ambiente laboral. Assim, à medida que o Outro é posto em diálogo com o discurso do manual, torna-se possível se entranhar na infinitude de fios dialógicos que ajudam a constituir esse campo da atividade humana, seja do ponto de vista prescritivo do manual, seja do ponto de vista do trabalho real dos cuidadores. Isso permite afirmar que um discurso que pretende funcionar como norma antecedente para uma atividade, a fim de regulá-la, deve levar em consideração as vozes sociais de diferentes sujeitos em atuação, para que assim suas orientações com relação ao saber formal possam ser dialogicamente compreendidas por esses sujeitos.

Finalmente, observou-se um peso significativamente positivo dos itens lexicais no *Guia Prático do Cuidador*, o que levou à busca pelos temas e pelos acentos apreciativos que sobre eles recaíam com respeito às orientações em torno do campo do trabalho do cuidador.

A configuração do discurso do *Guia Prático do Cuidador*, no referido campo, dá-se a partir da análise das relações dialógicas que se estabelecem entre os cuidados, o cuidador e a pessoa cuidada, ressaltando-se a compreensão do cuidado enquanto um imperativo ético, sinônimo de solicitude e responsabilidade sobre a pessoa cuidada. Não obstante, ao atribuir esse acento apreciativo para o tema do cuidado, o *Guia Prático do Cuidador* silenciou seus outros sentidos, os quais foram recuperados pela análise dialógica do enunciado, constituída pelo permanente diálogo com as vozes de cuidadores e da literatura especializada na área.

Com respeito ao dialogismo com a literatura especializada, constatou-se um apagamento dos sentidos em torno do cuidado preventivo, conforme a proposta de Veras (2009). Quanto aos cuidadores que exercem seu ofício nas instituições geriátricas de Recife, com cujas vozes o manual dialoga, observou-se uma manifestação do cuidado holístico e ético em seu discurso, embora o modelo biomédico de cuidado ainda seja predominante na realidade de sua profissão.

Assim, a análise do campo do trabalho do cuidador, no *Guia Prático do Cuidador*, permite visualizar uma circulação de acentos apreciativos em torno do

tema *cuidado*, provocando um embate discursivo entre o manual, a literatura especializada e os cuidadores de idosos. Esse confronto reflete e refrata a realidade complexa do envelhecimento no Brasil, país que precisa estar preparado para o atendimento aos idosos em curto espaço de tempo, mas que também é marcado por uma permanente negociação de sentidos entre os discursos que circulam nesse campo da atividade humana. Considerando-se essa realidade, resta ao manual definir-se de maneira mais apropriada sobre qual a acepção de cuidado é preciso fazer chegar ao cuidador real, a fim de preencher as lacunas de sua competência enquanto trabalhador, uma vez que estes se tornarão, cada vez mais, os principais agentes de cuidado na sociedade brasileira.

Em relação à análise do campo da saúde, os dados quantitativos permitiram visualizar que os três manuais fazem uma discussão em torno dos temas em saúde, embora esse campo da atividade humana não seja privilegiado em nenhuma delas. O *Manual para Cuidadores de Idosos*, à semelhança do seu tratamento aos temas do campo do trabalho do cuidador, também no campo da saúde é bastante genérico e, quando discute as questões mais específicas da saúde, não o faz com precisão suficiente para orientar os cuidadores de idosos em sua atividade, omitindo informações necessárias para a prestação dos cuidados com o idoso. A qualidade de vida e a prevenção são mencionadas brevemente, o que suscita predominantemente um sentido de saúde como manutenção do corpo físico, posto que o idoso é definido como um ser que carrega doenças. Ainda, a utilização de figuras ilustrativas que não estabelecem relações dialógicas (e, portanto, de sentido) com o texto do manual não permite a construção de um enunciado verbo-visual, de forma que essas figuras cumprem apenas a função de adorno, aproximando o manual à estrutura de uma cartilha. Por tudo isso, o *Manual para Cuidadores de Idosos* toca em algumas informações importantes para os cuidadores, mas silencia muitas outras que poderiam lhes servir para guiar suas ações no campo da saúde.

O *Guia Prático do Cuidador*, no campo da saúde, posiciona-se dialogicamente em relação a muitos cuidadores que não dominam os procedimentos técnicos de saúde. Isso se dá, sobremaneira, devido ao detalhamento de certos procedimentos técnicos na área da saúde, bem como pela estratégia de antecipação de possíveis problemas que possam surgir na atividade do cuidador. As instruções mais específicas da área da saúde são fornecidas também por enunciados verbo-visuais, que cumprem seu papel de esclarecer os cuidadores acerca de certos cuidados

especializados, embora esses enunciados não apareçam em outros trechos do manual, a exemplo de quando se refere ao envelhecimento e à qualidade de vida. Diante disso, torna-se possível depreender uma concepção de saúde, na velhice, que ora está associada à ausência de doenças, ora à preservação da autonomia e independência, sendo que o modelo biomédico de cuidado agudo predomina no discurso do manual, uma vez que, mesmo que o cuidador domine os procedimentos técnicos e especializados da área, será sempre necessário recorrer à equipe de saúde para realizá-los.

Por outro lado, o embate desse discurso com o discurso do Outro demonstrou que, de certa forma, os cuidadores já se encontram preparados para realizar determinados procedimentos especializados. Sendo assim, ressalta-se a importância da reorientação do texto desse manual a partir do conhecimento da sua realidade de trabalho, pois esses trabalhadores refletem discursivamente certo conhecimento sobre os cuidados curativos e, por outro lado, refratam-no, ao fazerem uso também de um cuidado holístico com o idoso, um saber adquirido a partir da herança histórica de seu trabalho e com a prática da atividade, mas que, ao mesmo tempo, figura na literatura especializada na área. Deste modo, o *Guia Prático do Cuidador* não considera que os cuidadores de idosos podem haver adquirido saberes na esteira do segundo ingrediente da competência (daí a necessidade de recorrer sempre à equipe de saúde) e que, especificamente em relação às noções de cuidado holístico, esse saber encontre respaldo na literatura especializada na área, o que aponta para a relevância de se levar em consideração, antes que se estabeleçam as normas antecedentes, os saberes mobilizados pelos trabalhadores em situação real, a fim de procurar suprir as lacunas que ainda remanesçam.

Com respeito ao *Manual do Cuidador da Pessoa Idosa*, a presença significativa de hápax no campo da saúde apontou para uma utilização significativa de temas referentes a instruções técnicas altamente especializadas na área da saúde, sobretudo na parte destinada aos cuidados. Sendo assim, foi necessária a análise qualitativa dos cuidados nesse manual, para verificar a mobilização de diversos sentidos atribuídos ao cuidado, embora ainda haja predomínio de uma concepção de cuidado biomédico, extremamente arraigada na cultura brasileira. Mediante isso, a saúde e a qualidade de vida são temas que ainda não caminham juntos na velhice, e a saúde integral, que considera o ser humano como um todo, é um conceito que não está presente e com o qual não se deseja formar as pessoas

que cuidam ou cuidarão dos idosos brasileiros. Aos poucos, no entanto, outros sentidos de cuidado vêm ganhando força, o que pode indicar a importância de sua futura incorporação por parte de outros materiais de orientação aos cuidadores.

No campo jurídico, os três manuais analisados mantiveram os pesos de seus itens lexicais no vocabulário básico, atestando um uso normalizado em torno da média. De pouquíssima expressividade no *Manual para Cuidadores de Idosos*, os temas no campo jurídico são ali praticamente nulos e restritos ao seu último capítulo. Neste, estabelece-se uma relação dialógica com o Estatuto do Idoso, a qual extrapola o conteúdo temático exposto, atingindo o estilo do manual, que simplifica o texto legal, com o intuito de torná-lo um pouco mais acessível para o cuidador; mas reporta a sua forma, a fim de assegurar a autoridade da palavra da lei, fazendo emergir um tom coercitivo, regulador e punitivo, próprio do discurso jurídico, um tom, aliás, que é diferente do tom instrucional e explicativo predominante nos demais capítulos.

Concentrados, sobretudo, na primeira parte do *Manual do Cuidador da Pessoa Idosa*, os temas do campo jurídico abrangem os direitos dos idosos e os direitos e deveres dos cuidadores de idosos. Nesse campo da atividade humana, foi possível observar que os estilos individuais dos autores de cada capítulo do manual são significativos para sua construção discursiva, na medida em que ora os capítulos são repletos de expressões jurídicas altamente especializadas (atestados pela grande presença de hápax), inclusive através de termos em Latim, ora ocorre a tentativa (ainda que tímida) de tradução desse texto legal para facilitar a compreensão dos cuidadores de idosos. Essa constatação sinaliza a necessidade de maior adequação desses enunciados para o seu público-alvo, os cuidadores de idosos, que precisam ter acesso a esse saber formal não apenas para tornarem-se mais competentes no que condiz ao primeiro ingrediente da competência, mas também para que eles possam efetivar, em seu trabalho, o exercício de sua cidadania, respeitando os direitos dos idosos e tendo acesso a seus direitos e deveres enquanto trabalhadores.

O *Guia Prático do Cuidador*, por sua vez, dedica o seu nono capítulo à exploração dos temas no campo jurídico, especialmente aos direitos do cuidador e da pessoa cuidada, além dos serviços de assistência social aos idosos, restritos ao acesso à renda proveniente dos benefícios de prestação continuada, deslocando o foco das orientações jurídicas para as informações sobre procedimentos

burocráticos que envolvem o requerimento dos benefícios. Esse deslocamento acaba por levar à pouca precisão temática do manual com respeito aos temas do campo jurídico, desembocando em uma ambiguidade na abordagem do tema “pensão por morte”, que não pode ser requerida pelo cuidador profissional, apenas por um cuidador familiar, mas que pode ser recebida pelo cuidador (para o idoso), caso tenha autorização para isso. Ainda, o manual apresenta uma lista com telefones/espços eletrônicos contendo informações úteis acerca das questões jurídicas que interessam ao cuidado com o idoso, as quais podem ajudar o cuidador no enfrentamento de determinadas situações que lhe exijam tomar providências imediatas. De qualquer forma, sem relação com o que foi exposto anteriormente, esses itens sinalizam falta de cuidado do manual com respeito ao bom fechamento das poucas orientações fornecidas sobre os temas do campo jurídico, o que chama a atenção para a importância não apenas de ampliar as informações nesse campo, como também de reorganizá-las discursivamente.

Conforme se observou, os saberes, as competências e os valores, expressos pelos manuais do cuidador analisados enquanto desejáveis para a formação do bom cuidador, ainda estão, em sua maioria, distantes da realidade de trabalho desses profissionais, muitas vezes restritos aos cuidadores informais ou familiares. O bom cuidador é idealizado pelos manuais, que não priorizam os profissionais que lidam com os idosos brasileiros cotidianamente, os trabalhadores que precisam cuidar com amor e responsabilidade, mas que igualmente necessitam ser bem remunerados, reconhecidos por seu trabalho; enfim, precisam também ser cuidados.

Ora, se os discursos dos manuais e dos cuidadores se constroem em torno do cuidado, é indispensável ouvir as vozes dos cuidadores de idosos, para que efetivamente se instaure um diálogo entre esses trabalhadores e o discurso que pretende regular sua atividade, o que propiciará a abertura de um espaço para maior discussão acerca dos temas e problemas enfrentados no exercício laboral dos cuidadores de idosos no Brasil, em busca de soluções. Confirma-se a hipótese, portanto, de que, para funcionarem enquanto uma prescrição para o trabalho do cuidador de idosos, os manuais do cuidador precisam ser orientados pelos temas, eventos e problemas do trabalho real dos cuidadores.

Ainda, a instauração de um diálogo entre trabalho prescrito e trabalho real proporciona a constante renormalização das normas antecedentes, a qual é imprescindível para a manutenção do caráter dinâmico da própria atividade. Em se

tratando de discursos sobre o cuidado com o idoso, a dinamicidade – força motriz da atividade em situação – garante a coexistência desses vários (e, muitas vezes, complementares) sentidos de cuidado que, ao serem desvelados, revelam que não há apenas uma forma de cuidar, ou uma maneira mais certa de cuidar do idoso.

De fato, os idosos necessitam de muitas formas de cuidado, porquanto se leve em consideração a dimensão ética do cuidado com o idoso, a qual passa necessariamente pelos atos responsáveis junto ao outro, atos que se manifestam por ações e pela linguagem. É nesse sentido que o bom cuidador não é aquele cuja competência se centra no primeiro ou no segundo ingredientes, mas aquele que busca, a partir da sua relação ética e responsável com o idoso cuidado, a qualidade sinérgica entre os diversos ingredientes de sua competência, posto que sua forma de cuidar vai demandar a negociação de muitos saberes, a depender da situação dramática que enfrente, do seu entorno, das fragilidades do idoso cuidado e de suas próprias dificuldades.

De acordo com a análise de cada um dos manuais do cuidador, nos três campos da atividade humana, é possível concluir que esse material pode servir de base para o estabelecimento das normas antecedentes para o trabalho do cuidador de idosos, as quais são fundamentais para a formação desses trabalhadores no que concerne ao primeiro ingrediente da competência – adquirido através do saber formal –, preenchendo uma lacuna identificada anteriormente (PORTO, 2010). Ao mesmo tempo, poderá contribuir para a definição dos temas que devem ser incluídos na formação desses trabalhadores e dos limites de sua atuação junto aos idosos e aos demais colegas de trabalho, o que, conseqüentemente, viabilizará o processo de reconhecimento desse profissional no mundo do trabalho, a partir da regulamentação da sua profissão.

Por outro lado, da maneira como esses manuais estão configurados discursivamente, eles não servirão ao propósito para o qual foram pensados, mediante a heterogênea realidade na formação do trabalhador que lida com o idoso no Brasil. Uma vez que é permitido que os cuidadores possuam diferentes formações e, portanto, lancem mão de diversos saberes e competências para exercer o cuidado com o idoso, haja vista a ausência de uma legislação que reconheça e, assim, passe a regular o ofício desses trabalhadores no país, é preciso repensar os manuais do cuidador a partir dos embates dialógico-discursivos suscitados pela presença constitutiva do Outro em seu discurso. No que compete à

contribuição desta pesquisa para a discussão, é importante questionar: qual seria o papel da Ergolinguística para desenvolver os conteúdos do curso de formação de cuidadores e de que maneira a disciplina pode colaborar para uma efetiva mudança na formação do cuidador de idosos no Brasil?

Em geral, os linguistas que analisam o trabalho são convidados a intervir naquele ambiente laboral para, a partir da análise da atividade em situação e dos discursos que ali circulam, propor soluções para resolução de problemas. Nesta pesquisa, os cuidadores de idosos não demandaram a interferência da linguista, tampouco conheciam os manuais do cuidador. De qualquer forma, as conclusões obtidas com este estudo abrem um precedente para estreitar as relações de linguagem entre pesquisadores interessados na temática, cuidadores de idosos e responsáveis pela produção dos manuais do cuidador, ou de outro material que venha a funcionar como prescrição para essa atividade. Mais precisamente, os linguistas podem aprofundar a análise dessa atividade humana a partir da intervenção efetiva na produção discursiva do seu trabalho prescrito, colocando-se como intermediários na negociação de sentidos entre os trabalhadores e produtores do conhecimento formal.

Acredita-se que, através de uma abordagem ergolinguística desse embate dialógico, torna-se possível buscar o estabelecimento de um cuidado autêntico no trabalho dos cuidadores de idosos, um cuidado que convoca os atos concretos de linguagem e ações desses sujeitos em situação de trabalho real, mobilizando saberes provenientes dos discursos que circulam em sua atividade, bem como daqueles que circulam sobre a sua atividade. Engendrando-se nesse diálogo também em forma de discurso, a Ergolinguística se coloca enquanto uma disciplina contemporânea que busca na linguagem também uma maneira de agir cuidadosamente com o Outro e sobre o Outro.

Diante disso, é premente que os manuais do cuidador se voltem para a realidade de trabalho dos cuidadores de idosos, para conhecê-la apropriadamente e, então, falar a esse público. Em contrapartida, isso abrirá espaço para que o cuidador compreenda ativa e responsivamente suas orientações, conquistando seu direito à réplica e reconhecendo-se enquanto um trabalhador ainda mais competente, na medida em que não apenas exercerá sua função cotidiana a partir do saber histórico adquirido com a prática, mas passará a aplicar procedimento e técnicas

generalizáveis, refletindo constantemente sobre sua realidade de trabalho e, por consequência, interferindo de outra maneira sobre ela.

Enfim, fica demonstrado de que maneira a Ergolinguística se coloca entre as disciplinas que podem contribuir para compreensão do envelhecimento humano, a partir da ótica do trabalho do cuidador de idosos. A abordagem ergolinguística dos manuais do cuidador, enquanto porta de entrada para a compreensão do envelhecimento humano, mediante a crescente relevância do cuidador de idosos no contexto social brasileiro, permite concluir que um dos principais problemas para a constituição desse material enquanto norma antecedente para o trabalho do cuidador de idosos é de natureza linguística. Diante dessa constatação, a Ergolinguística se coloca à disposição para o enfrentamento de uma efetiva mudança na formação desses trabalhadores, uma mudança que parte do texto para a compreensão dos sujeitos que através dele se manifestam.

REFERÊNCIAS

AGICH, G. J. 1982. The concept of responsibility in medicine. In: SKOUSGAARD, S. (Ed.). *Responsibility in Health Care*. Dordrecht, D. Reidel, p. 53-73.

_____. 2008. *Dependência e autonomia na velhice: um modelo ético para o cuidado de longo prazo*. Tradução de Luís Carlos Borges. São Paulo: Loyola.

ANDRADE, L. M. *et al.* 2012. Políticas públicas para pessoas idosas no Brasil: uma revisão integrativa. *Revista Ciência & Saúde Coletiva* da Associação Brasileira de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, vol. 18, n. 12. Disponível em: www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232013001200011&script=sci_arttext. Acesso em: 18 jan. 2013.

ANDREWS, G. 2000. Los desafíos del proceso de envejecimiento en las sociedades de hoy e del futuro. In: Encuentro Latinoamericano y Caribe: o sobre las personas de edad, 1999, Santiago, Chile. *Anais...* Santiago: CELADE.

ASSIS, M. 2004. Aspectos sociais do envelhecimento. In: SALDANHA, A. L.; CALDAS, C. P. (orgs.). *Saúde do idoso: a arte de cuidar*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Editora Interciência.

BANCO MUNDIAL. *Envelhecendo em um Brasil mais velho: implicações do envelhecimento populacional para o crescimento econômico, a redução da pobreza, as finanças públicas e a prestação de serviços*. Washington, DC: The World Bank, 2011.

BAKHTIN, Mikhail M. 1993. O discurso no romance. In: _____. *Questões de Literatura e Estética: a teoria do romance*. São Paulo: UNESP.

_____. 2002. *Problemas da Poética de Dostoiévski*. Trad. Paulo Bezerra. 3ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária.

_____. 2003. *Estética da criação verbal*. Trad. do russo de Paulo Bezerra. São Paulo: Martins Fontes.

_____. 2007. Estrutura do Enunciado. *Revista Literatunja Ucëba*. vol. 3, 1930, p. 65-87. Tradução de Ana Vaz, para fins didáticos.

_____. 2010. *Para uma filosofia do ato responsável*. Trad. Valdemir Miotello e Carlos Alberto Faraco. São Carlos: Pedro & João editores.

BAKHTIN, M.; VOLOCHÍNOV, V. N. *Marxismo e Filosofia da Linguagem*. 13ª ed., 1ª reimpressão. São Paulo: Hucitec, 2012.

BALTES, P. B. 1987. Theoretical propositions of the life-span developmental psychology: on the dynamics between growth and decline. *Developmental Psychology*, vol. 23, p. 611-696.

_____. 1997. On the incomplete architecture of human ontogeny: selection, optimization, and compensation as foundation of developmental theory. *American Psychologist*, vol. 53, n. 4, p. 366-380.

BEAUVOIR, S. 1990. *A velhice*. 2ª Ed. Tradução de Maria Helena Franco Martins. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.

BECHARA, E. *Moderna Gramática Portuguesa*. 37ª ed. revista e ampliada. Rio de Janeiro: Lucerna, 2003.

BELO, D. P. 2010. *O princípio da razoável duração dos processos administrativos relativos aos atos de concentração no sistema brasileiro de defesa da concorrência*. Dissertação (Mestrado em Direito Econômico). Programa de Pós-Graduação em Ciências Jurídicas, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, PB.

BIRMAN, J. 1994. O futuro de todos nós: temporalidade, memória e terceira idade na psicanálise. *Série Estudos em Saúde Coletiva*, n. 86. Rio de Janeiro: IMS/UERJ. Disponível em: www.ims.uerj.br/i_publicacao_serie_coletiva.php#. Acesso em: 20 jan. 2013.

BOFF, L.; BOFF, C. 1986. *Como fazer teologia da libertação*. 2ª ed. Petrópolis: Vozes.

BORN, T. (org.) 2008. *Cuidar melhor e evitar a violência: Manual do Cuidador da Pessoa Idosa*. Secretaria de Direitos Humanos do Governo Federal/ Ministério da Saúde. Disponível em: www.ciape.org.br/manual_cuidador.pdf. Acesso em: fev/2012.

BRAIT, B. 2006. Análise e Teoria do Discurso. In: BRAIT, B. (org.). *Bakhtin: outros conceitos-chave*. São Paulo: Contexto.

_____. 2009. A palavra mandioca do verbal ao verbo-visual. *Bakhtiniana*, São Paulo, v. 1, n. 1, p. 142-160.

BRAIT, B. et. al. 2006. El discurso oral y escrito en Brasil: perspectiva actual. *Orália*. Almeria: Espanha, v. 9, p. 33-44.

BRASIL. 1991. Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991. Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Presidência da República Brasília, Brasília, DF. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8213cons.htm ; Acesso em: set./2014.

_____. 1994. Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. Brasília, DF. Disponível em: portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/p8842_pn_idoso.pdf . Acesso em: 31 jan. 2013.

_____. 2002a. Ministério do Trabalho e Emprego. *Classificação Brasileira de Ocupações*. Disponível em: www.mtecbo.gov.br/busca/descricao.asp?codigo=5162-10. Acesso em: 10 mar/2013.

_____. 2002b. Lei nº 10.046, de 10 de janeiro de 2002. Institui o Código Civil. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF: Presidência da República, 2002. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/L10406.htm#art2045 ; Acesso em: ago./2014.

_____. 2003. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso. *Instituto Tancredo Neves de Estudos Políticos e Sociais (ITN)*, Brasília, DF.

_____. 2009. Ministério da Saúde. *Guia Prático do Cuidador*. 2ª Ed. Disponível em: bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_cuidador.pdf. Acesso em: dez./2009.

_____. 2012. Projeto de Lei nº 4702/2012. Regulamenta a profissão dos cuidadores de idosos. *Senado Federal*, Brasília, DF. Disponível em: www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=559429. Acesso em: 14 set/2014.

_____. 2013. *Constituição da República Federativa do Brasil de 1988*. Texto consolidado até a emenda constitucional nº 64 de 04 de fevereiro de 2010. Brasília, DF. Disponível em: www.senado.gov.br/legislacao/const/con1988/CON1988_04.02.2010/CON1988.pdf. Acesso em: 03 mar. 2013.

CABRAL, I. F. F. S. 2006. *Cidades saudáveis: uma proposta humanística de promoção da saúde do idoso no município de Sairé - o conceito de saúde*. Relatório Técnico-Científico. Pibic/CNPq/UFPE, Recife.

CALDAS, C. P. 2004. Aspectos éticos: considerando as necessidades da pessoa idosa. In: SALDANHA, A. L.; CALDAS, C. P. (orgs.). *Saúde do Idoso: a arte de cuidar*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Editora Interciência.

_____. 2005. Cuidado do idoso: novos paradigmas? In: 57º Congresso Brasileiro de Enfermagem. Goiânia, GO. *Anais...* Goiânia: ABEn-GO.

CÂMARA, F. P.; SILVA, A. G. 2013. Reflexões sobre o projeto global Burden of disease study 2010. *Revista Debates em Psiquiatria*, ano 3, n. 1, p. 44-46. Disponível em: www.abp.org.br/download/revista_debates_jan_fev_2013.pdf. Acesso em: 31 jan. 2013.

CAMLONG, A. 1991. *Stablex pratique*. Toulouse: Teknea.

_____. 1996. *Méthode d'analyse lexicale, textuelle et discursive*. Paris: Ophrys.

CHARON, R. 2006. *Narrative medicine : honoring the stories of illness*. 1ª ed – Ebook. United Kingdom : Oxford University Press.

_____. 2011. *Honoring stories of illness*. In: Conference at TEDxAtlanta. Atlanta, Estados Unidos da América. Disponível em : <https://www.youtube.com/watch?v=24kHX2HtU3o> ; acesso em: dez./2014.

CHARRIAUX, M.; SCHWARTZ, Y. 1992. A mi parcours: quelques hypothèses opératoires. APST – Recherche. *L'évaluation économique à l'épreuve des services: l'activité entre efficacité et efficience*. Aix-en-Provence: Universidade de Provença, Departamento de Ergologia.

CLOT, Yves. 1997. *Le travail, activité dirigée: contribution à une analyse psychologique de l'action*. Document the synthèse pour l'Habbilitation à diriger des recherches. Paris: Université de Paris VIII.

_____. 2001. Metodologia em Clinique de l'activité. L'exemple du sosie. In: SANTIAGO, M. (ed.). *Les méthodes qualitatives en Psychologie*. Paris: Dunod Mimeo, 2001.

CORRAL, B. A. 2006. *Nacionalidad, ciudadanía y democracia: ¿a quién pertenece la Constitución?* Madrid: Tribunal Constitucional/Centro de Estudios Políticos y Constitucionales.

COUTRIM, R. M. E. 2010. *A velhice invisível: o cotidiano de idosos que trabalham nas ruas de Belo Horizonte*. São Paulo: Annablume.

DANIELLOU, F.; GARRIGOU, A. 1995. L'ergonome, l'activité et la parole des traivailleurs. In: BOUTET, J. 1995. *Paroles au travail*. Paris: L'Harmattan.

DIAMOND, 1986. Social policy and everyday life in nursing homes: a critical ethnoghaphy. *Social Science and Medicine*, v. 23, p. 1287-1295.

DUARTE, F.; FEITOSA, V. (orgs.). *Linguagem e Trabalho*. Rio de Janeiro: Lucerna.

ENTIDADES DIVERGEM SOBRE FORMAÇÃO NECESSÁRIA PARA CUIDAR DE IDOSO. 2013. *Câmara dos Deputados*. Câmara Notícias, trabalho e previdência, 08 de out. 2013. Disponível em: www2.camara.leg.br/camaranoticias/noticias/TRABALHO-E-PREVIDENCIA/454075-ENTIDADES-DIVERGEM-SOBRE-FORMACAO-NECESSARIA-PARA-CUIDAR-DE-IDOSO.html. Acesso em: 14 set./2014.

ERIKSON, E. H. *et. al.* 1986. *Vital involvement in old age*. Nova Iorque: Norton.

FAÏTA, D. 2002. Análise das práticas languageiras e situações de trabalho: uma renovação metodológica imposta pelo objeto. In: SOUZA-E-SILVA, M. C.; FAÏTA, D. (orgs.). *Linguagem e trabalho: construção de objetos de análise no Brasil e na França*. Trad. Ines Polegatto e Décio Rocha. São Paulo: Cortez.

_____. 2005. *Análise Dialógica da Atividade Profissional*. Rio de Janeiro: Imprinta Express.

_____. 2011. *Ciclo de Palestras da Equipe ERGAPE*. Organização: Prof^a Dr^a Eliane Lousada. USP, out./2011.

FEITOSA, V. 1998. Escritos de trabalho: recortes analíticos. In: DUARTE, F.; FEITOSA, V. (orgs.). *Linguagem e Trabalho*. Rio de Janeiro: Lucerna, p. 37-50.

FEITOSA, M. L. P. M. A. 2007. *Paradigmas inconclusos: os contratos entre a autonomia privada, a regulação estatal e a globalização dos mercados*. Coimbra: Coimbra Editora.

FERNANDES, M. G. M.; SANTOS, S. R. 2007. Políticas públicas e direitos do idoso: desafios da agenda social do Brasil contemporâneo. *Revista Achegas.net*, n. 34, mar/abr. 2007, p. 49-60. Disponível em: www.achegas.net/numero/34/idoso_34.pdf. Acesso em: 30 set. 2013.

FIORIN, J. L. 2013. A linguagem humana do mito à ciência. In: _____ (org.). *Linguística? Que é isso?* São Paulo: Contexto.

FRANÇA, M. B. 2004. No princípio dialógico da linguagem, o reencontro do *homo loquens* com o ser humano industrial. In: FIGUEIREDO, M. *et. al.* (orgs.). *Labirintos do trabalho: interrogações e olhares sobre o trabalho vivo*. Rio de Janeiro: DP&A.

FRANÇA, M. B. *et. al.* 2005. Análise dialógica da atividade profissional: contribuições teórico-metodológicas para os estudos sobre linguagem/trabalho. In: FAÏTA, D. 2005. *Análise Dialógica da Atividade Profissional*. Rio de Janeiro: Imprinta.

GILLIGAN, C. 1982. *Uma voz diferente: psicologia da diferença entre homens e mulheres da infância à idade adulta*. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos.

GUIMARÃES, L. E.; LANZA, F. 2008. A teologia da libertação e o contexto latino-americano. VII Seminário de Pesquisa em Ciências Sociais, Londrina, PR. *Anais...* Disponível em: <http://www.uel.br/eventos/sepech/sepech08/arqtxt/resumos-anais/LuizEGuimaraes.pdf> ; acesso em: dez./2014.

HEIDEGGER, M. 2006. *Ser e Tempo*. Rio de Janeiro: Editora Vozes; Editora Universitária São Francisco.

_____. 2010. *Sobre a questão do pensamento*. Trad. Ernildo Stein. Petrópolis, RJ: Vozes.

HERMANN, H. 1995. Narratives Interviews. In: FLICK, U. *et al.* (orgs.). *Handbuch Qualitativ Sozialforschung*. 2a ed. Munique: Psychologie Verlags Union.

IBGE. 2010a. *Censo demográfico 2010*. Rio de Janeiro. Disponível em: www.censo2010.ibge.gov.br/. Acesso em: 05 jan. 2013.

IBGE. 2010b. *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: um panorama da saúde no Brasil – Acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde*. Diretoria de Pesquisas, Coordenação de Trabalho e Rendimento.

Rio de Janeiro: IBGE. Disponível em:
http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/panorama_saude_brasil_2003_2008/PNAD_2008_saude.pdf. Acesso em: 05 jan. 2013.

KEYNES, J. M. 2012. *Teoria geral do emprego, do juro e da moeda*. São Paulo: Saraiva Editora.

KLEIMAN, A. 1995. *Os significados do letramento: uma nova perspectiva sobre a prática social da escrita*. Campinas: Mercado das Letras, 1995.

LACOSTE, M. 1998. Fala, atividade, situação. In: DUARTE, F.; FEITOSA, V. (orgs.). *Linguagem e trabalho*. Rio de Janeiro: Lucerna.

LANGA, M. 1998. Análise ergonômica do trabalho de chefia. In: DUARTE, F.; FEITOSA, V. (orgs.). *Linguagem e Trabalho*. Rio de Janeiro: Lucerna.

LEVINSON, S. C. 2007. *Pragmática*. São Paulo: Martins Fontes.

LÖWY, M. 2007. Marxismo e religião: ópio do povo? In: BORON, A. A. et. al. (orgs.). *A teoria marxista hoje: Problemas e perspectivas*. Disponível em:
<http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/campus/marxispt/cap.11.doc> ; acesso em: dez./2014.

MAFFIOLETTI, V.L.R.; LOYOLA, C.M.D. 2003. A nova profissão de “cuidador de idosos” e suas implicações éticas. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, vol. 7, n. 2, Rio de Janeiro: EEAN/UFRJ, p. 283-292.

MAFFIOLETTI, V.L.R. et. al. 2006. Os sentidos e destinos do cuidar na preparação dos cuidadores de idosos. *Revista Ciências & Saúde Coletiva*, vol.11, n. 4, p. 1085-1092.

MARCUSCHI, L. A. 2008. *Produção textual, análise de gêneros e compreensão*. São Paulo: Parábola.

MARX, K. 2005. *Crítica à Filosofia do Direito de Hegel*. São Paulo: Boitempo Editorial.

MENEZES, A. M. B. 2001. Noções básicas de epidemiologia. In: _____. *Epidemiologia das doenças respiratórias*. Vol. 1. Rio de Janeiro: Revinter. Disponível em:
<http://www.mp.to.gov.br/portal/sites/default/files/noc%C3%B5es%20de%20epidemiologia.pdf> ; Acesso em: out./2013.

MILLS, W. 1974. *A imaginação sociológica*. Rio de Janeiro: Zahar.

MINAYO, M. C. de S.; COIMBRA Jr., C. E. A (orgs.). 2004. *Antropologia, Saúde e Envelhecimento*. 2ª ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ.

MOZDZENSKI, L. 2006. *A cartilha jurídica: aspectos sócio-históricos, discursivos e multimodais*. Dissertação (Mestrado em Linguística). Programa de Pós-Graduação em Letras, Universidade Federal de Pernambuco, Recife/PE.

MOITA LOPES, L. P. 1979. O ensino de línguas estrangeiras: considerações baseadas no modelo gerativo-transformacional. *Revista Legenda*, v. 12, n. 2 p 47-55, Rio de Janeiro.

MOITA LOPES, L. P. 2009. Da aplicação de Linguística à Linguística Aplicada Indisciplinar. In: PEREIRA, R. C. M.; ROCA, M. P. (orgs.). *Linguística Aplicada: um caminho com diferentes acessos*. São Paulo: Contexto.

_____. 2011. Uma linguística aplicada mestiça e ideológica: interrogando o campo como linguista aplicado. In: _____. (org.). *Por uma linguística aplicada indisciplinar*. 1ª ed., 2ª reimp. São Paulo: Parábola.

MUNIZ, H. P. *et. al.* 2004. Os ingredientes da competência na gestão da assistência em uma enfermagem hospitalar. In: FIGUEIREDO, M. J. *et. al.* (orgs.). *Labirintos do trabalho: interrogações e olhares sobre o trabalho vivo*. Rio de Janeiro: DP&A.

NERI, A. L.(org.). 2008. *Desenvolvimento e envelhecimento: perspectivas biológicas, psicológicas e sociológicas*. Coleção Vivacidade. 4ª ed. Campinas, Sp: Papirus.

NEUGARTEN, B. L. 1990. New perspectives on aging and social policy. In: NEUGAREN, D. A. (org.). *The meaning of age: selected papers of Bernice Neugarten*. Chicago: The University of Chicago Press.

NODDINGS, N. 1984. *Caring: a feminine approach to ethics and moral education*. Berkeley: University of California Press.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. 2002. Envelhecimento ativo: um marco para elaboração de políticas. In: *Segundo Encontro Mundial sobre Envelhecimento*, Madri, Espanha. Disponível em: www.crde-unati.uerj.br/doc_gov/destaque/Madri.doc. Acesso em: 03 fev. 2013.

_____. 2005. *Envelhecimento ativo: uma política de saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da saúde.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. 2002. *Plano de Ação Internacional sobre o Envelhecimento*. Viena, Áustria: ONU.

PACHECO, J. L. 2004. O cuidador: sua instância e sua experiência. In: SALDANHA, A. L.; CALDAS, C. P. (orgs.). *Saúde do idoso: a arte de cuidar*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Editora Interciência.

PÊCHEUX, M. Análise automática do discurso. In: GADET, F.; HAK, T. *Por uma análise automática do discurso*. Trad. De Bethania Mariani *et al.* 2ª ed. Campinas: Editora da Unicamp, 1993.

PERNAMBUCO. 2001. Lei nº 12.109, de 26 de novembro de 2001. Dispõe sobre a Política Estadual do Idoso e da outras providências. *Diário oficial do Estado*, Recife, PE.

_____. 2011. Governo do Estado de Pernambuco. *Plano Estadual de Atenção Integral à Pessoa Idosa*. Recife, PE.

PONZIO, A. 2010. A concepção bakhtiniana do ato como dar um passo. In: BAKHTIN, M. *Para uma filosofia do ato responsável*. Trad. Valdemir Miotello e Carlos Alberto Faraco. São Carlos: Pedro & João editores.

PORTO, L. M. F. 2010. *Análise dialógico-discursiva da atividade dos cuidadores de idosos em instituições geriátricas do Recife*. Dissertação (Mestrado em Linguística). Programa de Pós-Graduação em Letras, Universidade Federal de Pernambuco, Recife/PE.

_____. 2011. Pelo (re)conhecimento da Ergolinguística. *Revista Eutomia*, ed.8, ano IV, dez./2011, p. 269-291, Recife, PE.

PORTO, L. M. F.; SAMPAIO, M. C. H. 2012. Bakhtin e Pêcheux: leitura dialogada. *Revista Polifonia*, vol. 20, n. 27, Cuiabá, MT.

RAMOS, A. M. L. 2010. A linguagem jurídica como óbice ao conhecimento das normas de direito e ao acesso à Justiça. *Âmbito Jurídico*, Rio Grande, XIII, n. 83. Disponível em: <http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=8758>; Acesso em: ago./2014.

RIEMANN, G.; SCHUTZE, F. 1987. Trajectory as a Basic Theoretical Concept for Analyzing Suffering and Disorderly Social Processes. In: MAINES, D. (org.), *Social Organization and Social Process: Essays in Honor of Anselm Strauss*. Nova Iorque: Aldine de Gruyter.

RIESSMAN, C.K.2008. *Narrative Methods for the Human Sciences*. Califórnia: Sage Publications.

RILEY, M.; JOHNSON, M.; FONER, A. 1972. *Aging and society: a sociology of age stratification*. V. 3. Nova Iorque: Russell Sage.

RILEY, M.; KAHN, R. L.; FONER, A. 1995. *Age and structural lag*. Nova Iorque: Wiley.

SALES, C. A. 2008. O ser-no-mundo e o cuidado humano: concepções heideggerianas. *Rev. Enferm. UERJ*, vol. 16, n. 4, p. 563-568. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v16n4/v16n4a18.pdf>. Acesso em: 15 fev. 2013.

SAMPAIO, M. C. H. 2002. *Democracia, cidadania e produção de um espaço público democrático em tempos de globalização: práticas discursivas entre Estado-sociedade no movimento grevista da educação em Pernambuco*. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

SAMPAIO, M. C. H. *et al.* 2006. *O método dialógico-discursivo: aplicações em estudos da memória-trabalho*. Trabalho completo. Anais do Simpósio Internacional – Métodos Qualitativos nas Ciências Sociais e na Prática Social, Recife, 2006a. Em Cd-Rom.

_____. 2007. *Cidades Saudáveis: uma proposta humanística de promoção da saúde do idoso no município de Sairé, em Pernambuco*. Relatório Técnico Final. UFPE/CNPq.

_____. 2012. Ética e Ciências Humanas: diálogos filosóficos entre M.Bakhtin e E.Lévinas. *Cadernos de Linguagem e Sociedade*, v. 13, n. 2.

SALIBA, N. A. *et al.* 2007. Perfil de cuidadores de idosos e percepção sobre saúde bucal. *Interface – Comunic., Saúde, Educ.*, v. 11, n. 21, p. 39-50.

SARMENTO, D. 2000. *A ponderação de interesses na Constituição Federal*. Rio de Janeiro: Lumen Juris.

SHELLER, L. 1999. *Narrer le travail pour une méthodologie de l'élaboration subjective de l'expérience de travail – un exemple: la méthode du sosie*. Monografia (DEA, psicologia clínica e psicanálítica) – Universidade de Paris V.

SCHWANKE, C. H. A. *et. al.* 2011. Ética do cuidado e envelhecimento. *Revista da AMRIGS*, vol. 55, n. 2, p. 202-207, Porto Alegre, RS.

SCHWARTZ, Y. 1989. *C'est compliqué: activité symbolique et activité industrielle*. *Langages*. Paris, n. 93, p. 98-109.

_____. 1997. *Travail et ergologie. Reconnaissances du travail: pour une approche ergologique*. Paris: PUF, p. 1-37.

_____. 1998. Os ingredientes da competência: um exercício necessário para uma questão insolúvel. *Educação e Sociedade*, Campinas, SP, vol. 19, n. 65.

_____. 1999. La communauté scientifique élargie et le regime de production des savoirs. *Les Territoires du Travail*, n. 3, p. 79-89.

_____. 2000a. Trabalho e uso de si. Pró-Posições. Tradução de Maria Lúcia da Rocha Leão, revisão técnica de Maria Inês Rosa. Vol. 11, n. 2, p. 34-50. Campinas, UNICAMP.

_____. 2000b. *Le paradigme ergologique ou un métier de philosophe*. Toulouse: Octarès.

_____. 2004. Trabalho e gestão: níveis, critérios, instâncias. In: FIGUEIREDO, M. *et. al.* *Labirintos do trabalho: interrogações e olhares sobre o trabalho vivo*. Rio de Janeiro: DP&A.

SCHWARTZ, Y.; DURRIVE, L. 2007. *Trabalho e Ergologia: conversas sobre a atividade humana*. Niterói: EdUFF.

SILVA, J. A.; CALDAS, C. P. 2004. Aspectos políticos do envelhecimento. In: SALDANHA, A. L.; CALDAS, C. P (orgs.). *Saúde do idoso: a arte de cuidar*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Ed. Interciência.

SILVA SOBRINHO, H. F. 2007. Discurso, Velhice e Classes Sociais: a dinâmica contraditória do dizer agitando as filiações de sentidos na processualidade histórica. Maceió: UFAL.

SORTO, F. O. 2011. O projeto jurídico de cidadania universal: reflexões à luz do direito de liberdade. In: *Anuário hispano-luso-americano de derecho internacional*. Madrid, vol. 20, p. 103-126.

SOUZA, A. C. C. *et al.* 2006. Formação do enfermeiro para o cuidado: reflexões da prática profissional. *Revista Brasileira de Enfermagem*, vol. 59, n. 6. Disponível em: www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672006000600016. Acesso em: 02 fev. 2013.

SOUZA-E-SILVA, M. C. P. 2002. A dimensão linguageira em situações de trabalho. In: _____; FAÏTA, D. (orgs.). *Linguagem e trabalho: construção de objetos de análise no Brasil e na França*. Trad. Ines Polegatto e Décio Rocha. São Paulo: Cortez.

_____. 2004. Quais as contribuições da linguística aplicada para a análise do trabalho? In: FIGUEIREDO, M. *et al.* *Labirintos do trabalho: interrogações e olhares sobre o trabalho vivo*. Rio de Janeiro: DP&A.

SOUZA-E-SILVA, M. C.; FAÏTA, D. (orgs.). 2002. *Linguagem e trabalho: construção de objetos de análise no Brasil e na França*. Trad. Ines Polegatto e Décio Rocha. São Paulo: Cortez.

TELLES, A. L.; ALVAREZ, D. 2004. Interfaces ergonomia-ergologia: uma discussão sobre trabalho prescrito e normas antecedentes. In: FIGUEIREDO, M.; ATHAYDE, M; BRITO, J. *et al* (orgs.). *Labirintos do trabalho: interrogações e olhares sobre o trabalho vivo*. Rio de Janeiro: DP&A.

TRELHA, C. S. *et al.* 2007. *Manual para cuidadores de idosos*. Londrina: Midiograf.

TROCONÍZ; M. I. F.; CERRATO, I. M.; VEIGA, P. D. 1997. *Cuando lãs Personas Mayores Necesitan Ayuda: Guía para cuidadores y familiares*. Vol. 2. Ministerio de trabajo y asuntos sociales, Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO). Madrid: V.A. Impresores S.A.

URBANO, H. 1993. Marcadores conversacionais. In: PRETI, D. (org.). *Análise de textos orais*. São Paulo: FFLCH/USP.

VERAS, R. 1994. *País jovem com cabelos brancos: a saúde dos idosos no Brasil*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará.

_____. 2004. A era dos idosos: desafios contemporâneos. In: SALDANHA, A. L.; CALDAS, C. P (orgs.). *Saúde do idoso: a arte de cuidar*. 2ª ed. Rio de Janeiro: Ed. Interciência.

_____. 2009. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Rev. Saúde Pública*, vol. 43, p. 548-554. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43n3/224.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2013.

_____. 2012a. Um modelo em que todos ganham: mudar e inovar, desafios para o enfrentamento das doenças crônicas entre os idosos. *Rev. Acta Scientiarum – Human and Social Sciences*, vol. 34, n. 1, p. 3-8, jan-jun, Maringá-PR. Disponível em: www.uem.br/acta. Acesso em: 17 jan. 2013.

_____. 2012b. Experiências e tendências internacionais de modelos de cuidado para com o idoso. *Rev. Ciência e saúde coletiva*, JCR, vol. 17, p. 231-238. Disponível em: www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000100025. Acesso em: 17 jan. 2013.

VESPERI, M. 1983. The reluctant consumer: nursing home residents in the post-Bergman era. In: SOKOLOVSKY, J. (org.). *Growing old in different societies: cross-cultural perspectives*. Belmont, CA, Wadsworth, p. 225-237.

VIEIRA, M. A. 2004. Autoconfrontação e análise da atividade. In: FIGUEIREDO, M. et al. *Labirintos do Trabalho: interrogações e olhares sobre o trabalho vivo*. Rio de Janeiro: DP&A.

VIVA COM EPILEPSIA. 2014. *História: onde tudo começou?* Disponível em: <http://www.vivacomepilepsia.org/conteudo/historia.htm> ; Acesso em: dez./2014.

VOLOCHÍNOV, V. N.; BAKHTIN. 1926. *Discurso na Vida e Discurso na Arte (sobre a poética sociológica)*. *Revista Zvezda*, nº 6. Tradução de Carlos Alberto Faraco e Cristóvão Tezza, para fins didáticos.

VYGOTSKY, V. N. 1987. *Pensamento e Linguagem*. Porto Alegre: Artes Médicas.

WEEDWOOD, B. 2003. *Histórica concisa da Linguística*. 2ª ed. São Paulo: Parábola.

ZAPPAROLI, Z. M.; CAMLONG, André. 2002. *Do léxico ao discurso pela Informática*. São Paulo, EDUSP/FAPEPSP.

ZOBOLI, E. L. C. P. 2004. A redescoberta da ética do cuidado: o foco e a ênfase nas relações. *Rev. Esc. Enferm. USP*, vol. 38, n. 1, p. 21-27.