



**FIOCRUZ**  
**Fundação Oswaldo Cruz**

MINISTÉRIO DA SAÚDE  
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ  
ESCOLA FIOCRUZ DE GOVERNO  
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE  
MESTRADO PROFISSIONAL EM POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE

Carolina Pina Camandaroba

**SIGNIFICADOS DO CUIDADO ALIMENTAR E NUTRICIONAL DE  
IDOSOS EM ALIMENTAÇÃO ORAL: UM ESTUDO DE CASO NA  
PANDEMIA COVID-19 EM INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA  
DO DISTRITO FEDERAL**

Brasília

2022

Carolina Pina Camandaroba

**SIGNIFICADOS DO CUIDADO ALIMENTAR E NUTRICIONAL DE  
IDOSOS EM ALIMENTAÇÃO ORAL: UM ESTUDO DE CASO NA  
PANDEMIA COVID-19 EM INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA  
DO DISTRITO FEDERAL**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas de Saúde da Escola Fiocruz de Governo da Gerência Regional de Brasília como requisito para obtenção do título de Mestre em Políticas Públicas de Saúde. Área de concentração: Saúde e Justiça Social.

Orientadora: Prof. Dra. Denise Oliveira e Silva

Brasília

2022

Catálogo na Fonte  
Escola Fiocruz do Governo  
Biblioteca

C-172a Camandaroba, Carolina Pina.

Significado do cuidado alimentar e nutricional de idosos na  
pandemia Covid-19 em instituições de longa permanência no  
Distrito Federal. / Carolina Pina Camandaroba, Brasília, 2022.

154 f.: il.

Orientador Prof. Dra. Denise oliveira e Silva.

Dissertação (Mestrado Profissional em Políticas Públicas  
em Saúde) - Fundação Oswaldo Cruz, Brasília, DF.

1. Cuidado. 2. Idoso. 3. Nutrição. 4. Pandemia. 5.  
Hermeneutica-Diáletica. I. Camandaroba, Carolina Pina. II. FIOCRUZ  
Brasília. III. Título.

CDD 613.0438

Catálogo elaborado na Fonte pela Bibliotecária

Letícia Helena Melo- CRB6-2953

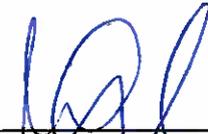
**Carolina Pina Camandaroba**

**Significados do Cuidado alimentar e Nutricional de Idosos em Alimentação Oral: Um estudo de caso na Pandemia Covid-19 em Instituições de longa Permanência do Distrito Federal**

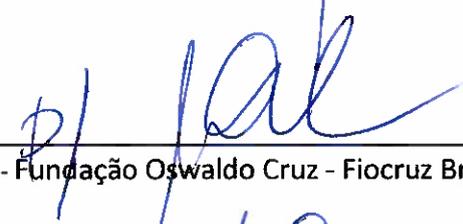
Dissertação apresentada à Escola de Governo Fiocruz como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Políticas Públicas em Saúde, na linha de pesquisa Saúde e Justiça Social.

Aprovado em 31/03/2022.

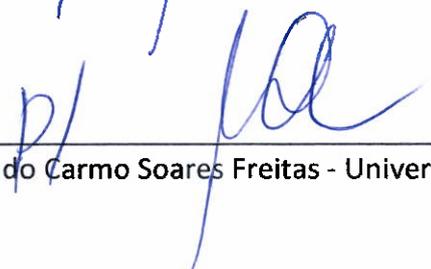
**BANCA EXAMINADORA**

  
Dra. Denise Oliveira e Silva - Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz Brasília

*Denise Oliveira e Silva*  
Programa de Alimentação, Nutrição e Cultura  
FIOCRUZ - Gerência Regional de Brasília  
SIAPE: 0463214

  
Dra. Érica Ell - Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz Brasília

*Denise Oliveira e Silva*  
Programa de Alimentação, Nutrição e Cultura  
FIOCRUZ - Gerência Regional de Brasília  
SIAPE: 0463214

  
Dra. Maria do Carmo Soares Freitas - Universidade Federal da Bahia - UFBA

*Denise Oliveira e Silva*  
Programa de Alimentação, Nutrição e Cultura  
FIOCRUZ - Gerência Regional de Brasília  
SIAPE: 0463214

Dra. Tatiana Oliveira Novais - Fundação Oswaldo Cruz – Fiocruz Brasília

## Reinauguração

Nossa idade – velho ou moço – pouco importa.  
Importa é nos sentirmos vivos e alvoroçados  
mais uma vez, e revestidos de beleza, a exata  
beleza que vem dos gestos espontâneos e do  
profundo instinto de subsistir enquanto as coisas  
em redor se derretem e somem como nuvens  
errantes no universo estável.

Prosseguimos. Reinauguramos. Abrimos olhos  
gulosos a um sol diferente que nos acorda para  
os descobrimentos.

Esta é a magia do tempo.

Esta é a colheita particular que se exprime no  
cálido abraço e no beijo comungante, no  
acreditar na vida e na doação de vivê-la em  
perpétua procura e perpétua criação.  
E já não somos apenas finitos e sós.

Carlos Drummond de Andrade

*Dedico este trabalho à minha família, em especial  
aos meus avós, minha inspiração diária.*

## AGRADECIMENTOS

À Deus, pela dádiva da Vida, por me permitir chegar até aqui e realizar este sonho e tantos outros nesta existência. Por possibilitar, nesta jornada, haver pedras, livramentos e silêncio, essenciais para meu crescimento. Por toda força, sustento e Graça.

Ao meu esposo Michel, pelo amor, compreensão e incentivo diário, você é único e o seu apoio foi fundamental para esta conquista. Meu porto seguro. Eu Te Amo.

Aos meus filhos João Lucas e Pedro Manoel, por todo o amor e carinho. Por entender a mamãe e em seus braços e abraços me permitirem ficar em todos os momentos desafiadores e de calma. Vocês são a minha vida.

À meu pai, meu maior exemplo e força; a minha inspiração - mãe (*in memoriam*); às minhas irmãs, companheiras e confidentes. Obrigada por serem meu alicerce, sustento, presença e contexto.

Aos meus avós: Manoel e Edith e, Bonifácio e Gerolina por representarem a família, o amor, o cuidado e afeto, em cada gesto, momento e ausência.

À minha sogra Maria Dilce e cunhada Ana Carolina, pelo carinho, suporte e apoio em todos os momentos, vocês possibilitam a concretude desta conquista, base de afeto e presença significativa.

À minha terapeuta Andressa, pela amizade e incentivo, acreditando em meu potencial, me motivando e desafiando a me encontrar e reencontrar. Fundamental para esta realização.

À minha orientadora, Dra. Denise Oliveira, uma inspiração, agradeço pelo acolhimento, por todas as palavras, por ser mãe, colo e afago, com sua sensibilidade ímpar e sabedoria, por todo o conhecimento partilhado, para que eu pudesse alcançar e construir essa tese.

Às professoras Maria do Carmo e Érica Ell por terem aceitado integrar a banca deste trabalho e com muita sabedoria contribuíram para esta realização.

À Shirlei, melhor revisora que poderia ter, obrigada pela paciência, orientações e carinho.

Aos meus colegas de trabalho no HCB - Hospital da Criança de Brasília, pela compreensão, em especial a minha coordenadora Julyanna e amiga Patrícia, pelas orientações, afeto e sutileza nas palavras de incentivo.

Aos idosos e profissionais de saúde que participaram da pesquisa por viabilizarem reflexão através das riquezas de suas narrativas.

À Dra. Mariana e Maria Teresa por confiarem em meu trabalho e pelo apoio que propiciaram a realização desta pesquisa em suas unidades de geriatria.

A todos que de alguma forma contribuíram para que eu pudesse seguir, apoiando, incentivando, aconselhando e estando ao meu lado.

## ABREVIATURAS

Sigla	Significado
<b>ABVDs</b>	Atividades Básicas da Vida Diária
<b>ABRAN</b>	Associação Brasileira de Nutrologia
<b>AIVD's</b>	Atividades Instrumentais da Vida Diária
<b>ANVISA</b>	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
<b>APS</b>	Atenção Primária à Saúde
<b>CFN</b>	Conselho Federal de Nutricionistas
<b>CHD</b>	Círculo Hermenêutico Dialético
<b>COVID-19</b>	Coronavírus Disease 2019
<b>Crisis</b>	Centros de Referência de Atenção à Saúde do Idoso
<b>DAI</b>	Departamento de Atenção do Idoso
<b>DF</b>	Distrito Federal
<b>DHAA</b>	Direito Humano à Alimentação Adequada
<b>EPI's</b>	Equipamentos de Proteção Individual
<b>ESPEN</b>	Sociedade Européia de Nutrição e Metabolismo
<b>IBGE</b>	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
<b>ILPI</b>	Instituto de Longa Permanência para Idosos
<b>INPS</b>	Instituto Nacional de Previdência Social
<b>ISIN</b>	International Society for Immunonutrition
<b>IPEA</b>	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
<b>LOAS</b>	Lei Orgânica de Assistência Social
<b>MAC</b>	Método Aberto de Coordenação
<b>MNA</b>	Mini Avaliação Nutricional

<b>MBP</b>	Manual de Boas Práticas
<b>MS</b>	Ministério da Saúde
<b>OEA</b>	Organização dos Estados Americanos
<b>OMS</b>	Organização Mundial da Saúde
<b>ONU</b>	Organização das Nações Unidas
<b>ONG's</b>	Organização não Governamentais
<b>PNI</b>	Política Nacional do Idoso
<b>Pnab</b>	Política Nacional de Atenção Básica
<b>PNSPI</b>	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
<b>POPs</b>	Procedimentos Operacionais Padronizados
<b>PSF</b>	Programa de Saúde da Família
<b>RAS</b>	Rede de Atenção à Saúde
<b>Sars-Cov-2</b>	Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus-2
<b>SESC</b>	Serviço Social do Comércio
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>Tide</b>	Tecnologia para deficientes e idosos
<b>UAN</b>	Unidade de Alimentação e Nutrição
<b>UE</b>	União Europeia

## LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Modelo de Atenção à Saúde Integral da Pessoa Idosa no SUS-	66
Figura 2- Modelo Brasileiro de Cuidado Integral ao Idoso	69
Figura 3 - Efeitos da covid-19 na nutrição	78
Figura 4-Sujeitos da pesquisa	98
Figura 5 - Mapa Conceitual	104
Figura 6 -Nuvem de palavras	106
Figura 7 - Análise de Similitude	106
Figura 8 -Círculo Hermenêutico	108
Figura 9-Análise de Similitude	117

## RESUMO

Na perspectiva de compreender o cuidado alimentar, dietoterápico e nutricional durante a pandemia de Covid-19, que pode ressignificar condutas, conhecimentos e mudanças nos hábitos de vida e sociais em idosos residentes em instituições de longa permanência. A realização de estudos e pesquisas nesta temática visa contribuir para o desvelamento da compreensão sobre a complexidade da relação entre as acepções dos idosos e equipe de profissionais sobre as dimensões êmicas do cuidado. O objetivo dessa pesquisa foi realizar um estudo de caso sobre o cuidado de idosos de instituição de longa permanência na perspectiva do sujeito e dos profissionais no Distrito Federal. Por meio da abordagem fenomenológica utilizando a hermenêutica-dialética como caminho de metodologia, de análise e compreensão do cuidado. Foram realizadas 17 entrevistas em profundidade que orientaram a construção de mapas conceituais e análise de similitudes sobre os significados hermenêuticos do cuidado para idosos na visão de profissionais de saúde e dos próprios sujeitos idosos, sobre o cuidado nutricional no período de pandemia Covid-19. Os resultados apresentados nesta dissertação tratam da descrição de marco teórico sobre o processo complexo de envelhecimento humano com a apresentação de estratégias de intervenção de cuidado institucional. E finalmente da apresentação de um artigo científico sobre “Os Significados do cuidado alimentar e nutricional para idosos em Instituições de Longa Permanência de Idosos do Distrito Federal” com o propósito de descrever os aspectos êmicos, vivenciado pelo encontro de quem é cuidado e de quem cuida, colaborando, deste modo, para evocar as experiências de uma instituição de longa permanência para idosos no Distrito Federal, Brasil.

**Palavras - chaves:** Cuidado. Idosos. ILPI. Nutrição. Pandemia. Hermenêutica-dialética.

## ABSTRACT

From the perspective of understanding food, dietary therapy and nutritional care during the Covid-19 pandemic, which can re-signify behaviors, knowledge and changes in life and social habits in elderly people living in long-stay institutions. Conducting studies and research on this topic aims to contribute to the unveiling of the of the complexity understanding of the relationship between meanings of the elderly and professional team on the emic dimensions of care. The research goal was to carry out a case study on the care of the elderly in a long-stay institution from the subject perspective and professionals in the Federal District. Through the phenomenological approach using hermeneutics-dialectic as a way of methodology, analysis and understanding of care. 17 in-depth interviews were carried out to guide the construction of conceptual maps and analysis of similarities on the hermeneutic meanings of elderly care in the view of health professionals and the elderly subjects themselves, on nutritional care in the Covid-19 pandemic period. The results presented in this dissertation deal with the description of a theoretical framework on the complex process of human aging, by presenting intervention strategies of institutional care. And finally, the presentation of a scientific article on “The Meanings of Food and Nutrition Care for the Elderly in Long-stay Institutions for the Elderly in the Federal District” with the purpose of describing the emic aspects, experienced by the encounter of those who are cared for and those who care, thus collaborating to evoke the experiences of a long-stay institution for the elderly in the Federal District, Brazil.

**Keywords:** Care. Elderly. ILPI. Nutrition. Pandemic. Hermeneutics-dialectic.

## APRESENTAÇÃO

O interesse em desenvolver investigação sobre a hermenêutica do cuidado com idosos expressa minha experiência de atuação no serviço de nutrição em uma instituição de longa permanência do Distrito Federal. Esta experiência, na qual a perspectiva do cuidado se expande desde a admissão do idoso, a assistência nutricional clínica e dietética para a promoção da saúde e qualidade de vida na instituição.

Desta experiência trago meu aprendizado na construção da cidadania dos sujeitos e suas trajetórias de vida com sentidos e as práticas alimentares em interface com a cultura, e todas as dimensões simbólicas do alimento, do comer e da comida, da qual minha trajetória de vida se constrói embasada nos laços familiares e afetivos que estão presentes comigo desde que me reconheço enquanto ser.

A vivência como sujeito dessa experiência se relaciona com minha vida com meus avós maternos presentes dentro de casa acompanhando sua única filha e seu esposo que mudavam constantemente de cidade em decorrência do trabalho e deixavam suas quatro filhas aos seus cuidados. Estes laços fortes intensificados com a partida de minha mãe aos 47 anos devido a um câncer de mama erroneamente diagnosticado como displasia mamária acarretandoem uma metástase. Após um ano da partida de minha mãe meu avô materno ficou debilitado por um acidente vascular encefálico, e representou para mim a maior força de sobrevivência por mais de 15 anos, e com seu olhar, sem dizer nada, tudo me dizia.

Minha avó materna me ensinou a resistência de ser mulher. Mãe, avó, cuidadora, como exemplo de luta pela família. Tinha falhas de memória com quase 90 anos, mas não conseguiu esquecer sua história, e mesmo quando diagnosticada com um câncer de esôfago, me ensinou sobre a brevidade da vida, e com o que ela faz e nos tornou.

Embora minha avó paterna tenha partido prematuramente ainda jovem, com 33 anos, ensinou para as gerações futuras sobre a imortalidade do amor. Meu avô paterno,

encantador e atencioso viveu até seu último dia de vida de forma lúcida e independente. Assim, meus avós, tanto maternos como paternos, se constituíram para mim como uma árvore da vida, com profundas raízes que exprimem a conexão de amor, cuidado e família.

Deste modo, me encontro hoje como ser que se constrói a cada momento, e com o envelhecer constante presente na vida de nós, revejo meu passado e me encontro com as descobertas diárias sobre a velhice que está comigo. Assim, minha vivência e as inquietações sobre o envelhecimento humano e as trocas de experiências nesta fase da vida me inspiram a aprofundar conhecimentos sobre este universo e as dinâmicas de vida que os envolve em suas variadas formas, imbricadas no contexto de sociedade, coletividade e saúde pública na dimensão do cuidado e das representações existentes nesta relação.

Portanto, se esta experiência de vida e aproximação amorosa com meus avós e minha trajetória profissional determinaram a escolha para a elaboração desse trabalho, reconheço também como fruto do interesse pelo tema as muitas interfaces que envolvem o processo de cuidado em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs) na pandemia por covid-19, que entra em meu trabalho devido ao contexto planetário, e decorrente da relevância que considero as trocas existentes no espaço de uma ILPI em que diversos idosos habitam uma casa que não o seu lar, distantes de convívios de outrora, mas com a presença de muitos que podem tornar os dias de vida e lutas mais singelos e puros, com acolhimento, dedicação e cuidado em uma arena na qual os sentidos da vida podem ser expressos e deixam rastros e um legado que pode construir o cuidado ancorado em conhecimento que subsidie o empoderamento dos sujeitos que fazem esta rede acontecer, considerando neste momento as vulnerabilidades e fragilidades existentes decorrentes da transmissão e letalidade da covid-19.

Inicialmente refleti sobre os desafios desta situação, mas, depois, considerei que este momento de forte impacto na sociedade na perspectiva de construção de potente e resolutiva rede de cuidados, em que o idoso e os profissionais de saúde devem ter formados

laços significativos que na execução destes cuidados pode possibilitar a reconstrução de identidades e significados relacionados à institucionalização para os enfrentamentos nesta pandemia.

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b>	<b>17</b>
1.1 JUSTIFICATIVA	21
1.2 OBJETIVOS	25
1.2.1 Objetivo geral	25
1.2.2 Objetivos específicos	25
<b>2. MARCO TEÓRICO REFERENCIAL</b>	<b>26</b>
2.1 ENVELHECER UM FENÔMENO NATURAL NA EXISTÊNCIA HUMANA	26
2.2 O ENVELHECER NO SÉCULO XX E XXI	37
2.3 ENVELHECER NO BRASIL	49
2.4 PROGRAMAS E POLÍTICAS PÚBLICAS DE ATENÇÃO E CUIDADO AO IDOSO NO BRASIL	56
2.5 ATENÇÃO E CUIDADO AOS IDOSOS	63
2.6 MODELOS DE ATENÇÃO E CUIDADO INSTITUCIONALIZADOS A IDOSOS	65
2.7 CAMINHOS DE COMPREENSÃO PARA A HERMENÊUTICA DO CUIDADO E ATENÇÃO ALIMENTARES E DIETÉTICOS DE IDOSOS	74
<b>3. O PERCURSO METODOLÓGICO</b>	<b>84</b>
3.1 O LOCUS DA PESQUISA	86
3.2 OS SUJEITOS DA PESQUISA	99
3.3 O TRABALHO DE CAMPO	100
3.3.1 - Identificação de informantes chaves	101
3.3.2 O Diário de Campo	102
3.3.3 Realização das entrevistas em profundidade	102
3.3.4 Construção de mapas conceituais	104
3.3.5 Análise e Interpretação	107
<b>4. RESULTADOS</b>	<b>113</b>
4.1 ARTIGO 1	113
<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>113</b>
<b>MATERIAL E MÉTODOS</b>	<b>114</b>
RESULTADOS E DISCUSSÃO	117
O CUIDADO	118
A COMIDA	125

A PANDEMIA	130
Considerações finais	133
<b><u>5. REFERÊNCIAS</u></b>	<b><u>135</u></b>
<b><u>6. APÊNDICE</u></b>	<b><u>145</u></b>
6.1 ROTEIRO DE ENTREVISTA EM PROFUNDIDADE - IDOSOS	145
6.2 ROTEIRO DE ENTREVISTA EM PROFUNDIDADE - PROFISSIONAIS DE SAÚDE	145
6.3 ROTEIRO DE ENTREVISTA EM PROFUNDIDADE - COZINHEIROS	145
6.4 APÊNDICE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	149
<b><u>7. ANEXO PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA DA INSTITUIÇÃO</u></b>	<b><u>151</u></b>

## 1. INTRODUÇÃO

A diversidade presente no tempo e ciclos da vida revela-se por múltiplos fenômenos, como: a cultura, a época, a inserção socioespacial e econômica, a hereditariedade, o gênero, a raça, e os hábitos de vida. O Brasil apresenta acelerado envelhecimento populacional, caracterizado por mudanças demográficas e sociais. Celeridade na qual a atenção e cuidado à saúde dos idosos são fundamentais para promover o envelhecimento seguro e ativo, mediante as necessidades e individualidades de cada sujeito, e podem contribuir para a qualidade de vida no país (1).

A Organização Mundial da Saúde apresenta, no Relatório Mundial sobre Envelhecimento e Saúde de 2015, a relevância das políticas públicas de saúde como oportunidade de fortalecer os indivíduos e as sociedades, com enfoque na construção de sistemas de saúde que possibilitem medidas reais e alcançáveis para a atenção integral do cuidado de idosos (2). Consubstanciadas na organização do cuidado das pessoas idosas centrada no usuário à garantia de acesso, o acolhimento e cuidado humanizado para a construção de demandas e respostas à saúde com responsabilidade e resolutividade.

A atenção integral à saúde dos idosos em todos os níveis de atenção deve estar estruturada com ações intersetoriais que ampliem o acesso qualificado e potencializem os serviços. Todo este aparato respaldado com a articulação da atenção, compondo rede nos territórios, norteadas pela funcionalidade do idoso para evitar os riscos de fragilidade presentes e o grau de dependência. Estes aspectos devem apoiar a garantia dos direitos humanos e equidade e sempre que possível com autonomia e combate de estigmas, preconceitos e violência (3).

O cuidado como ação integral refere-se à dinâmica da vida do ser no mundo por meio da prática social que conecta o cuidado efetivo pela presença ativa e intersubjetiva de

potencialidades humanas sobre o modo de se viver cuidando. Nesse sentido, o cuidado em saúde é “uma interação entre dois ou mais sujeitos visando o alívio de um sofrimento ou o alcance de um bem-estar” (4).

Destarte, o aumento da expectativa de vida relacionada aos avanços tecnológicos e as singularidades da população idosa, implica na ampliação do olhar do modelo biomédico curativista. O foco na doença para a definição de prioridades e adaptações do fenômeno do envelhecimento precisa ser revisto. Isso porque tem sido estereotipado pela submissão passiva do indivíduo, pela decrepitude e improdutividade, valores oriundos da sociedade capitalista de ideologia produtivista. A dimensão do envelhecimento, como acontecimento biológico e natural, é acontecimento inegável proveniente do tempo da vida humana. Assim, é preciso compreender o envelhecer como fenômeno de cada indivíduo e único, já que a biologia deste fenômeno funciona de diferentes formas na vida e cada sujeito reage de acordo com suas convicções, experiências e cultura (5).

Nas sociedades modernas são evidenciadas transformações nos arranjos familiares para lidar com o envelhecer e com os idosos. Vislumbra-se no mundo contemporâneo, uma longevidade crescente que determina necessidades de saúde mais complexas, como as relações intergeracionais, principalmente do sistema de cuidados para preservar a capacidade funcional e para promover autossuficiência, autonomia, participação social e qualidade de vida que permita a realização pessoal e dignidade humana (6).

Dessa forma, em decorrência das mudanças relacionadas à gestão do tempo de zelo das famílias para ofertarem cuidados, o processo de envelhecimento representa desafios para as sociedades modernas. Os papéis sociais de responsabilidade sobre os idosos são da família, do Estado e da sociedade em que o advento de novas formas de cuidado, em especial a atenção domiciliar e os cuidados de longa duração, são as principais estratégias.

As mudanças de paradigmas e percepções sobre o envelhecimento, como capacidade de sobrevivência e independência, têm orientado novas dimensões de compreensão deste processo. Como exemplo, o advento das instituições de cuidados em longo prazo que é uma modalidade de cuidado antiga marcada por preconceitos, pelo fato desses espaços se associarem à decadência, abandono e solidão do idoso no final de vida (7).

O surgimento das instituições asilares remete à Grécia Antiga. Há registros de legislações sobre o funcionamento de asilos no Império Bizantino, com data em 534 da era cristã. Já a história dos asilos no ocidente teve o seu início no Cristianismo e foi marcada pelo primeiro *gerontocômio* fundado pelo Papa Pelágio II (520-590), o qual transformou a sua casa em um hospital para os mais velhos (8,9).

Um aspecto importante, na origem dos asilos, é que este local abrigava idosos desamparados em conjunto com crianças, jovens e adultos pobres e excluídos pela sociedade, carregando desde o princípio estereótipos preconceituosos.

No Brasil a primeira instituição para idosos foi a Casa dos Inválidos, localizada no Rio de Janeiro, inaugurada em 1794 pelo Conde de Resende, com a finalidade de abrigar soldados longevos para que tivessem uma vida digna e descansada, como reconhecimento dos serviços prestados (10).

Com o decorrer do tempo, as instituições asilares especializaram-se e passaram a ser denominadas de Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs), que visam promover o gerenciamento e cuidado global da saúde do idoso por meio de equipe multidisciplinar, na perspectiva de manter e melhorar sua qualidade de vida (11). Estes direcionamentos que as ILPI's seguiram, tiveram o intuito de colaborar com a redução da coesão social, compartilhar encargos associados à dependência de cuidado, manter a capacidade funcional de idosos e garantir os direitos com respeito e dignidade e proporcionar bem-estar pelo vínculo com a sociedade e as redes sociais (2). O cuidado, em longo prazo,

representa um suporte material, instrumental e emocional capaz de criar mecanismos equitativos e sustentáveis para a garantia do cuidado com serviços destinados às pessoas que necessitam de auxílio por um longo período de tempo. No acolhimento às pessoas idosas, são ofertados serviços médicos, de reabilitação, alimentação e nutrição, auxílio na realização de atividades básicas da vida diária (ABVD), entre outros (7).

Na dimensão do cuidado dos idosos a atenção alimentar e nutricional são expressões importantes para promover e recuperar a saúde e promover qualidade de vida e favorecer um envelhecimento saudável (12).

A atenção alimentar e nutricional, por meio de ações dietoterápicas para idosos institucionalizados, estabelece como premissa básica a alimentação como direito social e direito humano a alimentos seguros e saudáveis. Revela-se como dimensão biológica e simbólica-social em que o comer é um fenômeno que abrange o alimento como atendimento às demandas biológicas. O processo alimentar engloba o contexto da comensalidade e da ambiência, envolvendo características físicas, sensoriais, cognitivas e afetivas, influenciadas por questões socioculturais, crenças e hábitos, em que o alimentar-se, o corpo e o cuidado interagem manifestando a identidade dos sujeitos (13).

A alimentação representa as condições de saúde e bem estar dos idosos a serem preservadas em todo o ciclo de cuidados de distintos contextos. Devido a emergência epidemiológica pela pandemia do novo coronavírus (covid-19) e sua repercussão mundial de abrangência e letalidade, em especial para os idosos mais vulneráveis e propensos a desenvolver o quadro mais grave da doença (14) proporcionar segurança alimentar para este grupo, torna-se ainda mais urgente.

Assim, diante do novo contexto social determinado pela pandemia da covid-19, justifica-se a importância de realização de estudos e pesquisas sobre este novo vírus e as

mudanças que gerou na condução do cuidado alimentar de idosos em instituições de longa permanência.

## **1.1 JUSTIFICATIVA**

A população idosa apresenta maior vulnerabilidade da forma grave da covid-19, como também é um importante preditor de mortalidade, aumentando proporcionalmente com a idade, principalmente em idosos frágeis, com comorbidades e residentes de Instituições de Longa Permanência para Idosos (15).

Nesse sentido, as ILPI's foram orientadas pelos órgãos governamentais e pela Organização Mundial da Saúde a desenvolver ações de segurança, prevenção e controle da disseminação do vírus SARS-CoV-2, entre os idosos, cuidadores e profissionais que atuam nessas instituições, tornando-se necessária a revisão das práticas, processos e protocolos assistenciais.

Em decorrência da pandemia, as ILPIs foram instruídas a adotar medidas de distanciamento e isolamento social para conter o avanço da contaminação dentro das instituições, restrição na entrada e circulação das pessoas; uso de máscaras faciais para todos indivíduos presentes nas unidades; higiene das mãos e respiratória; distanciamento mínimo de um metro entre as pessoas, leitos, mesas e cadeiras nos refeitórios, com exceção dos momentos em que os profissionais executam cuidado e assistência aos residentes; evitar aglomerações em áreas comuns; restrição ou eliminação do uso de materiais coletivos e o não compartilhamento de materiais de uso individual; e atenção quanto às práticas de segurança alimentar (16).

Os idosos institucionalizados devem ser monitorados quanto aos quadros suspeitos ou confirmados de covid-19 e realizar medidas de higiene e proteção individual como higiene das mãos e a utilização de máscaras. É necessário restringir a permanência em

ambientes de atividades coletivas, manter o residente em quarto privativo ou no mínimo compartilhar o ambiente com outros casos suspeitos e o banheiro deve ser privativo. Os residentes suspeitos não devem manter contato físico com os demais residentes, e as visitas devem ser suspensas para evitar o risco de transmissão (17).

Desse modo, as ações de proteção aos idosos são decorrentes da agressividade da covid-19, para este grupo, que em ILPI's requerem suporte contínuo e personalizado e estão mais expostos e propensos ao contágio, pois demandam cuidados e auxílios de outras pessoas para realizarem atividades diárias e compartilham espaços coletivos, representando um número expressivo de idosos vivendo em um mesmo ambiente (18).

As mudanças geradas pela pandemia nos idosos institucionalizados ainda é pouco estudado e as evidências científicas sobre o assunto são limitadas. As medidas preventivas e de segurança aumentam o isolamento social desta população que reside distanciada da família e da sociedade. As mudanças nas rotinas das ILP's são marcantes e representam insegurança para os idosos, visto que estavam adaptados à organização das instituições antes da pandemia. Assim, as consequências da pandemia envolvem repercussões sociais, econômicas, políticas, culturais e históricas singulares.

Com a interrupção das visitas e das atividades coletivas, bem como alterações no cotidiano e no quadro de colaboradores, muitas vezes reduzido devido à doença ou ao autoisolamento, e em detrimento do distanciamento entre os próprios residentes, evidencia o efeito psicológico negativo afetado pelo isolamento imposto pela pandemia. Este fato acaba por aumentar a vulnerabilidade dos idosos, causando incerteza aos seus familiares pelo fato de não conseguirem visitar e supervisionar os cuidados prestados (19).

Diante dessa nova realidade, os idosos, residentes de instituições de longa duração, que dependem da visita de familiares e amigos para se socializarem, experimentam um momento de restrições de contato físico que podem deixá-los mais solitários,

abandonados e desanimados, levando a consequências como: depressão, ansiedade, desnutrição, alterações comportamentais e aumento do risco de violência por parte dos cuidadores devido à sobrecarga de trabalho e estresse (20).

Importa destacar que a covid-19 implicou em novas formas de comunicação com o intuito de minimizar os efeitos do isolamento social considerado como síndrome geriátrica e os medos associados à morte, disponibilizando novas estratégias para se comunicar, com utilização de ferramentas tecnológicas que possibilitam o contato com os familiares e amigos. No entanto, independente das desigualdades de acesso e alfabetização com os recursos digitais, esta é considerada uma boa alternativa no período de prolongado isolamento social (21).

O momento pandêmico reforçou a necessidade do cuidado institucional aos idosos e a emergência em pensar o envelhecimento como uma questão pública, na qual a expressão da alimentação e da nutrição objetiva garantir alimentos saudáveis, respeitando a cultura alimentar dos povos, promova saúde e justiça social e tenham sido produzidos de modo sustentável (22). Assim, a relevância dessa pesquisa é contribuir para a compreensão da hermenêutica do cuidado nutricional nas medidas de segurança da covid-19 voltadas para a atenção de idosos em ILPI.

Diante disso, é preciso considerar que este momento é proveitoso para articular o pensamento de como um vírus é capaz de modificar o nosso relacionamento com o mundo e com as pessoas, e como estamos distribuídos no espaço. A pandemia é imprevisível e provoca efeitos imediatos e de longo prazo no planeta, aprofundando as desigualdades e vulnerabilidades sociais e geográficas. Portanto, é urgente priorizar as necessidades dos idosos, e evitar que, por eles serem considerados pertencentes a um grupo de risco, potencialize um discurso carregado de preconceito e estigma (23).

É pertinente entender como o cuidado nutricional para idosos residentes de ILPI's é interpretado frente às medidas de segurança adotadas na pandemia, como elemento de subjetivação de conteúdos existenciais, que pode comprometer a garantia dos Direitos Humanos à Alimentação Adequada (DHAA) e a segurança alimentar e nutricional.

Nesse sentido, torna-se fundamental compreender os sentidos e significados atribuídos ao cuidado centrado na pessoa idosa a partir de uma perspectiva reflexiva estruturada nas relações de cuidados nutricionais envolvendo idosos e profissionais de saúde durante a pandemia por covid-19.

Isso pressupõe o desafio global em gerar cuidado aos idosos institucionalizados que apresentam características oriundas da idade que pode comprometer seu estado nutricional, sendo necessário valorizar a participação do idoso nas decisões relativas ao seu cuidado, como processo emancipatório, mesmo em condições que sua autonomia é reduzida, vislumbrando uma reconstrução das práticas de saúde e entender como a alimentação e nutrição podem promover e manter a saúde do idoso, respeitando sua pluralidade e possibilitando a construção de cenários futuros.

O aprofundamento do conhecimento obtido pelo estudo de caso realizado nesta pesquisa é caracterizado por poucos objetos que apresentam grande profundidade, com pouca amplitude, na busca de conhecer a realidade dos indivíduos (24). O estudo de caso é uma investigação empírica que investiga o fenômeno dentro do seu contexto de vida real, com a finalidade de esclarecer e compreender fenômenos complexos preservando as características holísticas e significativas da vida real (25,26).

O desenvolvimento da pesquisa em relação à direcionalidade temporal do estudo durante a pandemia por COVID-19 no Distrito Federal, foi marcado por um momento em que as curvas de mortalidade e novos casos da doença começaram a cair, redução associada a

campanha de imunização contra a COVID-19 iniciada no primeiro semestre de 2021, que protegeram as populações mais vulneráveis como os idosos (27).

## **1.2 OBJETIVOS**

### **1.2.1 Objetivo geral**

Realizar um estudo de caso na perspectiva dos sujeitos que recebem e dos profissionais envolvidos nas ações de cuidado alimentar e nutricional em instituições de longa permanência no Distrito Federal, Brasil.

### **1.2.2 Objetivos específicos**

- Descrever as percepções êmicas para idosos e profissionais de saúde sobre as ações de cuidado alimentar e nutricional;
- Construir mapas semânticos sobre os significados do cuidado de quem cuida e de quem é cuidado.
- Contextualizar os efeitos da Pandemia COVID-19 para os idosos e profissionais envolvidos no cuidado alimentar e nutricional institucional.

## **2. MARCO TEÓRICO REFERENCIAL**

### **2.1 ENVELHECER - UM FENÔMENO NATURAL NA EXISTÊNCIA HUMANA**

O envelhecimento humano é um fenômeno universal, contínuo e heterogêneo, dinâmico e progressivo marcado por alterações em nível biológico, psicológico e social. Pode acontecer diferentemente nas pessoas, estando sujeito ao seu ritmo social, econômico, cultural e cognitivo que podem refletir no comportamento das atividades de vida diária.

Entretanto, as perdas e limitações que podem advir com o envelhecimento, maior na fase de maturidade e decorrentes da senilidade estão associadas à incapacidade, dependência, imaturidade e tristeza (28).

De acordo com Paiva (29) o envelhecimento possibilita a reflexão sobre seus múltiplos aspectos: o biológico e o cronológico - sejam individuais ligados ao tempo – externo/cronológico ou ao tempo interno/biológico. Como também, nas interligações com os significados dos tempos vividos com foco nas dimensões bio-psico-sociais.

Em consonância com essa perspectiva, a OMS descreve em seu Relatório mundial de Envelhecimento e Saúde (2) que em nível biológico, o envelhecimento está associado ao acúmulo de danos moleculares e celulares que gradativamente se relaciona a uma perda gradual das reservas fisiológicas, aumento do risco de adquirir doenças e diminuição geral da capacidade intrínseca do indivíduo.

Camarano (30) acrescenta que o envelhecimento é o declínio das capacidades físicas e está relacionado com o poder de resposta do organismo mediante as necessidades da vida cotidiana, com fragilidades psicológicas e comportamentais.

Geertz (31) cita que os aspectos biológicos e culturais, do processo de senilidade, são profundamente inter-relacionados e podem ser diferentes entre culturas e decorrente das condições sociais que determinam a história do sujeito ao longo de sua vida. Assim, o entendimento dos aspectos biológicos do envelhecimento extrapolam os limites da debilidade e incorporam os fenômenos laborais e o papel na estrutura social.

Tomando como referência Minayo (05) os ciclos da vida são processos de mudanças conectados à passagem do tempo na qual o indivíduo é gerado, cresce, amadurece, envelhece e morre. A infância, a adolescência e a juventude estão associadas primeiramente às etapas de escolarização, a idade adulta é o período ativo, de reprodução e práticas trabalhistas, e na velhice é o momento de aposentadoria, descanso e perdas.

A dimensão biológica é caracterizada como um processo de alterações morfológicas, bioquímicas, funcionais, comportamentais, cognitivas e sociais havendo interação entre os fatores que norteiam o processo de envelhecimento, e pode estar associado a conviver com uma ou mais doenças crônicas e as disfunções adquiridas ao longo da vida, levando a um declínio da capacidade funcional e da autonomia, devido às mudanças físicas como perda de força, diminuição da coordenação e do domínio do corpo e da deterioração da saúde, além de alterações cognitivas provenientes de problemas na memória e aquisição de novos conhecimentos, interferindo nas diferenças individuais e a relação com fatores ambientais e sociais (32).

Nesta perspectiva, Ambrosio (33) acrescenta que o fenótipo do envelhecimento é representado por marcadores típicos, como perda do peso, redução da massa corpórea magra, cabelos grisalhos, pele enrugada, entre outros aspectos que são reflexos de alterações somáticas que, mais rápida ou lentamente, estarão presentes no processo de envelhecimento, e se faz relevante observar que a velhice não é um tempo exclusivamente de prejuízos e obstáculos apesar da expectativa de enfermidades e restrições biológicas, é possível conservar e aperfeiçoar as habilidades e a funcionalidade nos espaços cognitivos, físicos, afetivos e sociais.

Para Simone de Beauvoir (34) a velhice é um fenômeno biológico no qual o organismo apresenta singularidades que envolvem fatores fisiológicos e psicológicos que se impõem mutuamente, visto que a vida de um sujeito só pode ser compreensível à luz de sua trajetória na vida, em que há relação do tempo com a deterioração do corpo, “é uma energia vital que se esgota com o tempo”. Deste modo, o envelhecimento é inerente ao processo da vida, consequência de sua completa realização, e nem sempre a idade biológica irá coincidir com a idade cronológica, pois a idade biológica é individual e demonstrada pelas

necessidades do próprio organismo e tecidos, assim, a senescência não ocorre com a mesma velocidade para todos.

Conforme as concepções descritas sobre o envelhecimento, Fecine (35) o define considerando três subdivisões que interagem entre si: o envelhecimento primário, o envelhecimento secundário e o envelhecimento terciário. No envelhecimento primário ou denominado envelhecimento normal ou senescência, atinge a todos os seres humanos de forma gradual e progressiva, geneticamente pré-determinado, com efeito cumulativo. Enquanto o envelhecimento secundário ou patológico é influenciado por causas externas e decorre de fatores culturais, geográficos e cronológicos. Já o envelhecimento terciário ou terminal é caracterizado por perdas significantes a nível físico e cognitivo, e pode estar associado ao processo normal de senescência como também a patologias.

Portanto, o envelhecimento biológico pode ser fisiológico relacionado à senescência ou patológico associado à senilidade. Do ponto de vista fisiológico envelhecer pode ser bem-sucedido e o organismo preservar suas funções como na fase adulta, ou usual em que há perdas funcionais, a qual não gera incapacidade porém limita o indivíduo. Há também idosos que apresentam alterações fisiológicas acentuadas, que caracterizam a síndrome da fragilidade, e apresenta-se com maior frequência em decorrência da hereditariedade, devido à má nutrição, sarcopenia, sedentarismo, baixa condição socioeconômica, em mulheres e indivíduos com *Alzheimer*, *Parkinson*, depressão ou doenças incapacitantes e comorbidades associadas (35).

Deste modo, o envelhecimento é caracterizado por alterações como a redução dos tecidos ativos, aumento dos tecidos metabolicamente inertes, tecidos intersticiais em processo de degeneração e redução da capacidade de regeneração celular. Quanto aos fenômenos bioquímicos, há aumento do sódio, do cloro e do cálcio, com diminuição dos níveis de potássio, magnésio, fósforo e alteração das sínteses proteicas. Na aparência, os cabelos dos

idosos se tornam rarefeitos e embranquecidos assim como os pêlos do corpo, ocorre proliferação de pêlos no queixo da mulher idosa, os dentes caem, encolhendo a parte inferior do rosto (34).

Como parte deste processo de envelhecimento, constata-se também: aumento do nariz, devido alterações nos tecidos elásticos, o lábio inferior reduz e o lóbulo da orelha aumenta, o busto e a largura do ombro diminuem e a bacia aumenta. Os órgãos do sentido são atingidos: ocorre a presbiopia, que é o envelhecimento do olho humano, um fenômeno universal entre os idosos. Há diminuição da audição, e o tato, o paladar e o olfato apresentam menor acuidade. O sono do idoso varia, alguns dormem em média sete horas por noite ou apresentam distúrbios do sono, com sonos entrecortados ou apresentam dificuldades para dormir ou acordam muito cedo, e depois de 80 anos quase todos dormem durante o dia (34).

No sistema cardiovascular ocorre redução da frequência cardíaca em repouso, e quando o idoso é submetido a um esforço físico a capacidade de força dos batimentos cardíacos é reduzida. Há um aumento da resistência vascular com tendência a elevar a tensão arterial e aumento do colesterol, devido a perda da elasticidade nas artérias e aumento da calcificação em suas paredes, quanto mais avançada a idade maior a possibilidade de surgir a arteriosclerose e ocasionar ataque cardíaco, angina e acidente vascular cerebral. O aumento progressivo da pressão arterial também se relaciona com a hipotensão postural, decorrente de uma regulação ineficiente da pressão arterial (35).

Alterações no sistema respiratório são característicos nos idosos, com redução da função pulmonar após os 30 anos, intensificando com o aumento da idade. Há diminuição da elasticidade pulmonar, com enrijecimento da caixa torácica; baixa capacidade de concentração do oxigênio; aumento da complacência pulmonar; redução do fluxo expiratório e a sensibilidade respiratória à hipóxia; fecho prematuro e das pequenas vias aéreas; aumento do volume residual, representando para os homens maior risco de doença coronariana. O

músculo esquelético reduz quanto ao comprimento, elasticidade e quantidade de fibras, com significativa perda de elasticidade dos tendões e ligamentos e da viscosidade dos fluidos sinoviais (35).

Importa também ressaltar sobre o processo que leva à redução da massa muscular, o qual é inerente à sarcopenia, correlacionando-se a redução da densidade óssea e da sensibilidade à insulina, com menor capacidade aeróbica e taxa de metabolismo basal, com diminuição da força muscular e conseqüente redução para realizar atividades da vida diária. Em substituição à massa muscular, o idoso apresenta elevação na quantidade de tecido adiposo, fator preponderante para o surgimento de patologias e incapacidade. Porém, a fragilidade muscular presente nos idosos pode ser minimizada com exercícios de resistência para o sexo masculino e feminino, visto que as perdas musculares são semelhantes em ambos os sexos (35).

Conforme descrito por Spirduso (36) a composição corporal em relação ao peso médio aumenta entre os 40 a 50 anos, depois se estabiliza e o ritmo de perda de peso corporal acelera entre 70 e 80 anos, em ambos os sexos. Com o envelhecimento o equilíbrio e o controle postural apresentam instabilidade, com prejuízo na força muscular, que é reduzida, e pode aumentar o risco de queda.

Beauvoir (34) acrescenta ainda, que no idoso o consumo de oxigênio do cérebro é reduzido; há involução dos rins e das glândulas digestivas e do fígado, e a involução das glândulas de secreção endócrinas é acompanhada de uma involução dos órgãos sexuais. No homem não são identificadas alterações significativas quanto aos espermatozoides, sendo possível ocorrer a fecundação do óvulo pelo esperma senil, entretanto, a capacidade de ejaculação e ereção são reduzidas ou inexistentes, e a impotência não necessariamente acarreta a extinção da libido. Na mulher a função reprodutora é encerrada em média aos 50

anos com a menopausa, através da interrupção do ciclo ovariano e da menstruação, com esclerose dos ovários, desse modo a mulher não mais pode ser fecundada.

Sobre a cronologização da vida é uma terminologia utilizada para descrever as transformações na relação espaço-tempo da vida humana. Debert (37) relata que este processo é característico do curso da vida como instituição social, envolvendo os aspectos da vida familiar, trabalho, sistema produtivo, instituições educativas, mídia, mercado de consumo e o desenvolvimento de políticas públicas de proteção ao envelhecimento humano, que foram iniciadas na criação de Estados Modernos e as consequências oriundas do seu processo, como as etapas de escolarização, industrialização e mercado de trabalho, sistemas de aposentadorias, entre outros, que colaboraram para a estratificação etária no mundo ocidental.

Dessa forma, a divisão da população por meio da faixa etária apareceu na França no século XVI, para a inscrição dos registros de nascimento nas paróquias, como expressão biopolítica, de ordenamento social, conforme Lenoir (38) afirma:

A própria noção de idade - a que é designada em número de anos - é o produto de determinada prática social, medida abstrata cujo grau de precisão - reconhecido em certas sociedades - é explicado sobretudo pelas necessidades da prática administrativa (na medida em que já não é suficiente a identificação dos indivíduos, o nome e o lugar de moradia) (LENOIR, 1996, p. 65) (30).

Portanto o envelhecimento pode ser sintetizado como um fenômeno simultaneamente global e local, caracterizado como biológico, devido às alterações físicas e orgânicas que ocorrem no indivíduo, com o aumento da probabilidade de morte e diminuição da capacidade de auto-regulação; social, em que se verificam modificações nos papéis e estatutos sociais, sendo principalmente pelas alterações definidas pela sociedade, relacionadas às identidades sociais através da forma como nos vemos e como os outros nos veem, podendo ser modificada com o ambiente e com o tempo; e cognitivo-psicológico, no

qual há alterações na atividade intelectual e nas motivações, bem como mudanças comportamentais e emocionais. Assim, são sujeitos da genética e da história, do tempo, englobando uma pluralidade de culturas, grupos, interações e experiências, com a necessidade de conceituar os sentidos atribuídos ao envelhecimento e ao paradigma da velhice (39).

Sob este prisma, o envelhecimento decorre com o passar do tempo, e depende de fatores como o gênero, hereditariedade ou condições genéticas, presença de comorbidades, diferenças culturais, socioeconômicas, faixa etária, nível de atividade, à localização geográfica seja um território urbano ou rural. Assim, o processo de envelhecimento sofre a influência de variáveis sociais, psicológicas, fisiológicas e temporais de um ciclo da vida, associado a acontecimentos como as perdas a nível psicomotor, afastamento social e de determinados papéis sociais vivenciados diferentemente em cada geração (28).

Em povos e populações tradicionais, a velhice tem um valor, atrelado a crenças e preceitos de reconhecimento e tradição, de uma polaridade positiva como momento de satisfação do idoso consigo. Foucault (40) afirma que deve-se viver para envelhecer, pois esta é uma fase da vida na qual é possível encontrar calma e o gozo como ambiguidade de relações :

Velhice é sabedoria, mas também fraqueza. Velhice é experiência adquirida, mas também incapacidade de estar ativo na vida de todos os dias ou mesmo na vida política. Velhice é possibilidade de dar conselhos, mas é também um estado de fraqueza no qual se depende dos outros: dão-se opiniões, mas são os jovens que defendem a cidade, defendendo, por consequência, os idosos, trabalhando para lhes fornecer do que viver, etc (FOUCAULT, 2006, p. 134) (32)

Simone de Beauvoir (34) descreve que a velhice é uma construção histórica, como observado em civilizações antigas, de passagem do tempo como reflexo da perda da juventude, por isso, era preciso reencontrá-la. Os egípcios acalentavam a esperança de vencer a velhice. Os babilônios acreditavam que um dilúvio consumiria a humanidade, e a terra

emergiria novamente em ondas, sendo repovoada. Nas sociedades primitivas, os idosos eram sinônimos de pessoas poderosas, inventoras, mágicas ou curandeiras, que poderiam representar os deuses através de sua sabedoria. E o envelhecimento feminino é marcado pela condição social e cultural da mulher na sociedade como expressão de produção e reprodução da vida, marcado pelo declínio da reprodutividade.

De acordo com Fernandes (41) há diferentes visões sobre o envelhecimento:

O antropólogo americano Leo Simmons, na obra “O Papel do Idoso na Sociedade Primitiva” (The Role of the Aged in Primitive Society), menciona que era habitual os mais velhos receberem os melhores pedaços da caça, serem servidos antes de todos, com grande respeito às suas incapacidade e limitações, mormente no tocante à alimentação e enfermidades que causavam dependência. (FERNANDES, 1997, p.30) (33).

No começo dos séculos em muitas coletividades, reverenciavam o chefe como a encarnação da divindade que habitará o corpo de seu sucessor após a sua morte, porém, se houvessem sinais de doença, fraqueza ou impotência, essa encarnação era enfraquecida pela idade e o chefe deveria ser morto, pois já não poderia proteger a comunidade. Nesta perspectiva, para muitas sociedades, a idade avançada era considerada decrepitude, e o velho improdutivo, que não conseguia suprir as suas necessidades, era considerado uma carga. Em contrapartida, a contribuição positiva dos idosos para a coletividade é a sua memória e experiência. Nas aldeias indígenas *Yahgan*, da Terra do Fogo, bem como os *Grande Chaco* entre outros, havia reverência aos grandes velhos e a idade os conferia um caráter sagrado. São os velhos que influenciavam e instruíam a juventude, mesmo que esses anciões dissessem coisas incoerentes o seu respeito era mantido, e as mulheres idosas eram consideradas por todos e cuidavam dos que adoeciam. Para os judeus, os ancestrais são atribuídos aos que possuíam idade mais avançada, é uma virtude e recompensa, são os porta-vozes de Deus. A velhice, em muitas comunidades humanas, era vista sob a sua forma suprema, em que o saber e as tradições transmitidas oralmente, graças a memória dos mais

velhos, é um depositário de ciência, onde se conservam lembranças do passado, elucida o respeito e se transmite conhecimento e cultura a gerações futuras.

As mudanças contemporâneas, procedentes dos conceitos de velhice e envelhecimento, geram a necessidade de reflexão sobre a temática, que estabelece princípios de classificação dos sujeitos nas sociedades através das categorias identitárias. Desse modo, Lenoir (38) elucida que a idade não é um dado natural e que o processo de segmentação do curso da vida está associado ao surgimento de instituições e agentes especializados, como verificado pelos primeiros estudos estatísticos referentes a população veneziana distinguindo os indivíduos em duas categorias: útil, representada pela população masculina com idade entre 15 e 60 anos, e a inútil, que reagrupa os demais membros da sociedade. Entretanto, as divisões sociais sobre a idade podem gerar categorias nominais, como velhos, jovens, adolescentes ou crianças, mas não originam grupos sociais homogêneos, mediado por características próprias da população, costumes, instituições e época, variando pelas relações de poder, privilégio e forças entre as classes, em cada classe e gerações em diferentes momentos do ciclo da vida.

Debert (37) ratifica que além da velhice ser uma categoria socialmente produzida, advém de contextos históricos, sociais e culturais distintos, portanto não é um fator explicativo do comportamento humano, assim, a periodização da vida e as condutas definidas para cada fase, se modifica dentro das categorias sociais em uma mesma sociedade. Assim sendo, o critério de classificação etária estabelece características comuns a um grupo de pessoas, devendo considerar além das características biológicas, aspectos como a heterogeneidade entre indivíduos, grupos sociais, raça e o tempo. Dessa forma, de modo geral, as categorias e os grupos de idades colaboram para a manutenção da organização dos espaços sociais, com diferentes direitos e deveres estabelecidos para grupos etários

específicos, como a classificação da velhice, que deve associar o curso da vida orgânico com os ciclos da vida social.

De acordo com Camargo (42) as representações sociais do envelhecimento nas sociedades modernas se relacionam com os aspectos econômicos e sociais, como o acesso aos serviços de saúde e subjetivos, como a aparência e bem-estar físico e emocional, influenciados pelo estilo de vida adotado no decorrer dos anos e a qualidade de vida proveniente deste, com uma percepção subjetiva dos sujeitos sobre o seu funcionamento físico, psicológico, social e espiritual, percebido de maneira distinta por homens e mulheres.

Os fatores sócio-culturais para compreensão das representações sociais no processo de envelhecimento, segundo Blessmann (43) revelam que a contribuição positiva dos idosos para a coletividade é a sua memória e experiência de vida, com destaque para o valor simbólico da sua sabedoria, que apresenta diferentes valorizações e conceitos no decorrer das civilizações, conforme a época e o local, havendo sociedades em que os idosos foram e são exaltados devido ao seu domínio social e apropriação do saber, refletindo memória, autoridade e acumulação de bens.

As dimensões da vida social se estabelecem fundamentadas em um contexto material, baseado na produtividade e consumo; relações de poder associados à distribuição de recursos e orientação social; à dimensão hermenêutico-simbólico que dá sentido ao mundo e as interações presentes neste universo; e o espaço-tempo, com as conexões delineadas em um sistema de interação estendida no decorrer da vida (44).

Sociologicamente, o idoso se constitui como um potencial ator social devido sua ascensão numérica e qualitativa em todo o mundo. Com influência no cenário político através da representatividade do seu voto, com leis e benefícios específicos, autonomia e poder de decisão, capazes de influenciar suas escolhas de vida com o próximo e com o todo. Partilhando uma cultura construída por experiências de uma vivência individual e coletiva

repleta de valores e interpretações formulados e produzidos de acordo com os significados de vida (5).

Em nível social, as relações podem alterar-se mediante transformações no estatuto e das redes sociais, produzindo consequências como a diminuição ou perda de alguns papéis sociais, muitas vezes advindo de fatores como: a viuvez, redução de contatos sociais e da autoestima; ou proveniente às dificuldades funcionais, produzindo uma forma de exclusão social, que também pode se basear em decorrência da diminuição ou ausência do desempenho profissional ativo, alterando o seu estilo e ritmo de vida, com a redução das interações sociais e participação na sociedade, bem como o surgimento de dificuldades econômicas, desvalorização, isolamento e marginalização (32).

Nesse sentido, a família é um elemento-chave na vida em sociedade, e no Estado Moderno apresenta um conceito de hibridização decorrente do processo de industrialização, urbanização e da transição demográfica devido ao declínio nas taxas de mortalidade e natalidade e do patriarcado, convergindo para uma maior individualização e nuclearização, transformando seu desenho demográfico em sua composição, tamanho e nos espaços. Assim, na contemporaneidade, a família não apresenta a função central existente na época pré-moderna com forte articulação econômica, política e religiosa, não cumpre as tarefas antes realizadas ou as desempenham parcialmente, embasando-se atualmente nas relações sociais, emocionais e na reprodução biológica (44).

Portanto, as relações familiares possuem grande relevância devido à sua simbologia e representação socioespacial. No nível conjugal, a família pode retomar outras composições nucleadoras, com os idosos que podem conviver com seus filhos, em geral marcado pelo cuidado e a atenção, que determinam novas significações de apoio emocional e instrumental. Porém, nem sempre são somente os filhos os elementos nucleadores da nova composição espaço-familiar dos idosos, mas pode ser o convívio com os irmãos - com o

propósito de valorização de memórias passadas comuns de convivência intergeracional que desempenham - ressignificação de papéis de companheirismo e produção de bem-estar psicológico (28).

## **2.2 O ENVELHECER NO SÉCULO XX E XXI**

As transformações envolvendo o envelhecimento, incluindo os sistemas de aposentadoria como cuidado da velhice na França entre 1945 e 1960, foram responsáveis pela promoção de novas instituições especializadas na gestão da velhice e cuidado da indigência. A partir de então, em 1950 surge na França e Inglaterra o conceito da terceira idade, que é legitimada apenas na década de 80, e transforma o conceito de velhice associada à decadência física e social, invalidez, momento de descanso e solidão para uma etapa da vida produtiva, de criação de novos hábitos, lazer e aprofundamento das relações amorosas e afetivas. O surgimento dessa categoria, de acordo com Silva (45) é influenciado pelo processo de aposentadoria, pelo aumento da longevidade e da qualidade de vida, bem como pelo avanço tecnológico.

Com o aumento da expectativa de vida e os avanços científicos a segmentação do envelhecimento ampliou o olhar sobre a ‘terceira idade’ ou ‘velhice-inicial’ ou ‘idoso-jovem’ originando uma nova e positiva imagem para a velhice. Esta ampliação acabou por contemplar o envelhecimento ativo e saudável, enquanto a categoria da ‘quarta idade’ ou ‘velhice-avançada’ ou ‘velho-velho’ que se inicia em média aos 85 anos nos países desenvolvidos, refere-se a um período de perdas e vulnerabilidades, com declínio patológico associado à morbidade e mortalidade, consideráveis perdas cognitivas e na capacidade de aprender, prevalência de demência, disfunções e fragilidades (46).

Nesse sentido, segue-se o raciocínio da categorização da velhice exposto por Baltes & Smith (46) e Camarano (30) que consideram que a população idosa pode ser

dividida em dois subgrupos etários: de 60 a 79 anos e a partir de 80 anos. Os autores associam, dessa forma, o envelhecimento às mudanças evolutivas que se alteram no decorrer do tempo, e as 'idades da velhice' perpassam por características qualitativas em tempo e espaços distintos. Portanto, as faces da velhice são ambíguas, possibilitam maior autonomia e produtividade para as pessoas mais velhas, como também há uma limitação do alongamento da vida saudável e com dignidade, que requer maior atenção e cautela quanto as consequências em exacerbar a longevidade além dos seus limites.

A heterogeneidade da população idosa em termos etários, por gênero, raça ou fatores socioeconômicos é bastante ampla, desse modo, ao desmembrá-la, observamos dinâmicas diferentes mediante às trajetórias de vida pelas quais os sujeitos são expostos (47).

Nas sociedades modernas industriais a velhice é caracterizada por distinções entre o gênero masculino e feminino. Estas são realçadas na inserção no mercado de trabalho devido às desigualdades de oportunidades, caracterizando um ciclo laboral em que a mão de obra feminina é mais vulnerável e descontínua e os papéis sociais dos indivíduos na história das sociedades são associados à força e ao vigor dos homens mais jovens (47).

Sobre a inserção no mercado de trabalho observam-se percepções negativas de dependência, vulnerabilidade, decadência e ausência de papéis sociais. Em geral é compreendido e vivido como momento de perdas em que as mulheres se adaptam com maior facilidade e solucionam de modo criativo em decorrência do hábito em administrar as atividades domésticas. Em contrapartida, para os homens este processo é conturbado, acostumado a ser o provedor da família e sentir-se pertencente e vinculado ao ambiente de trabalho, quando começam a envelhecer perdem o *status* social, se configura a invalidez e incapacidade de produzir (48).

Neste âmbito, o trabalho é imprescindível para o desenvolvimento humano e está associado à satisfação e realização pessoal, pois através dele a identidade do sujeito é

constituída, principalmente no meio social, desempenhando fator determinante quanto a sua ocupação no sistema de produção, como fonte de renda e redes de relacionamentos. Entretanto, a ideologia das sociedades capitalistas é preconceituosa e associa o envelhecimento do trabalhador ao desprestígio, configurando uma fase de desesperança, inutilidade e incapacidade intelectual e de força de trabalho, colaborando para a exclusão do idoso no mundo produtivo (49).

O valor dos indivíduos no mercado de trabalho se correlaciona com o envelhecimento social e as atividades profissionais desempenhadas. Para os empregadores, os trabalhadores que estão envelhecendo apresentam dificuldades em adaptar-se às novas atividades, reduzem a velocidade e a força, com alterações intelectuais e na memória. A habilidade é diminuída e se torna inapta ao comando e capacidade de produzir, considerado um problema social que atinge precocemente os indivíduos de classes sociais mais baixas (38).

O capitalismo contemporâneo e o desenvolvimento industrial corroboraram para a expansão da divisão de trabalho, que afeta a vida cotidiana e a interação humana com o meio ambiente material. Isso se deve aos efeitos do industrialismo e as transformações tecnológicas e de comunicação, através das quais os sistemas sociais permeiam o espaço e o tempo com conexões estreitas do sistema sociopolítico dos estados-nação modernos, com relações ausentes ou localmente distantes em que o espaço está mais integrado e o território fragmentado. Assim, as sociedades modernas afetaram as relações pessoais e os laços de parentesco não desempenham o mesmo papel nas estruturas sociais (50).

A problemática social do envelhecimento e o modo como se constitui nas relações capitalistas de produção, é proveniente da organização capitalista do trabalho que mediam valores e princípios na trajetória de vida do trabalhador, acentuando a vulnerabilidade social com a perda de uso para o capital. Nesta perspectiva, as caixas de

aposentadoria foram instituídas com a finalidade de reduzirem os custos de produção e dispensarem os trabalhadores mais velhos com proventos superiores ao rendimento produzido (51).

Portanto, a industrialização ameaçou a segurança econômica e as relações existentes nas sociedades tradicionais e gerações das famílias, marcadas pelo empobrecimento e preconceito, transformando os velhos em um peso para a família e para o Estado, e relegando-os à uma existência insignificante, alimentada por uma ideologia produtivista da sociedade capitalista industrial. Entretanto, esse conjunto de associações negativas à velhice, foi um elemento para legitimação e garantia de direitos sociais, como a universalização da aposentadoria (52).

Nos séculos XIX e XX a institucionalização das aposentadorias, e os saberes médicos emergentes da geriatria e da gerontologia estudavam o corpo envelhecido, reconhecendo as transformações orgânicas e o processo de senescência. Assim, a geriatria distingue a velhice de outras etapas da vida, como também enfatiza ser o momento de decadência do indivíduo, fato este que só é modificado através das investigações da gerontologia, que por ser multidisciplinar e mais difusa do que a geriatria, incorpora ao corpo envelhecido conceitos da sociologia e da psicologia, ampliando o olhar sobre o envelhecimento (45).

Debert (53) afirma que a tendência contemporânea e do curso da vida pós-moderna é repensar sobre o estereótipo da velhice, que pode ser entendido como um momento de plenitude, propício para novas conquistas, orientadas pelo saber e satisfação pessoal, e que as experiências vividas oportunizam a realização de projetos abandonados e relações mais profícuas com o mundo dos jovens e dos mais velhos.

Desse modo, atualmente, o envelhecimento é entendido como uma fase de desenvolvimento, de continuidade da vida e possibilita o empoderamento dos idosos ativos e

com bom estado de saúde à ampliar sua autonomia e manutenção e inserção no mercado de trabalho (53). Neste sentido, nota-se uma transformação paradigmática, em que há mudança em relação à visão do envelhecimento, não apenas como momento de perdas como observado na década de 1970, mas de ganhos evolutivos, colaborando para uma conceituação atual de *Life-Span* embasada na teoria do desenvolvimento da personalidade de Erik Erikson (1902-1994) e Jung (1875-1961) que consideravam a vida como um contínuo processo capaz de promover constantes mudanças, trocas e aprendizados, podendo revisitar a vida e reparar erros cometidos no passado (54).

Para compreender o envelhecimento é preciso considerar a sua multidimensionalidade, na qual estão presentes mudanças cognitivas, físicas, de papéis sociais e familiares, de perdas e ganhos no ambiente sociocultural onde ela é construída e vivida (32). Desse modo, o envelhecimento é um fenômeno biológico, que acarreta consequências psicológicas e que tem uma dimensão existencial, e conforme o autor refere-se a Beauvoir, o homem não vive nunca em estado natural quando idoso, como em qualquer idade, seu estatuto lhe é imposto pela sociedade à qual pertence. Envelhecer é um fenômeno social e simbólico-cultural, pois é representado por identidades e subjetividades, da pluralidade de imagens socialmente construídas e referidas a um determinado tempo do ciclo de vida, permeando a existência e as formas de ver e viver a vida (29).

Nesse sentido, as dimensões do tempo e do espaço apresentaram modificações temporais decorrentes da Revolução Industrial no século XVIII e da formação social culminando na sociedade moderna. Esta última apresentou como principais marcos o advento do relógio mecânico e do calendário, possibilitando mensurar o tempo de modo uniforme em todo o mundo, com precisão e padronização. Assim, as evoluções dos meios de comunicação e transportes intensificaram as relações entre o tempo e o espaço, com uma intercombinação

entre o estar presente e ausente e as trajetórias percorridas pelos indivíduos neste meio, no qual as redes de interações e atividades diárias constituem a vida social (55).

De acordo com Debord (56) a apropriação social do tempo se desenvolve em uma sociedade dividida em classes associada à produção do homem através do trabalho realizado com base na produção de mercadorias, suprimindo a distância geográfica e aumentando a distância interior, principalmente do indivíduo isolado na célula familiar comparado ao que está inserido no mercado de trabalho.

Nesse contexto, as novas formas de organização social são impactadas pelo tempo escasso de interação familiar, que embora varie entre culturas, geralmente coincidem na valorização da interação entre as gerações, como base familiar, na qual as mulheres são quem mais produzem o zelo, decorrente de um passado em que estavam mais disponíveis para fornecer cuidados com a casa e a família. Assim, o uso do tempo, para as atividades destinadas aos cuidados pessoais e familiares, é afetado (55).

Com o envelhecimento cria-se uma expectativa por parte dos pais e filhos adultos: filhos cuidarão dos pais. Entretanto, mudanças são observadas devido às consequências da urbanização. Na medida em que os membros da família vão ocupar o mercado de trabalho, há esvaziamento do lar e os espaços residenciais vão sendo, aos poucos, reduzidos, criando novas demandas de cuidados, com necessidade em adaptar as residências para as demandas dos idosos ou compartilhar o cuidado com auxílio de cuidadores, familiar disponível ou instituições para idosos (5).

Assim, a responsabilidade de cuidado em longo prazo deixa de ser exclusivamente da família e passa a ser compartilhada com o Governo, que deve criar e supervisionar sistemas baseados em parcerias com as famílias, comunidades, profissionais da saúde e o setor privado, orientando os serviços em direção aos objetivos de incentivar a capacidade funcional, estabelecendo mecanismos formais para coordenar o cuidado (2).

Mas se as sociedades industriais trouxeram mudanças expressivas no acesso aos bens e serviços que melhoram os indicadores de morbi-mortalidade por doenças infecciosas, continentes como a União Europeia (UE) onde o envelhecimento cresce de modo acelerado há projeções estimadas para que em 2050 a população de europeus com idade igual ou superior a 60 anos será de 34% da população, e mais da metade terá 80 anos ou mais, determinando ações e políticas públicas importantes (57).

No continente europeu os idosos deixaram de ser minoria e constituirão parcela considerável da população. Deste modo, a Europa como um continente mais envelhecido se esforça para adotar medidas que propiciem o bem-estar dos idosos (57).

As experiências internacionais de acompanhamento do envelhecimento são singulares, culturalmente determinadas e podem se apresentar como incentivo para o desenvolvimento de políticas de saúde para a população idosa. A União Europeia, por exemplo, é uma organização política e econômica que reúne 27 países europeus (Alemanha, Áustria, Bélgica, Bulgária, Chéquia, Chipre, Croácia, Dinamarca, Eslováquia, Eslovênia, Espanha, Estónia, Finlândia, França, Grécia, Hungria, Irlanda, Itália, Letónia, Lituânia, Luxemburgo, Malta, Países Baixos, Polónia, Portugal, Roménia e Suécia), considerada há mais de meio século um fator de paz, prosperidade e estabilidade, que colabora para melhorar o nível de vida dos europeus. Tem como moeda única o euro e é classificada como o principal bloco comercial do mundo, desempenhando um importante papel diplomático que tem a finalidade de promover a estabilidade, segurança, prosperidade, democracia, as liberdades fundamentais e o Estado de Direito a nível internacional (58).

Pelo fato de a União Europeia buscar a hegemonia mundial e se constituir na contemporaneidade como um importante influenciador, devido ao seu potencial econômico e político, e apresentar uma comunidade de direito para o direito, busca discussões, reflexões e planos de ações comprometidos sobre a temática do envelhecimento populacional para uma

sociedade em constantes transformações. Nesta perspectiva, as legislações da UE apoiam-se em uma base jurídica que determina o procedimento legislativo a seguir orientando as regras de funcionamento das suas instituições, o processo de tomada de decisões e a relação entre a UE e seus Estados-Membros, disponíveis no Tratado da União Europeia e o Tratado sobre o Funcionamento da União Europeia. Dessa forma os documentos da UE sobre saúde e envelhecimento datam a partir do ano de 1973 quando da Decisão nº 79 sobre a totalização dos períodos de seguro e dos períodos equiparados em matéria de seguro de invalidez, velhice e morte, que garanta o pagamento de pensões aos segurados; perpassa pela década de 80 com recomendações do Conselho, sobre os princípios de uma política comunitária para a idade da reforma (57).

Contudo os atos legislativos sobre o envelhecimento na UE começaram a se expandir a partir da década de 1990, considerada um marco para as discussões sobre o envelhecimento. Neste ano, houve a primeira iniciativa oficial comunitária, uma proposta de Decisão do Conselho sobre ações comunitárias em favor dos idosos que tinham o objetivo de colaborar para definição de estratégias preventivas mediante aos desafios econômicos e sociais resultantes do envelhecimento populacional, além de criar estratégias de solidariedade e desenvolver potencialidades positivas da contribuição dos idosos para a Comunidade (59)

Em 1991 houve a criação de um grupo de pessoas que atuava como consultor para assuntos pertinentes à proteção dos interesses da pessoa idosa. Em 1993 foi instituído o Ano Europeu dos Idosos e da Solidariedade entre Gerações, além de ocorrer uma publicação sobre uma iniciativa comunitária no domínio da tecnologia para deficientes e idosos (Tide), chamada de Fase *Bridge*, a qual teve como objetivo o estímulo à criação de um mercado interno europeu das tecnologias de reabilitação, com a finalidade de facilitar a integração socioeconômica dos deficientes e idosos (57).

No ano de 1995, o Comitê Econômico e Social emitiu um parecer sobre a necessidade de se favorecer a participação e a tomada de decisões dos idosos sobre o que lhes dizem respeito, sugerindo desta forma a elaboração de uma Carta Comunitária dos Direitos Fundamentais das Pessoas Idosas, contemplando os objetivos de formação e reciclagem dos trabalhadores idosos, livre circulação e transferência das pensões, redução nas tarifas de transporte público, solidariedade entre gerações, direito a cuidados de saúde adequados, *habitat* adaptado às condições e necessidades da população idosa, residências de acolhimento e ajuda domiciliária, além de proteção contra a violência entre outros (57).

O ano de 1999 foi marcado por uma publicação intitulada como ‘Uma Europa’ para todas as idades, com a finalidade de promover a prosperidade e a solidariedade entre as gerações. Neste mesmo ano foi emitido um parecer sobre o Ano Internacional do Idoso, instituído pela Organização das Nações Unidas (ONU), neste documento foram identificados os principais desafios para uma política da terceira idade como o aumento da esperança de vida com uma vida ativa e assistência suficiente, e um alerta para a importância das dimensões locais e regionais das políticas a partir de investigações sobre o envelhecimento das populações. No ano de 2000, o Comitê Econômico e Social elaborou um parecer sobre os trabalhadores idosos, considerando as transformações do trabalho nos ciclos de vida e alertando para a necessidade de mudanças de mentalidades e atitudes (57).

Em 2001, houve a elaboração do documento: Futuro dos cuidados de saúde e dos cuidados para as pessoas idosas: garantir a acessibilidade, a qualidade e a viabilidade financeira. Em 2002, a Comissão das Comunidades Europeias foi publicada uma Comunicação intitulada como: Resposta da Europa ao envelhecimento da população mundial: promover o progresso econômico e social num mundo em envelhecimento, a qual contribuiu para a II Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento organizada pela ONU em Madrid. Outros documentos importantes foram no ano de 2003 a Comunicação: Cuidados de saúde e

cuidados aos idosos: apoiar as estratégias nacionais destinadas a garantir um elevado nível de proteção social. Neste mesmo ano, o Conselho publicou uma resolução relativa à inclusão social através do Diálogo Social e da Parceria, expondo a necessidade em garantir um equilíbrio entre flexibilidade e segurança mediante a desafios como o desenvolvimento da aprendizagem ao longo da vida, o aumento da mobilidade e o envelhecimento ativo e pela promoção da igualdade de oportunidades e da diversidade (57).

A UE lançou em 2005 o Livro Verde: Uma nova solidariedade entre gerações face às mutações demográficas, o qual destaca sobre os desafios da demografia europeia e propõe uma nova solidariedade entre as gerações, a partir do apoio mútuo e da transferência de competências e experiências. Em 2007 foi lançado o Plano de Ação no domínio das Tecnologias da Informação e das Comunicações e Envelhecimento, intitulado como: Envelhecer bem na sociedade da informação; logo após foi estabelecido diretrizes para um programa de investigação e desenvolvimento: Assistência à Autonomia no Domicílio (57).

No ano de 2009 os principais atos legislativos discorreram sobre a ausência de discriminação, um parecer sobre a situação dos trabalhadores mais velhos face às mutações industriais e um relatório sobre o impacto do envelhecimento demográfico. Finalizando a década seguinte houve publicações sobre as consequências do envelhecimento populacional para os sistemas sociais e de saúde; ano do envelhecimento ativo e saudável da solidariedade entre as gerações; parecer referente à análise sobre o Horizonte 2020 - roteiros para o envelhecimento, e sobre o contributo e a participação dos idosos na sociedade, além de um parecer sobre o envelhecimento ativo e sua relação com saúde inteligente e viver melhor, e do regulamento que estabelece direitos, igualdade e cidadania (57).

Assim, mediante a contextualização das legislações da UE para o envelhecimento como representante das sociedades industriais modernas, percebe-se que são fortalecidas

estratégias de conhecimento sobre a temática em função da população idosa ocupar interesses de mercado em nível profissional, cultural e social (57).

Em paralelo às ações da UE para o envelhecimento, em 1973 a ONU enfatizou a necessidade de proteger os direitos das pessoas idosas, porém somente em 1982, foi elaborado um documento para orientar sobre as políticas destinadas a esse segmento populacional. Na década de 1990 a ONU instituiu os princípios em favor da pessoa idosa contemplando a independência, participação, assistência, autorrealização e dignidade, que deveriam ser assegurados aos idosos para se efetivar um envelhecimento ativo e digno (60).

Em 1995 foi aprovado o protocolo de San Salvador que é o único registro de caráter jurídico que vincula a América Latina e Caribe incluindo as normas sobre os direitos básicos dos idosos. Ocorreu em Madrid no ano de 2002 através do fórum mundial das Organizações não Governamentais (ONG's) que destacou a aplicação da Declaração Universal dos Direitos Humanos para todos os cidadãos, a plena inclusão das pessoas idosas na vida social e econômica de suas sociedades, bem como o aproveitamento de suas capacidades e experiências e a defesa de seus direitos mediante qualquer discriminação (60).

Em 2004 foi acordada a implementação do Plano de Ação Internacional de Madrid sobre o envelhecimento, destacando recomendações para o cuidado, enfatizando a sobrecarga que ele representa para a família, especialmente para a mulher, gerando a recomendação de que é preciso reconhecer o papel que a mulher tem exercido em relação aos serviços e cuidados e compartilhá-lo com os homens. Ademais, discorreram sobre o desenvolvimento limitado e escasso de fiscalização das regulamentações que regem o funcionamento das instituições de longa permanência e o objetivo de universalizar para as pessoas idosas os serviços de saúde (60).

Ao considerar o envelhecimento populacional associado à saúde, em 2015, a OMS emitiu um relatório mundial sobre o envelhecimento e saúde no qual descreve que a

saúde precária não necessita dominar a idade mais avançada, podendo ser prevenida ou retardada através de comportamentos saudáveis, bem como as patologias, principalmente crônicas não transmissíveis, serem detectadas no início, demandando desta forma de uma resposta abrangente da saúde pública, e desenvolver sistemas para cuidados de longo prazo, possibilitando que pessoas maiores, que dependam de cuidados, vivam vidas dignas, colaborando para coesão social (2).

Assim, a responsabilidade de cuidado em longo prazo deixa de ser exclusivamente da família e passa a ser compartilhada com o Governo, que deve criar e supervisionar sistemas baseados em parcerias com as famílias, comunidades, profissionais da saúde e o setor privado, orientando os serviços em direção aos objetivos de incentivar a capacidade funcional, estabelecendo mecanismos formais para coordenar o cuidado (2).

Neste cenário, de atenção integral institucional, na Espanha devido a alta taxa de envelhecimento populacional, os serviços de atenção à pessoa idosa iniciaram em 1985 com os serviços de ajuda domiciliar às pessoas com dependência e na década de 80 foi ampliado para pessoas acima dos 80 anos e com problemas cognitivos. Atualmente, a Espanha possui uma rede de serviços estruturada para as pessoas idosas em situação de dependência com a prestação de serviços de atenção domiciliar, existência de centros dia, ILPI's, hospital-dia com unidade de cuidados paliativos, além de teleassistência e ajudas financeiras. Porém, apesar das dificuldades estrutural e financeira do capitalismo, os serviços são desenvolvidos de forma descentralizada, com recursos do Governo Federal, e a maior parte são providos pelas comunidades autônomas. A política de cuidados de longa duração está funcionando e a Lei da Dependência está sendo implementada com mais de 50% dos idosos em situação de dependência com algum tipo de cobertura. Além disso, não é só o Estado que arca com as despesas, mas também o usuário ou a família tornam-se contribuintes (60).

A política de cuidados na Europa faz parte das estratégias de proteção social e de inclusão, contemplando também o Método Aberto de Coordenação (MAC) que vem estimulando a difusão das melhores práticas institucionais sobre autonomia e dependência, através da cobertura de novos sistemas com ajudas financeiras e serviços. Em conjunto, há uma avaliação do sistema visando à qualidade dos serviços destinados às pessoas idosas em situação de dependência. Entretanto, é importante salientar que os sistemas de atenção à dependência da UE não substituem a família, que continua sendo a responsável central pelos cuidados, mas as políticas públicas podem apoiá-la, estimulando formas de cuidados que não sobrecarregue apenas a mulher, e estratégias de garantir melhor qualidade de vida a todos os envolvidos com o cuidado (60).

### **2.3 ENVELHECER NO BRASIL**

No Brasil, no início do século XX, a expectativa de vida ao nascer não ultrapassava os 40 anos e menos de um quarto dos brasileiros alcançavam os 60 anos. A mortalidade era principalmente infantil em consequência das doenças transmissíveis associadas à pobreza e desnutrição (61).

Nesta perspectiva, Camarano (7) enfoca que o envelhecimento populacional é consequência da dinâmica demográfica atual e está associado à queda da fecundidade. Evidência comprovada em países como o Brasil, pelos dados do censo demográfico sobre as características da população e dos domicílios (2010) do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), (62) o qual demonstra alterações na pirâmide etária brasileira, por meio da queda da taxa de fecundidade e mortalidade infantil associada a maior expectativa de vida da população. Este cenário resulta em uma maior quantidade de idosos e uma significativa redução de crianças e jovens, gerando a transição demográfica no país.

No Brasil o declínio da mortalidade iniciou na década de 40, através do uso da penicilina, imunizações e da terapia de reidratação oral. Em 1970 a expectativa de vida se aproximava aos 54 anos, e a manutenção das elevadas taxas de natalidade e redução da mortalidade determinou um crescimento e rejuvenescimento da população (61).

Nessa premissa, Chaimowicz (61) refere-se à terceira fase da transição demográfica como a queda da fecundidade e o envelhecimento populacional que apresentou um declínio gradativo na Europa a partir da segunda metade do século XX, acompanhando o processo socioeconômico do país.

Em meados da década de 60, no Brasil, houve um rápido declínio da fecundidade associado às mudanças socioculturais devido ao crescimento da população urbana e disponibilidade de métodos contraceptivos. Deste modo, a taxa de fecundidade caiu para 60% entre 1970 a 2000, equivalente a 2,2 filhos por mulher, assim houve um declínio de 30% dos jovens e a população idosa dobrou. Neste prisma, um país é considerado jovem quando menos de 7% da população tem 65 anos, e quando 14% já alcançaram esta idade passa a ser considerado envelhecido (61).

De acordo com o IBGE, em 2010, (62) a população brasileira era de 190.755.799 habitantes, dos quais 20.590.599 eram considerados acima de 60 anos, porém, as projeções da população do Brasil e das Unidades da Federação elaboradas pelo IBGE em 2018 (63) consideram um horizonte temporal de 50 anos após a realização do último censo realizado em 2010, e neste relatório estima que a população brasileira crescerá até 2047, quando deve atingir 233,2 milhões de habitantes. Para os anos seguintes até chegar em 2060, estima-se que gradativamente haverá um decréscimo na população, atingindo 228,3 milhões de habitantes. Processo decorrente da baixa taxa de natalidade e de fecundidade, que mantém a tendência de redução, associada ao aumento da participação da mulher no mercado de trabalho e a priorização dada aos estudos e carreira profissional, postergando a maternidade.

Acredita-se que até 2060 a população com mais de 60 anos atinja 32% dos brasileiros, e a expectativa de vida ao nascer será de 81 anos, dados confirmados pela Organização das Nações Unidas (ONU), (64) no relatório *World Population Prospects: 2017 revision*, que discorre sobre o lento crescimento demográfico da população brasileira decorrente das baixas taxas de fertilidade, destacando a relação direta entre as baixas taxas de fertilidade e o aumento do envelhecimento.

Sobre a questão de gênero na velhice, decorre do aumento do número de mulheres idosas quando se compara com o sexo masculino, que de acordo com a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua divulgada pelo IBGE em 2018 (63) as mulheres representam 56% dos idosos, sendo mais expressivo com o aumento da idade. Nesta perspectiva, Camarano (47) fundamenta a ideia de feminização da velhice descrevendo sobre o índice de envelhecimento da população idosa, que no censo de 2010 era de 39,2 para homens e 50,7 para as mulheres, proporção esta já aumentada em 2018, e entre os tantos idosos (80 anos ou mais) o indicador foi de 62,9 homens para cada 100 mulheres. Evidenciado, também, que a proporção de mulheres é mais acentuada nas áreas urbanas, e há maior predominância do sexo masculino nas áreas rurais, devido ao êxodo rural-urbano.

Com este cenário, constata-se que essa sobrerrepresentação é resultado de uma maior expectativa de vida das mulheres que vivem em média 8 anos a mais do que os homens, e pode estar relacionado a redução da mortalidade materna, resultado de acesso à políticas públicas de saúde e queda da fecundidade, como também à fatores socioeconômicos e culturais, implicando em diferentes formas de ver e viver a velhice (65).

Camarano (47) discorre sobre a distribuição da população pela cor ou raça, primeiramente composta pela cor branca (54%), seguida da parda (16%), posteriormente cor preta (12%), morenos (6%), indígenas e outros que se declararam de outra cor (4% cada), e

amarelos (2%), podendo variar mediante a declaração dada no momento da pesquisa. As mulheres brancas apresentam uma proporção maior do que as negras e pardas.

A desigualdade racial, evidenciada pelo quantitativo de pessoas que pela raça ganham superior a 5 salários mínimos, foi de 70% da cor branca e 6,6% negros, desigualdade está também evidenciada na velhice, em que há mais idosos homens (52%) de cor preta do que mulheres (48%); entre os idosos de cor preta, 17% estão aposentados e trabalhando comparando à 9% dos idosos brancos. Quanto aos níveis educacionais, há mais idosos negros que não frequentaram a escola (24%) do que os demais (18%). Os idosos homens apresentam melhores níveis de alfabetização do que as mulheres, apesar do crescimento da escolaridade das mulheres idosas. Para os idosos, o estudo significa melhor qualidade de vida e independência, assim os idosos mais jovens (60 a 79 anos) apresentam maior presença em educação de jovens e adultos como também em relação à alfabetização comparando com os idosos mais velhos (a partir de 80 anos) (47).

Conforme descrito pelo Ministério da Saúde (3) a demanda por cuidados aumenta com a idade e é superior nas mulheres. As principais doenças crônicas que acometem os idosos são: hipertensão, artrite ou reumatismo, doenças do coração, diabetes, depressão e câncer. Quanto às dificuldades em realizar atividades da vida diária e mobilidade física aumentam conforme a idade, e é mais predominante nas mulheres. Na faixa etária de 60 a 69 anos 72% dos idosos são considerados independentes, reduzindo para 57,5% na faixa de 70 a 79 anos, com expressivo declínio da capacidade funcional, 35% em idosos com 80 anos ou mais. Assim a vulnerabilidade está associada à idade e devido ao comprometimento do autocuidado, em que há uma necessidade de auxílio de terceiros.

A prevalência de óbitos devido à queda tem aumentado, principalmente entre as mulheres. Fato que pode ser decorrente a adequação dos espaços públicos utilizados, visto que a medida que os idosos passam a utilizar mais o espaço da rua, mais susceptíveis estão a

acidentes e violência urbana, bem como ao fato das residências não estarem adequadamente apropriadas a circulação dos idosos. Em 2013, as causas acidentais com óbitos que ocorreram em mulheres representaram 56,8%, comparando a 25,4% para os homens (47).

A condição do idoso no domicílio é associada ao sexo, pois o homem geralmente é o provedor e chefe de família, enquanto a mulher assume esta condição em caso de adoecimento ou morte do cônjuge ou os filhos ou parentes mais próximos assumem esta condição. Quanto à relação familiar, a mulher apresenta-se em menor autonomia e maior dependência e fragilidade do que os homens, que pode estar associada ao *status* social e não a idade, visto que o rendimento da mulher idosa é considerado inferior ao do homem, inclusive devido à ocupação e força de trabalho. Contudo, também é observado alterações no arranjo familiar, como maior independência financeira das mulheres, viuvez e separação do cônjuge, interferindo nos cuidados familiares dos idosos que apresentam maior fragilidade, visto que é crescente o índice de idosos constituídos por casais ou que moram sozinhos. Assim, há uma redução na capacidade da família cuidar dos idosos dependentes, e 50% delas não estão preparadas para cuidar dos idosos mais necessitados, havendo a necessidade em se compartilhar o cuidado entre a família, o Estado e o mercado privado (47).

Sobre as condições de vida das famílias que contêm idosos, o rendimento mensal *per capita* é mais elevado do que as famílias em que não há idosos, porém, há mais dependentes de benefícios de seguridade social do que de trabalhadores ativos, consequência das etapas do ciclo familiar vivenciado e da dependência dos membros da família a renda existente (30).

A síntese de indicadores sociais do IBGE , sobre a condição de vida da população brasileira em 2018 , destaca sobre os baixos índices de desocupação dos idosos, que encontra-se reduzido, refletindo maior participação na força de trabalho para complementação da renda. Trabalhar, para o aposentado, representa aumento do rendimento

ao associar a seguridade social, maior autonomia física e mental e relação social. A participação do idoso no mercado de trabalho se eleva principalmente das mulheres devido à inserção no mercado de trabalho em um passado recente, porém, a participação dos homens é mais elevada. Camarano (47) reitera que a participação do idoso no mercado de trabalho é mais baixa comparando com os adultos, e decresce conforme a idade aumenta.

Segundo Camarano (47) no Brasil a Política Nacional do Idoso (PNI) foi o primeiro instrumento legal como política pública, ao considerar o idoso por meio da idade cronológica: com 60 anos em países em desenvolvimento e 65 anos em países desenvolvidos.

Com relação à saúde no Brasil, a partir da implementação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) em 2006, foi normatizada que a atenção à saúde deve ser centrada na capacidade funcional e pelo respeito à autonomia da pessoa idosa, contemplando como meta final uma atenção à saúde adequada e digna à todos os idosos brasileiros, principalmente a população idosa que apresenta um processo de envelhecimento marcado por doenças e agravos que impõe limitações ao seu bem-estar (66).

Desse modo, a atenção à saúde do idoso deve ser multidisciplinar, com a criação de serviços dirigidos à população idosa articulados em redes, com um conjunto de ações de saúde que abrangem a promoção e proteção à saúde, e detecte precocemente quaisquer agravos, utilizando da educação em saúde com tecnologias simples e adequadas, conforme descrito na Política Nacional de Atenção Básica (Pnab) (47).

Assim, a PNSPI reitera a capacidade funcional do idoso como um balizador das ações dos serviços de saúde e enfatiza a necessidade de políticas de cuidado para a população idosa frágil, com o apoio e investimento das três esferas do governo. No entanto, com a perda da capacidade funcional, o idoso depende do apoio de terceiros para o desenvolvimento de suas atividades de vida diária que são subdivididas em Atividades Básicas da Vida Diária (ABVDs) relacionadas à capacidade de autocuidado como: alimentar-se, banhar-se, vestir-se,

mobilizar-se, utilizar o banheiro, deambular; também há as Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVDs) que são: realizar compras, tomar as próprias medicações, utilizar transporte, cuidar da casa, atividades que indicam a capacidade de se ter uma vida comunitária independente (60).

Mediante a este cenário, ao considerar o aumento da população idosa, a qual é mais exposta às doenças e agravos crônicos não transmissíveis, muitas patologias geram sequelas limitantes para um adequado desempenho funcional, corroborando para situações de dependência e necessidade de cuidados. Portanto, o crescimento acentuado da população em idade mais avançada ocorre em um contexto de transformações estruturais nas famílias, decorrentes de mudanças na nupcialidade, redução da fecundidade, crescente participação da mulher no mercado de trabalho, aumento da sobrevivência de idosos com diminuição da capacidade física, cognitiva e mental, ampliando a necessidade de compartilhar o cuidado, que historicamente era atribuído ao membro mais novo da família ou às mulheres, que atualmente dispõe de menos tempo para o cuidado doméstico, em contrapartida pode dispor de maior recurso financeiro para pagar pelo cuidado com os membros dependentes (7).

Segundo Silva (67) a demanda pelo cuidado de idosos em instituições de longa permanência está aumentando no Brasil e no mundo, e esse fato está relacionado com a procura pelas famílias por alternativas de atenção a seus familiares idosos com perdas de capacidade funcional resultantes de doenças crônicas. Como também, os motivos para a institucionalização de idosos pode estar relacionada com seu caráter socioeconômico, pela precariedade ou ausência de suporte familiar e social além de insuficiência financeira; às condições de saúde, como sequelas de doenças, agravos como acidentes, limitações físicas e cognitivas importantes e necessidade de reabilitação após internação hospitalar; e à opção pessoal.

Assim, o Estado e as instituições privadas passam a dividir essa responsabilidade com a família e as ILPIs constituem a principal modalidade para oferta desses serviços. Portanto, devem dispor de um ambiente que forneça segurança para o idoso institucionalizado e que promova o seu bem-estar, proporcionando cuidados especiais, de acordo com as necessidades individuais, suprindo as demandas de adaptação física e logística do indivíduo, se apresentando como uma possibilidade de cuidado qualificado para o qual a família não tem preparo ou disponibilidade (68).

Ademais, na contemporaneidade, o envelhecimento, sob a égide da mercantilização e da marketização, como substrato da sociedade capitalista, apresenta uma significativa relação entre as dimensões econômicas e de cuidado, desse modo, considerando as ILPIs em sua condição dialética e híbrida (69) que realiza a gestão da intimidade das pessoas idosas, privatizando-a, adequa a reciprocidade e solidariedade familiares à organização e regulação do trabalho imposto nas instituições, com uma rotina de trabalho cadenciada em uma lógica de racionalização, com as prescrições relativas à ordem de trabalho taylorista, podendo influenciar no estado emocional dos idosos e na qualidade do serviço prestado (70).

Neste panorama, a expansão do mercado de cuidado institucional para idosos no Brasil surge como um negócio lucrativo e promissor, decorrente do acelerado envelhecimento populacional, da pequena atuação e comprometimento do Estado com o cuidado direto aos idosos bem como das poucas e precárias redes de assistência ao idoso, transformando o mercado das ILPIs no Brasil.

## **2.4 PROGRAMAS E POLÍTICAS PÚBLICAS DE ATENÇÃO E CUIDADO AO IDOSO NO BRASIL**

Com o aumento da expectativa de vida e a transição demográfica, o Brasil vivencia um momento de mudanças no perfil epidemiológico caracterizado por uma maior prevalência de doenças crônico-degenerativas e de incapacidades funcionais, alterando o padrão de saúde da população e a demanda sobre o sistema de saúde, prolongando por um maior período de tempo o uso dos seus serviços decorrentes da predominância das doenças crônicas e de suas complicações, resultantes do envelhecimento populacional (71).

Com este cenário o cuidado ao idoso deve acontecer diferentemente de como ocorre para os adultos mais jovens. Alguns autores discutem sobre o ideal modelo de atenção à saúde do idoso, destacando a necessidade de existir uma rede de cuidados gerenciada desde a entrada no sistema até o fim da vida, com acompanhamento constante, visando à promoção da saúde e manutenção da capacidade funcional. Isso porque, os idosos comumente possuem especificidades decorrentes de doenças crônicas, de fragilidades orgânicas e sociais. Ademais, se faz pertinente a integração de ações de educação e prevenção de saúde com uma equipe multidisciplinar e de serviços de reabilitação, apoio ao cuidado e ao autocuidado, bem como apoio à família, conduzindo-os para uma melhor qualidade de vida e envelhecimento ativo (6).

No Brasil, o desenvolvimento de políticas e a incorporação do envelhecimento populacional na agenda das políticas, sejam públicas ou por iniciativa da sociedade civil não é nova. Há registros de que o Brasil é um dos pioneiros da América Latina na implementação de uma política de garantia de renda para a população trabalhadora, alcançada com a universalização da seguridade social no ano de 1988. Neste espectro as origens dos sistemas de proteção social no Brasil existem desde o período colonial com as instituições de caráter social como a Santa Casa da Misericórdia de Santos. No período imperial são identificados os montepios civis e militares e outras sociedades beneficentes, e em 1888 através do decreto 9.912-A, regulamenta o direito à aposentadoria dos empregados dos correios (72).

Assim, considerando o histórico legal de políticas que protegem a pessoa idosa, em 1916 há o Código Civil; a Lei Eloy Chaves em 1923 que mencionou sobre os direitos previdenciários para os idosos, o Código Penal em 1940, seguido pelo Código Eleitoral em 1965. Entretanto, o período da história do Brasil da Era Vargas até a Quarta república, que contempla a década de 30 até 60, houve a criação de políticas públicas voltadas para o desenvolvimento da economia, sendo o Estado o principal financiador do processo de industrialização no país, assim as políticas desenvolvimentistas favoreciam a uma pequena parcela da população, e as políticas públicas na área da saúde eram direcionadas para a população mais jovem e as políticas sócio-sanitárias direcionadas à população materno-infantil (66).

Conforme descrito pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) (72) as influências e pressões da sociedade civil, das sociedades científicas e dos grupos políticos na década de 60 impactaram o desenvolvimento futuro das políticas brasileiras para a população idosa. Em 1961 houve a criação da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia que tinha o objetivo de estimular obras sociais de amparo à velhice bem como cooperar em atividades educacionais, assistenciais e de pesquisa. Em 1963 por iniciativa do Serviço Social do Comércio (SESC), constituiu um pequeno grupo de comerciantes da cidade de São Paulo preocupados com o desamparo e a solidão entre os idosos, atuaram em atividades que revolucionou a assistência social ao idoso, visto que as instituições que cuidavam das pessoas idosas eram exclusivas para o atendimento asilar.

A partir da década de 70 o processo sócio-político modificou a operacionalização em detrimento do novo perfil da população. Deste modo outros marcos históricos que envolvem a população idosa foram evidenciados, como em 1974 por meio da Lei nº 6179 foi criada a renda mensal vitalícia, através do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS); em 1977 foi criado o sistema nacional de previdência e assistência social, o instituto nacional

de assistência médica da previdência social e o instituto de administração financeira da previdência e assistência social; 1982 foi realizada a primeira assembleia mundial sobre o envelhecimento da Organização das Nações Unidas (ONU), que traçou diretrizes do plano de ação mundial sobre o envelhecimento, publicado em Nova York em 1983, com o objetivo de sensibilizar os governos e sociedades de todo o mundo para a necessidade de direcionar políticas públicas para os idosos, e assim desenvolver estudos sobre este segmento populacional; no ano de 1986 foi realizada a 8ª conferência nacional de saúde que propôs a elaboração de políticas de assistência à população idosa; em 1988 foi promulgada a Constituição Federal que destacou um texto constitucional referente ao idoso e o seu direito à vida e à cidadania; em 1989 a portaria nº 818 do Ministério da Saúde (MS) apresenta normas para o funcionamento das casas de repouso, clínicas geriátricas e outras instituições destinadas ao atendimento de idosos; e em 1993 foi aprovada a Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS) através da Lei nº 8.742, a qual possibilita o reconhecimento de riscos à saúde do cidadão idoso (66).

Na perspectiva da descrição dos marcos legais, Mendonça (60) discorre sobre a Política Nacional do Idoso (PNI) instituída no ano de 1994 através da Lei nº 8.842 que tem o objetivo de assegurar os direitos sociais do idoso e criar condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade, de modo a exercer sua cidadania. A lei também estipula o limite de idade de 60 anos ou mais para ser considerado idoso. É válido destacar que a sua elaboração e posterior promulgação foram resultantes de reivindicações da sociedade com a liderança da associação nacional de gerontologia, que produziu o documento intitulado recomendações sobre políticas sociais para o idoso nos anos de 1990.

Através da portaria MPAS/SEAS nº 73, no ano de 2001, (73) é estabelecida as normas de funcionamento de serviços de atenção ao idoso no Brasil, e em 2002 ocorre a

criação da portaria nº 702/ GM que elabora mecanismos de organização e implantação de redes estaduais de assistência à saúde do idoso e a portaria nº 249\ SAS com posterior pactuação na comissão intergestores tripartite. Neste mesmo ano ocorreu o plano de ação internacional para o envelhecimento, organizado pela ONU em Madrid, e a criação do conselho nacional dos direitos do idoso (74).

Em 2003, entra em vigor a Lei nº 10.741 que aprova o estatuto do idoso, uma iniciativa na garantia de direitos, fruto da mobilização da sociedade abrangendo as dimensões de direito à vida, à liberdade, ao respeito, à dignidade, à alimentação, à saúde e à convivência familiar e comunitária (75).

O estatuto do idoso previsto na Lei nº 10.741 de 1º de outubro de 2003 ratifica que idosos são pessoas com 60 anos ou mais, conforme descrito na PNI de 1994, enquanto a OMS (76) define o idoso a partir da idade cronológica, que são pessoas com 60 anos ou mais em países em desenvolvimento, e com 65 anos ou mais em países desenvolvidos (77).

Outra conquista obtida por meio de lutas sociais foi o plano de enfrentamento da violência contra a pessoa idosa em 2005 que estabelece estratégias sistêmicas de ação e constitui-se como um instrumento que reforça os objetivos para prevenção e enfrentamento da violência contra o idoso, além de ser um instrumento de promoção e defesa dos direitos da população idosa, com enfoque no respeito, tolerância e convivência intergeracional. Neste período foi desenvolvido pela OMS o projeto de política de saúde e envelhecimento ativo que busca dar informações a discussão e formulação de planos de ação que promovam um envelhecimento saudável e ativo (77).

Neste mesmo ano o MS e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), através da resolução nº 283 estabelece novas normas de funcionamento para as Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs). No ano de 2006 foi publicada a portaria MS/GM nº 399 que define diretrizes operacionais do Pacto pela Saúde a qual possui como uma das

prioridades a atenção à saúde do idoso, além disso, a portaria MS/GM nº 2528 discorre sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) e ano em que foi instituído o dia nacional do idoso celebrado no dia 1º de outubro de cada ano, bem como foi realizada a primeira conferência nacional dos direitos da pessoa idosa. Seguiu-se em 2009 com o plano de ação sobre a saúde das pessoas idosas, incluindo o envelhecimento ativo e saudável; em 2010 a lei do fundo nacional do idoso, e em 2011 o estatuto do idoso tem sua redação atualizada (78).

Atualmente as medidas mais recentes considerando a pessoa idosa foi a aprovação da convenção interamericana sobre a proteção dos direitos humanos dos idosos pelo conselho permanente da Organização dos Estados Americanos (OEA) em 2015 e o relatório mundial de envelhecimento e saúde, o qual recomenda mudanças no modo de formular políticas em saúde e prestar serviços de saúde às populações que estão envelhecendo. Em 2016 foi criado o Departamento de Atenção do Idoso (DAI), e no ano de 2017 a secretaria nacional de promoção e defesa dos direitos da pessoa idosa do Ministério dos Direitos Humanos teve sua estrutura regimental aprovada. Ademais, se faz relevante destacar no ano de 2018 a criação do documento técnico Estratégia Brasil amigo da pessoa idosa elaborado pelo Ministério do Desenvolvimento Social que tem como propósito promover a integração de políticas públicas formuladas no âmbito federal e a intersectorialidade orientadora da ação local, a nível estadual ou municipal (79).

Portanto, as políticas públicas destinadas às pessoas idosas devem ser desenvolvidas organicamente articuladas com as demais políticas socioeconômicas e se realizem de maneira descentralizada, em que a efetivação dos direitos humanos e sociais ocorram mediante a participação ativa do Estado e haja direcionamento quanto ao planejamento das políticas e serviços mediante as demandas e prioridades desse segmento

populacional através de estratégias e intervenções integradas que assegurem o cuidado e fortaleçam a promoção do envelhecimento saudável (60).

Contudo, é relevante descrever que mediante ao envelhecimento da população o conceito de saúde, define-se como uma medida da capacidade de realização de atividades da vida diária e da satisfação das necessidades, norteando para um novo paradigma de saúde, no qual o conceito de capacidade funcional é central, portanto, um sujeito pode ser considerado saudável mesmo apresentando uma doença, desde que a patologia não repercuta sobre sua dependência e qualidade de vida. Assim, o sistema de cuidado deve colaborar com a preservação da capacidade funcional do idoso, mantendo-o independente e na comunidade pelo maior tempo possível (78).

As políticas públicas para idosos têm sido desenvolvidas, e quanto à proteção legal ao direito à saúde da pessoa idosa são destacados a Constituição brasileira de 1988, com seus artigos 6º e 196, que discerne a saúde como um direito de todos e um dever do Estado a ser garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos, bem como reconhece o acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde (47).

Através do decreto nº 1.948/1996, que regulamenta a PNI, é assegurado o direito à saúde, viabilizando condições para promoção da autonomia, da integração e da participação efetiva da pessoa idosa na sociedade; e o Estatuto do Idoso dedica vários de seus artigos e o maiores capítulos a este segmento da população, sendo o principal documento legal dedicado ao tema, e nele estabelece que a prioridade absoluta à efetivação do direito à saúde do idoso deve ocorrer mediante o atendimento preferencial imediato e individualizado do segmento junto aos órgãos públicos e privados prestadores de serviços, além de dar preferência na formulação e na execução de políticas sociais, e visa a garantia do acesso à rede de serviços

de saúde local, assim como a destinação privilegiada de recursos públicos ao setor e a capacitação gerontológica dos profissionais (47).

Deste modo, para cumprir as determinações legais da PNI no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) o Ministério da Saúde (MS) tem publicado diversas portarias e desenvolvido estratégias como o Programa de Saúde da Família (PSF), implantado em 1994 como um modelo assistencial de atenção à saúde de toda a população brasileira. Além disso, em 1997 foi elaborado o Plano Integrado de Ação Governamental para o Desenvolvimento da Política Nacional do Idoso, que viabilizou meios para implementação da PNI através da articulação e integração de setores ministeriais (47).

Entretanto, é válido salientar que desde 1989 o MS normatizou o funcionamento das instituições de atendimento ao idoso, e no ano de 1998, foram incluídas referências sobre o atendimento em cuidados prolongados e internações em hospital-dia geriátrico e domiciliar com equipe hospitalar. E considerando a esfera saúde, em 2002 através da Portaria GM/MS nº 702 foram criados mecanismos para organização e implementação de redes estaduais de atenção à saúde do idoso, estabelecendo a criação dos Centros de Referência de Atenção à Saúde do Idoso (Crisis) distribuído em todo o território nacional e serviriam como referência para a prescrição de medicamentos de alto custo.

Outros dois marcos importantes para a saúde do idoso foram a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) e o Pacto pela Saúde em 2006, aprimorada após a divulgação do documento da Organização Mundial da Saúde intitulado como Envelhecimento Ativo no ano de 2005. Nos anos seguintes foram criadas ações estratégicas como a caderneta de saúde da pessoa idosa que é uma ferramenta de identificação de situações de riscos potenciais para a saúde da pessoa idosa e o caderno de atenção básica: envelhecimento e saúde da pessoa idosa, elaborado com a finalidade de fornecer subsídios

técnicos específicos em relação à saúde do idoso para os profissionais que atuam na atenção básica (80).

## **2.5 ATENÇÃO E CUIDADO AOS IDOSOS**

O cuidado está presente na natureza e na constituição do ser humano. Representa atitude de preocupação, ocupação, responsabilidade e envolvimento com o outro. É singular para o ser humano e está presente em tudo, como atitude intrínseca do ser, presente em sua raiz. Abrange atenção, zelo e desvelo, sendo fenômeno possibilitador da existência humana que perpassa desde o gerir, nascer, se desenvolver e morrer (81).

Deste modo, Martin Heidegger (82) em sua obra *Ser e Tempo*, aborda a dimensão do cuidado enquanto essência da fenomenologia existencial, através de um conceito ontológico estrutural de ser-no-mundo e da sua relação com o mundo em um cotidiano temporal da faticidade do existente humano.

O cuidado está na essência humana, é um modo de ser, existir e coexistir que estrutura sua prática de vida. Entende-se como condição humana de estar no mundo e se relaciona por meio de uma rede de relações na qual o cuidado de si conecta-se ao cuidado dos outros. Sendo sinônimo de responsabilidade e confiança, possui conceito híbrido de autocuidado, da alma e do corpo, como também, o cuidar de alguém, no sentido de estar no comando e ser responsável por ele (83).

Nesse sentido, Foucault (40) descreve o cuidado de si como uma atitude para consigo, para com os outros e para com o mundo, e deve consistir em sua plenitude no conhecimento de si como fio condutor do *corpus* que constitui a subjetividade humana e o modo de estar no mundo, ocupando-se consigo durante toda a vida como preparação para a velhice e a completude da vida conferida pela idade.

Desse modo, o ser humano constrói a sua existência no decorrer do tempo, por um fenômeno de experiência que molda a prática do cuidado como é vivido e estruturado em nós mesmos, de modo utópico e histórico-temporal, com tempo para crescer, aprender, amadurecer, tornar-se sábio e para morrer. Portanto, o cuidado é essencial e carregado de significado existencial (81).

Segundo Heidegger (82) cuidado não é sinônimo de bondade, mas de entender o que realmente é importante. Tem origem etimológica no Latim *coera*, que significa cura, curar relações no contexto do amor e da amizade. É autêntico quando assume a responsabilidade de cuidar de si mesmo. Nas línguas latinas as expressões *cura d'almas*, eram utilizadas em missões religiosas associadas ao cuidado espiritual; *dolor amoris*, a dor de amor para denotar preocupação e cuidado amoroso.

Os significados atribuídos ao cuidado exprimem solicitude, diligência, inquietação, desvelo, zelo, atenção, bom trato. O ser humano é um ser de cuidado (81) como na obra *Ser e Tempo* de Heidegger (82) que descreve relações de cuidado através da fábula de Higino de 'preocupação' e 'cura':

Um dia em que 'Preocupação' atravessa um rio, vê um lodo argiloso: pensativa, pega um tanto e começa a modelá-lo. Enquanto reflete sobre o que fizera, Júpiter intervém. 'Preocupação' lhe pede que empreste espírito ao modelo, no que Júpiter consente de bom grado. Mas, quando 'Preocupação' quis impor-lhe seu próprio nome, Júpiter a proíbe e exige que seu nome lhe deveria ser dado. Enquanto 'Preocupação' e Júpiter discutiam sobre o nome, a Terra (*Tellus*) surge também a pedir que seu nome fosse dado a quem ela dera seu corpo. Os querelantes tomam, então, Saturno para juiz, o qual profere seguinte decisão equitativa: 'Tu, Júpiter, porque deste o espírito, deves recebê-lo na sua morte; tu, Terra, porque o presenteaste com o corpo, deves receber o corpo. Mas, porque 'Preocupação' foi quem primeiro o formou, que ela então o possua enquanto ele viver. Mas, porque persiste a controvérsia sobre o nome, ele pode se chamar *homo*, pois é feito de *humus* (terra). (HEIDEGGER, 2012, p. 551-553) (64).

A fábula de Higino representa o sentido de cuidado para a vida humana, utilizando figuras mitológicas greco-latinas como Terra, Júpiter e Saturno. Nela, o cuidado

molda a argila e constitui a essência humana, assim o cuidado molda o ser humano e o acompanhará por toda a sua vida até a morte (81).

Nesse sentido, o cuidado é uma construção social, produzido através da interação e envolvimento coletivo. Como ato complexo que pressupõe perceber o próximo como se mostra, suas falas, gestos, anseios, limitações, dores, emoções e ideais, considerando a individualidade e necessidade de cada pessoa. Cuidar do outro são atitudes e comportamentos que objetivam a promoção da saúde, preservação, segurança e manutenção da vida, com consciência, dedicação e afabilidade.

Nas narrativas das sociedades modernas, também foi possível observar que o cuidado tem sido terceirizado por modelos de atenção em serviços de saúde públicos e privados associando suas necessidades de cuidado ao contexto em que se insere, as vivências, expectativas e histórias de vida. Nestes serviços são realizadas diversas ações, que visam a saúde e vislumbram o cuidado integral por meio de interações referentes às dimensões objetivas e subjetivas dos sujeitos de relações de troca, solidariedade e reciprocidade, com destaque para o usuário na centralidade do cuidado que configura-se como direito humano e direito de cidadania.

## **2.6 MODELOS DE ATENÇÃO E CUIDADO INSTITUCIONALIZADOS A IDOSOS**

O modelo contemporâneo de atenção à saúde do idoso fragmenta o cuidado, com sobrecarga de serviços especializados devido ao foco na doença; escassez na estrutura do cuidado intermediário e na atenção domiciliar, inviabilizando intervenções sociais e sanitárias pertinentes; dificuldade de acesso à rede de atenção; restrição de recursos; informações não compartilhadas; existência de desigualdade social, étnico-racial e de gênero; consumo elevado e muitas vezes desnecessário de fármacos, procedimentos, exames e consultas afetando o sistema financeiro e causando forte impacto nas ações de saúde (79).

O modelo ideal de atenção à saúde do idoso deve possuir como proposta, uma linha de cuidados destinada a ações de educação, como forma de organizar a atenção integral e longitudinal à saúde do idoso, possibilitando articular ações com outras políticas e a construção da intersetorialidade (79) com ênfase na promoção da saúde, prevenção de doenças evitáveis, cuidado prévio e reabilitação (6).

Nesse modelo, é fundamental a identificação precoce dos possíveis riscos, em especial os condicionantes e determinantes do processo saúde-doença que incidem na capacidade funcional dos idosos com relevante impacto social e econômico, devido à viabilidade custo-efetivo decorrente da otimização de utilização de recursos provenientes das ações preventivas, com redução nos índices de hospitalização, institucionalização e morte (3).

Estudos evidenciam que para possuir maior qualidade e resolutividade os modelos de atenção à saúde dos idosos devem dispor de um fluxo bem estruturado de ações centralizadas neste segmento etário e suas necessidades, específicas, coordenadas ao longo do percurso assistencial, com início na captação dos idosos, acolhimento, monitoramento e somente se encerra no fim da vida, alterando somente os níveis, a intensidade e cenário da intervenção (84).

Com essas premissas, cabe ressaltar que existem diversos modelos de linhas de cuidado, mas é importante que as estratégias de organização da atenção à saúde da população idosa, esteja baseada na construção de modelos que destacam a atenção integral à saúde dos idosos com foco em suas necessidades e capacidades funcionais (6).

O respeito às diferenças individuais, englobando os aspectos socioculturais, físico-biológicos e patológicos são embasados nos princípios da Constituição Brasileira que dispõe nas políticas públicas de saúde fundamentos da integralidade, universalidade e participação (85).

No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) as Redes de Atenção à Saúde (RAS) possuem como finalidade a garantia da integralidade do cuidado, promovendo a integração de ações e serviços de saúde de modo contínuo, responsável e de qualidade. Reduzindo barreiras de acesso, melhorando a equidade, eficácia clínica e sanitária, e eficiência financeira, fundamentando-se na Atenção Primária à Saúde (APS) como primeiro nível de atenção, a partir da qual se constitui e coordena o cuidado, caracterizando-se através de relações horizontais pela centralidade das necessidades em saúde (84).

O modelo de atenção à saúde integral da pessoa idosa no SUS enfatiza a necessidade do cuidado sistematizado, contínuo e articulado em rede, com a atenção básica como ordenadora da atenção, integrando e coordenando o cuidado, favorecendo a articulação de diversos pontos de atenção e a conexão entre os usuários, profissionais de saúde e a rede, conforme observa-se na figura (1) abaixo:

Figura 1 - Modelo de Atenção à Saúde Integral da Pessoa Idosa no SUS



Fonte: Ministério da Saúde. Diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no SUS: proposta de modelo de atenção integral, 2014.

No sistema de saúde o processo de organização de atividades deve assegurar as demandas dos usuários, maximizando o valor dos serviços prestados, para melhorar os

resultados em saúde, através do envolvimento qualificado da equipe multiprofissional para o trabalho em rede, com utilização apropriada de recursos tecnológicos, produtos e operações capazes de otimizar a integração e comunicação no sistema; para direcionar benefícios para todos os pacientes na continuidade dos cuidados ao longo da vida, considerando a dinâmica existente nos locais e comunidades em que vivem essas populações (84).

No entanto, para atender as necessidades de cuidados em saúde, é preciso superar os desafios existentes e implementar mecanismos de regulação que facilitem o acesso equitativo aos serviços. Para incluir densidades tecnológicas para produção de ações efetivas, na medida em que a transposição do modelo hegemônico de atenção não comprometa o trabalho em rede e as relações de integração entre os níveis de assistência (67).

Nessa direção, o fortalecimento das diretrizes organizacionais para gestão das redes deve considerar as dinâmicas existentes em cada território e desenvolver práticas democráticas e participativas para ordenar e planejar a atenção na saúde, considerando a diversidade étnica e cultural, estruturando políticas públicas e construindo projetos terapêuticos específicos a cada segmento populacional (79).

A implementação desse modelo consiste em atender as demandas da população idosa, considerando a capacidade funcional articulando os arranjos intra e intersetoriais, organizando o processo de trabalho em suas diferentes interfaces, corresponsabilizando os profissionais de saúde e possibilitando uma trajetória igualitária na linha de cuidado de acordo com as necessidades dos usuários, com destaque para as ações de promoção, prevenção, proteção, diagnóstico e reabilitação, contemplando a atuação integrada da equipe multiprofissional de modo a ampliar e qualificar as intervenções no território (3).

O planejamento da atenção à saúde da pessoa idosa deve ter em vista a diversidade de condições e capacidade funcional dos indivíduos e preconizar a realização da avaliação multidimensional, possibilitando identificar as necessidades através do

cadastramento e acolhimento da população em seus respectivos territórios, e estratificar a população idosa visando a organização da saúde orientada para o coletivo e para intervenções específicas de acordo com a singularidade de cada sujeito. Portanto, a população idosa foi agrupada em três perfis condizentes com os níveis de funcionalidade apresentados: idosos independentes e autônomos; idosos com limitação funcional; e idosos dependentes (79).

Considerando o perfil do idoso independente e autônomo, tem como objetivo manter a funcionalidade pelo maior tempo possível, fortalecendo as capacidades físicas e funcionais, e reduzir os riscos prevenindo doenças e agravos. Com a diminuição da capacidade funcional do idoso é intensificada a demanda de cuidado, nesse sentido, para o grupo de idosos com declínio funcional é preciso que os profissionais de saúde estejam capacitados para reconhecer as perdas de autonomia e independência, e investigar possíveis comprometimentos, com reabilitação, ações que possam reverter ou minimizar danos à saúde e diminuir índices de hospitalização, através de condutas que incidam na capacidade intrínseca e inibam sua deterioração, assegurando hábitos saudáveis (79).

Para o perfil de idosos dependentes e com maior fragilidade, a demanda pelo cuidado é superior aos demais perfis, visto que neste grupo, os idosos não realizam as AIVD's sozinhos e são totalmente dependentes de cuidados. Assim, o Ministério da Saúde (86) orienta que o suporte deve ser conjunto pela APS com os serviços especializados, e através da criação de categorias diferenciadas de riscos, com intervenção imediata.

O desenvolvimento de programas e políticas públicas para a pessoa idosa tem sido destaque na agenda de diversas organizações mundiais devido ao significativo envelhecimento populacional observado nas últimas décadas. Por se tratar da quinta maior população global, o Brasil e o envelhecimento da sua população tem repercussões que transcendem as fronteiras do país, e traz a oportunidade de construir, implantar e revisar os programas de proteção social, assistencial e de atenção à saúde do idoso (1).

Portanto, envelhecer deve ser sinônimo de saúde, e deve ser de forma ativa, livre de qualquer dependência funcional, incluindo a promoção da saúde em todos os ciclos da vida. Assim, as diretrizes da PNSPI são focadas na promoção do envelhecimento ativo e saudável, na atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa, com estímulos às ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção, com provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde, estimulando a participação e fortalecimento do controle social, além da formação e educação permanente dos profissionais de saúde, com a promoção de cooperação nacional e internacional das experiências na promoção da saúde da pessoa idosa e o apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas (23).

Figura 2- Modelo Brasileiro de Cuidado Integral ao Idoso

Fonte: Veras, 2018.

Com o aumento da expectativa de vida é provável um aumento da população que demandará de cuidados, e a depender do estado geral de saúde o nível de dependência pode aumentar e passar a uma condição demandantes de cuidados, havendo a necessidade de se estabelecer alternativas para o cuidado, seja ele por um familiar, não familiar ou formais. Dessa forma, a oferta de cuidado familiar parece reduzir à medida que a sua demanda aumenta. Com estas mudanças, é fundamental planejar meios para garantia do cuidado, que antigamente era da família em parceria com o Estado, e na contemporaneidade pode se dar através da participação do mercado público ou privado com a oferta de serviços de cuidados de longa duração (7).

Neste âmbito, os documentos oficiais brasileiros apresentam distintas definições sobre o serviço de institucionalização de idosos. Uma das definições mais antigas, é proveniente da portaria nº 810 do Ministério da Saúde (87) a qual faz (ou que faz) referência a um conceito de internato, e aprova normas e os padrões de funcionamento de casas de repouso, clínicas geriátricas e outras instituições destinadas ao atendimento de idosos. Estas

diretrizes consideram como instituições específicas para idosos os estabelecimentos com denominações diversas, correspondentes aos locais físicos preparados para atender pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, seja por regime de internato ou não, pago ou não, durante um período indeterminado e que apresente um quadro de colaboradores para atender as necessidades de cuidado com a saúde, alimentação, higiene, repouso e lazer dos usuários e desenvolver demais atividades características da vida institucional (87).

Este caráter de internato também está descrito na portaria nº 73, na qual o atendimento integral institucional é prestado por uma instituição asilar, prioritariamente aos idosos sem família, em situação de vulnerabilidade, assistido por uma equipe multidisciplinar (79).

Entretanto, a definição para o serviço de institucionalização de idosos através da RDC 283 de 2005 (73) faz referência ao caráter residencial e domiciliar, na qual o Ministério da Saúde em conjunto com a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, consideram a necessidade de definir critérios mínimos para o funcionamento e a avaliação, como também os mecanismos de monitoramento das Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs), além da necessidade de qualificar a prestação de serviços públicos ou privados, definem as normas de funcionamento para as ILPIs, e traz um conceito como sendo instituições governamentais ou não governamentais, de caráter residencial, destinada a domicílio coletivo para pessoas com 60 anos ou mais, que tenham ou não suporte familiar, em condições de liberdade, dignidade e cidadania (77).

A definição mais recente caracteriza uma ILPI como um serviço de acolhimento institucional para idosos, que pode ser nas modalidades de atendimento em unidade residencial, ou atendimento em unidade institucional com caráter domiciliar que acolhem idosos com diferentes necessidades e graus de dependência, e devem assegurar a convivência

com familiares, amigos e pessoas de referência de forma contínua, além de promover o acesso a atividades culturais, educativas, lúdicas e de lazer na comunidade (88).

Sob esta ótica, a compreensão sobre as ILPIs vem se modificando, com registros em documentos que destacam a sua compreensão pela sociedade e a ideia de institucionalização pode ir além de internato, e ser considerada uma residência, um domicílio coletivo, ampliando as noções de privacidade, liberdade e cidadania. Entretanto, as ILPIs ainda representam um desafio para os órgãos fiscalizadores e as instituições, superando o paradigma de atendimento enquanto caridade, e assistencialismo, em direção ao atendimento como prestação de serviços, com qualidade e garantia dos direitos da pessoa idosa (67).

Cuidar, portanto, é uma atitude que requer habilidade e formação suficientes do cuidador para com a pessoa idosa que apresenta dificuldades de desenvolver suas atividades diárias. Sendo fundamental que os profissionais, que atuam nesta área, aprimorem seus conhecimentos através de capacitação contínua para o cuidado geronto-geriátrico, visto que enquanto não houver recursos humanos treinados especialmente para atender a população idosa, não há como garantir uma atenção integral, digna e eficaz. São necessários profissionais que conheçam a realidade social e de saúde desta população, bem como das novas tecnologias, dos recursos disponíveis e dos instrumentos legais para o desenvolvimento de ações críticas e construtivas, desenvolvendo intervenções que possibilitem a integralidade na atenção ao idoso em todas as dimensões da vida (23)

## **2.7 CAMINHOS DE COMPREENSÃO PARA A HERMENÊUTICA DO CUIDADO E ATENÇÃO SOBRE OS ASPECTOS ALIMENTARES E DIETÉTICOS DE IDOSOS**

Sob a perspectiva da concepção ampla do cuidado em saúde, destaca-se a abordagem hermenêutica, que é compreendida como uma atitude prática relacionada ao sentido adquirido pelas ações de saúde, através da qual se descreve as condições de

compreensão e interpretação das expressões essenciais da vida humana e a relação da linguagem com o 'Ser', centrados em uma reflexão epistemológica e ontológica (89).

Nesse sentido, para Gadamer, a compreensão é o modo de existir e viver no mundo.

A hermenêutica significa em primeiro lugar práxis relacionada a uma arte. (...) A arte, em questão aqui, é a arte do anúncio, da tradução, da explicação e interpretação, que inclui naturalmente a arte da compreensão que lhe serve de base e que é sempre exigida quando o sentido de algo se acha obscuro e duvidoso (GADAMER, Verdade e método II, pág. 111-112) (90).

A ênfase na compreensão do enfoque hermenêutico em saúde propõe uma reconstrução humanizada das práticas em saúde, por meio de processos interpretativos que colaboram para elucidação dos significados e sentidos de cuidado e saúde, aproximando-se da realidade dos sujeitos. A hermenêutica compreende as experiências vivenciadas, com implicação na intersubjetividade e interação pela presença ativa dos sujeitos. Trata-se, portanto, de uma experiência de encontro e trocas dialógicas oriundas da relação entre usuários, profissionais, populações e serviços, através da construção de sabedorias e práticas instrumentais, que resulta na produção de compartilhamento mútuo, na qual a demanda do cuidado é essencial para o êxito das práticas almejadas (91).

Assim, o ato de cuidar, envolve a capacidade de cuidar da saúde através do modo de viver de cada sujeito, equilibrando a capacidade de fazer com o querer e fazer responsável, promovendo a fusão de horizontes entre a população, profissionais de saúde e gestores, construindo estratégias baseadas no conhecimento e saber iniciados pela experiência transmitida pela tradição histórica e cultural, como condição *sine qua non* para transformação dos cenários pandêmicos (92).

É nesse sentido que a presente pesquisa propõe uma reflexão sobre a hermenêutica, aplicada ao cuidado nutricional, com a proposta de compreender, interpretar e

atuar sobre as necessidades dos sujeitos por meio de encontros dialógicos entre profissionais e usuários de saúde.

Para tanto, a expressão alimentação e nutrição envolta na relação dos profissionais de saúde e pacientes, tem a intenção de melhorar a qualidade do cuidado prestado, através de uma perspectiva singular e coletiva dos sujeitos, abrangendo uma assistência personalizada e humanizada, com maior sensibilidade e comunicabilidade, considerando a perspectiva nutricional dos alimentos e seus efeitos metabólicos com a integridade física, psíquica e sócio-cultural, valorizando o diálogo e a escuta na relação do profissional com o usuário em associação com o saber técnico científico da nutrição (29).

Hernandez (93) argumenta que comer é um fenômeno social e cultural que “envolve questões de caráter biológico, ecológico, tecnológico, econômico, social, político e ideológico” (pg. 99). Nessa perspectiva, o ato de alimentar-se é entendido como prática cultural que ultrapassa a ideia de manutenção orgânica e se relaciona com a cultura da comensalidade, a seleção dos alimentos, sua preparação e consumo, incluindo valores simbólicos associados ao comer, alimentar e nutrir, interligado com a sociabilidade e interações cotidianas.

Neste campo de discussão, o *habitus* alimentar corresponde a uma prática relacionada à noção de identidade social e experiência biográfica construída, continuamente, no âmbito familiar e comunitário, como compartilhada nas relações sociais. Assim, o cuidado nutricional pode ser compreendido na perspectiva da promoção da saúde, como um modo de sobrevivência atrelado ao comer como necessidade e prazer, apreendendo sentidos sobre a alimentação e nutrição (94).

A influência dos aspectos nutricionais e dietéticos em interface com a segurança alimentar incide na saúde da população em todas as etapas dos ciclos de vida, com o

propósito de promover e garantir uma alimentação saudável e a prevenção de distúrbios nutricionais, assegurando às pessoas condições para uma vida digna.

Sendo assim, a necessidade de cuidado nutricional dentro de instituições de longa duração visa monitorar a situação alimentar e nutricional dos residentes, promovendo ações de práticas alimentares saudáveis e um atendimento de qualidade, envolvendo as dimensões biológica, social e psicológica (95).

A atenção nutricional para idosos institucionalizados compreende os cuidados de alimentação e nutrição com a finalidade de promover e proteger a saúde, prevenindo, diagnosticando e tratando agravos e alterações degenerativas inerentes à idade, como alterações na mastigação e deglutição, que interferem na ingestão e absorção adequada dos nutrientes. Portanto, as intervenções terapêuticas devem ser compatíveis com a necessidade de cada residente no seu plano multidimensional, e uma assistência integral, resolutiva e humanizada de cuidado (95,96).

De acordo com o ESPEN (Sociedade Europeia de Nutrição e Metabolismo) (97) a nutrição é um importante modulador da saúde e bem-estar em idosos, e a intervenção nutricional deve ser abrangente, com o objetivo de manter e/ou melhorar o estado nutricional, fornecendo quantidades adequadas de energia, proteínas, micronutrientes e líquidos, evitando a desnutrição e conseqüentemente pior prognóstico, como o aumento das taxas de infecções, úlceras por pressão, maior tempo de hospitalização e aumento da mortalidade.

As principais funções da nutrição em ILPIs é a assistência nutricional e dietoterápica com a utilização de marcadores bioquímicos e antropométricos, anamnese alimentar e Mini Avaliação Nutricional (MNA) para diagnóstico do estado nutricional, com posterior elaboração da prescrição dietética conforme a individualidade de cada residente. Além disso, a abrangência do cuidado nutricional envolve a promoção da alimentação

equilibrada de acordo com a necessidade dos idosos e mediante os protocolos da Unidade de Alimentação e Nutrição (UAN) da instituição (98).

Em vista disso, a assistência nutricional deve prover uma alimentação nutricionalmente equilibrada, com macro e micronutrientes essenciais ao bom funcionamento do organismo, bem como adotar medidas de segurança e proteção higiênico sanitária dos alimentos produzidos nas instituições de longa duração, favorecendo, sempre que possível, a independência e autonomia dos idosos.

Uma nutrição adequada é primordial para a manutenção da saúde, qualidade de vida e prevenção e controle de doenças. Assim, ao considerar a população idosa e as doenças inerentes a esta faixa etária, o risco de vulnerabilidade clínico-funcional e dependência podem colaborar para redução da capacidade física e biológica.

Neste âmbito, é oportuno discutir sobre o novo coronavírus, designado como *Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus-2* (Sars-Cov-2) e como *Corona Virus Disease-19* (COVID-19) que foi reportado, pela primeira vez, no dia 31 de dezembro de 2019 na China em Wuhan, província de Hubei, gerando significativo impacto social, familiar, econômico e para a saúde pública das populações, que experimentam fatores de risco aumentados para depressão e ansiedade, além de elevadas taxas de mortalidade, insegurança alimentar e discriminação (99).

Portanto, esta pandemia gera uma grande repercussão no processo saúde-doença da população, particularmente nos idosos, devido à presença de multimorbidades, alto grau de incapacidade e residentes de instituições de longa duração, que apresentam um risco aumentado para severidade e letalidade da covid-19 (100,101).

Nessa direção, as ILPIs devem colaborar com os órgãos vigentes e elaborar planos de ação e vigilância para o enfrentamento da covid-19, evitando expandir a contaminação e surtos da doença, com a necessidade de orientar os idosos institucionalizados

e capacitar os colaboradores, enfatizando as medidas de prevenção e controle, reforçando as condutas de higiene e respeitando os protocolos de distanciamento social (95).

Nesta perspectiva, a terapêutica nutricional faz parte do cuidado integral na atenção ao paciente, seja um idoso que encontra-se em isolamento domiciliar, em uma instituição de longa duração, ou em pacientes críticos hospitalizados, podendo colaborar com o fortalecimento do sistema imune, prevenindo complicações relativas a problemas respiratórios, reduzindo inflamações e o estresse oxidativo através de uma alimentação saudável (102). Entretanto é oportuno ressaltar que conforme descrito no Plano de Contingência Nacional para Infecção Humana pelo Novo Coronavírus (18) fatos e conhecimentos sobre o covid- 19 ainda são limitados, e as evidências epidemiológicas e clínicas estão em construção. Em consonância, o Conselho Federal de Nutricionistas (CFN) (98) publicou uma nota oficial sobre a necessidade em ter cautela quanto às informações de prevenção e combate do coronavírus através da alimentação associada ao sistema imunológico, visto que não há protocolos técnicos e estudos científicos sobre os efeitos dos alimentos na infecção pela covid-19. Contudo, uma alimentação saudável é fundamental para a manutenção da saúde e do sistema imunológico em ótimas condições.

Para o enfrentamento desse cenário, é necessário ampliar as ações intersetoriais que repercutem sobre os determinantes da saúde e nutrição, tendo como pressuposto colaborar com o desenvolvimento de estratégias para realização de uma alimentação saudável e adequada, respeitando a cultura e as características alimentares regionais da população, conforme orientado pelo Guia Alimentar para a População Brasileira, publicado em 2014 (3).

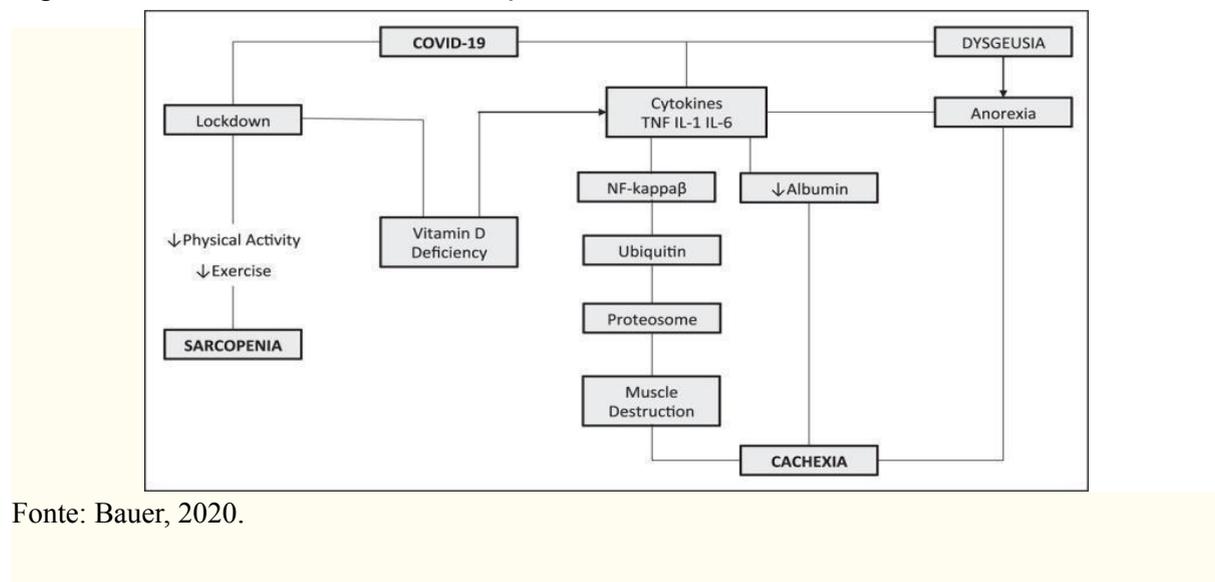
Enquanto hábito de vida e durante a pandemia, o padrão alimentar de uma pessoa idosa requer atenção quanto ao grau de fragilidade apresentado pelo idoso, as possíveis comorbidades associadas e o ambiente em que reside.

O suporte nutricional para pacientes idosos com covid-19 evidencia a relevância do rastreamento da desnutrição e a continuidade do cuidado nutricional para reabilitação dessa população, evitando novos declínios e melhorando os desfechos clínicos. Visto que, os efeitos da covid-19 na nutrição se associam a caquexia decorrente do aumento das citocinas inflamatórias e da proteína C-reativa, com redução da musculatura, mialgia e hipoalbuminemia. Demais alterações decorrentes da infecção pelo coronavírus, são: disfunção renal, hepática, gastrointestinal e neurológica além da perda de olfato e paladar que podem levar a anorexia, conforme descrito na figura 3 (103,104).

Os efeitos da pandemia por covid-19, em relação à atenção e cuidados dietéticos para os idosos, incidem na prevenção e tratamento do declínio funcional associado à redução do tecido muscular e a incapacidade de preservar a composição corporal, bem como deficiências nutricionais, principalmente em idosos sarcopênicos e obesos, com consumo alimentar alterado e devido ao catabolismo de doenças inflamatórias.

Deste modo, a ingestão de nutrientes, ofertados através da alimentação, é fundamental para a saúde e bem-estar, por meio de combinações entre os alimentos e suas formas de preparo, como se come e as dimensões sociais e culturais das práticas alimentares. Esta ingestão deve fornecer nutrientes e compostos bioativos necessários para manutenção do peso e para a preservação do sistema imunológico (3,105).

Figura 3 - Efeitos da covid-19 na nutrição



Fonte: Bauer, 2020.

A adoção de uma alimentação saudável em tempos de pandemia se fundamenta no Guia Alimentar para a População Brasileira. Idosos sintomáticos ou assintomáticos precisam manter um bom estado nutricional, com um plano alimentar diversificado, que contenha equilíbrio entre nutrientes como vitaminas, minerais e aminoácidos, devendo assegurar cuidados de higiene para garantir a qualidade da alimentação e evitar infecção alimentar.

A abordagem nutricional para idosos institucionalizados com covid-19 apresenta a alimentação por via oral como preferência para nutrir os residentes, com recomendações profiláticas de micronutrientes orientadas pelo *International Society for Immunonutrition* (ISIN) e pela Associação Brasileira de Nutrologia (ABRAN) (102) incluindo a utilização de uma nutrição antioxidante rica em frutas e vegetais coloridos, e aumento do consumo das vitaminas A, E, C e D, zinco e selênio, visto que esses micronutrientes corroboram para a melhora da imunidade das células T e B.

Com a finalidade de maximizar a defesa nutricional, com ação no sistema imunológico, de idosos desnutridos com covid-19, estudos consideram necessário avaliar a necessidade de suplementação alimentar e incluir a oferta de alimentos com elevado teor de ferro, ômega 3, ácidos graxos poli-insaturados, vitamina B12 e proteínas de alto valor biológico, com redução no consumo de alimentos ricos em gorduras saturadas e açúcares (103,106,107).

As intervenções nutricionais no manejo da covid-19 inclui o uso de probióticos, definidos como microrganismos vivos que, quando utilizados em quantidades adequadas são benéficos à saúde do hospedeiro, principalmente no trato gastrointestinal, podendo auxiliar a resposta imune através do aumento na produção de anticorpos, com manutenção da homeostase intestinal, induzindo a proteção humoral e a imunidade celular, influenciando o balanço das citocinas pró e anti-inflamatórias (108,109).

As bactérias probióticas mais estudadas e recomendadas como medida profilática e preventiva contra o SARS-CoV-2 são *Lactobacillus* e *Bifidobacterium*, que possuem atividade imuno-modulatória e podem aumentar a imunidade inata e adquirida, com potencial para redução de infecções gastrointestinais e do trato respiratório superior, auxiliando contra o agravamento da covid-19 (110).

Ademais, pelo fato da microbiota intestinal ser reduzida na velhice e pelo impacto desta doença na saúde dos idosos, a disbiose intestinal associada ao novo coronavírus altera a suscetibilidade à infecção viral, decorrente da provável relação entre a microbiota intestinal e SARS Cov-2, pois através da conexão intestino-pulmão, os metabólitos microbianos podem infectar o pulmão e através do sangue afetar o intestino e influenciar nas manifestações clínicas da covid-19 (110,111).

Contudo, para garantir o acesso à alimentação saudável frente à pandemia, as ILPIs devem estar alinhadas com o Estado visando minimizar a insegurança alimentar nas instituições, principalmente as que possuem escassos recursos financeiros para assegurar uma terapêutica nutricional conforme a necessidade deste grupo etário.

Neste âmbito, os idosos residentes em instituições de longa duração devem manter a assistência nutricional, incluindo consultas de avaliação e diagnóstico nutricional, que podem ser realizados de modo remoto baseados nas informações da equipe multiprofissional. Entretanto, o nutricionista responsável técnico das instituições deve estar presente fisicamente nas unidades (112).

As medidas de segurança e proteção a serem adotadas pelo serviço de nutrição estão relacionadas ao cuidado dos residentes, profissionais e visitantes de forma a evitar a propagação do vírus. Deste modo, o serviço de nutrição deve focar em boas práticas quanto ao preparo e manipulação dos alimentos, reforçando as medidas de higiene pessoal e ambiental.

Para garantir a segurança sanitária dos alimentos é fundamental enfatizar sobre a prevenção da transmissão entre as pessoas, principalmente os colaboradores, com identificação dos casos suspeitos e afastamento do ambiente de trabalho evitando a contaminação direta ou cruzada de equipamentos, superfícies e alimentos. Assim, a saúde e conduta do trabalhador, o distanciamento físico mínimo de um metro, a utilização de equipamentos de proteção individual (EPIs), com ênfase para o uso obrigatório de máscaras, e o aumento na divisão de turnos de trabalho são recomendações que reduzem os riscos de disseminação do vírus. Entretanto, se faz necessário considerar que em UAN com dimensionamento físico que inviabilize o distanciamento orientado entre os colaboradores, deve-se focar nas práticas de higiene (113).

A limpeza, desinfecção de ambientes, equipamentos e utensílios deve ser frequente e mediante rotinas preestabelecidas e descritas no Manual de Boas Práticas (MBP) e nos Procedimentos Operacionais Padronizados (POPs) de cada instituição de acordo com a resolução RDC nº 216/ 2004.

As ILPIs devem assegurar distanciamento mínimo de 1 metro entre as mesas e cadeiras no refeitório, garantindo a higiene e ventilação deste ambiente, evitando aglomerações nos horários das refeições, com escalonamento dos horários e número reduzido de idosos distribuídos nas mesas, mantendo o controle de distanciamento entre os profissionais, residentes e visitantes. Válido destacar a orientação de não compartilhamento de materiais de uso individual como copos, talheres e babadores, realizando limpeza e desinfecção adequada após serem utilizados (110,111). Ao finalizar as refeições, o refeitório deve ser higienizado e os resíduos de alimentos desprezados em sacos plásticos, mantidos fechados e em área apropriada, e os profissionais envolvidos na higienização da UAN devem utilizar sempre luvas descartáveis com a finalidade de prevenir contaminações (113).

Os cuidados com a higienização dos gêneros alimentícios devem ocorrer desde os recebimentos das mercadorias, estocagem, pré-preparo, preparo e distribuição dos alimentos. No momento de recebimento das mercadorias, deve haver higienização e desinfecção das matérias-primas recebidas e das embalagens. O fornecedor ou entregador deve ter acesso restrito e delimitado à instituição, e caso haja necessidade de entrar, deve aferir a temperatura corporal, utilizar máscara de proteção e álcool nas mãos (15).

A produção e manipulação dos alimentos, durante a pandemia, deve seguir as orientações já preconizadas pela ANVISA, higienizando e desinfetando adequadamente os alimentos. Além disso, é preciso reforçar a lavagem frequente e correta das mãos, como uma das medidas mais efetivas para reduzir riscos de contaminação pela SARS-CoV-2 (113).

Na perspectiva de compreender o cuidado alimentar, nutricional e dietoterápico durante a pandemia por covid-19, que pode ressignificar condutas, conhecimentos e mudanças nos hábitos de vida e sociais em idosos em Instituição de Longa Permanência, justifica-se a presente análise. A realização de estudos e pesquisas pode contribuir para o desvelamento da complexidade da relação entre as aceções dos idosos e da equipe de profissionais de medidas de contenção da disseminação e tratamento da covid-19, baseadas nas recomendações de segurança de distanciamento social.

### **3. O PERCURSO METODOLÓGICO**

A presente pesquisa foi prevista para colaborar com a reflexão sobre a atenção e o cuidado alimentar, dietoterápico e nutricional para idosos em Instituições de Longa Permanência para Idosos no Distrito Federal.

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, utilizando a hermenêutica-dialética como caminho de abordagem metodológica, devido à sua relevância em conhecer, compreender, analisar e interpretar o conhecimento coletivo para possibilitar a apreensão do cuidado alimentar e nutricional de idosos sobre a realidade vivenciada de

sujeitos que vivem esta experiência. Para Denzin e Lincoln (114) a pesquisa qualitativa é um campo de investigação interdisciplinar, transdisciplinar e contradisciplinar, com foco multiparadigmático, relacionado à compreensão interpretativa da experiência humana com o mundo e os estudos culturais, com a finalidade de entender a essência e significados atribuídos aos fenômenos estudados.

O âmbito da saúde está vinculado aos processos humanísticos de compreensão concernentes a multidimensionalidade do fenômeno saúde, com consciência autocrítica e consistência ontológica e ética, mantendo a reflexividade como princípio orientador, através de construções intersubjetivas, imersas nas relações sociais (114).

Seus sentidos e processos de significação caracterizam-se pela percepção do sujeito em relação ao fenômeno investigado, embasado em diversas concepções de realidade e de conhecimento. Imbuído na subjetividade e simbolismo pela possibilidade de aprofundar significados das relações interpessoais com a natureza, em conjunto com as aspirações, crenças, valores e atitudes dos sujeitos com o objeto de investigação (114).

Na modalidade das pesquisas qualitativas, a hermenêutica, tem o objetivo de captar sentidos não explícitos, com contextualização social das formas simbólicas, abordando concepções sobre os fenômenos estudados, buscando, deste modo, entender o significado do cuidado nutricional e buscar na linguagem a compreensão dos sentidos.

O método hermeneutico-dialético proposto por Minayo (5), na área da saúde, refere a importância da interpretação crítica de dados empíricos e da síntese dos processos para compreensão do real com ênfase na linguagem e subjetividade. Em outra obra da mesma autora, trazida neste parágrafo, esta subjetividade é especificada da seguinte maneira:

A união da hermenêutica com a dialética leva o intérprete a entender o texto, a fala, o depoimento, como resultado de um processo social (trabalho e dominação) e processo de conhecimento (expresso em linguagem), ambos fruto de múltiplas determinações, mas com significado específico. (Minayo, 2011, p. 227) (94)

O encontro da dialética com a hermenêutica ocorreu através do debate entre Habermas e Gadamer na década de 60, contrapondo-se inicialmente devido à polaridade da reflexão crítica que acentua a diferença e o contraste, e a reflexão hermenêutica acentuando a identidade (115,116).

Nesse sentido, os pressupostos hermenêuticos a partir da sua dialética apresentam a linguagem como núcleo central, com a finalidade de compreender o sentido existente na comunicação entre os seres humanos em seu contexto e cultura (117).

Deste modo, a hermenêutica é a arte de compreender o que as pessoas falam através de suas expressões de linguagem. Assim, a experiência hermenêutica, está relacionada com a linguagem e se dá através de uma fusão de horizontes em que a compreensão é um genuíno desempenho da linguagem e possui relação fundamental com a linguística, sendo possível apenas decorrente do estranhamento e da incompletude humana. Portanto, a compreensão se concretiza e complementa na interpretação, visto que a compreensão é sempre uma forma de interpretar, e conseqüentemente, interpretar é um modo de compreender (118).

A dialética possui origem grega *dialektos*, que significa debate, e etimologicamente é considerada a arte de discutir. Estabelece uma atitude crítica e uma maneira dinâmica, prática e completa de interpretar o mundo com o reflexo de suas transformações e evoluções sobre o homem, refletindo o sentido da existência humana e se desenvolvendo com uma lógica de perguntas e respostas com características próprias (114).

O campo histórico-semântico da dialética assume significados e articula ideias relativas à crítica, negação, mudança, oposição, contradição, movimento e transformação da natureza e da realidade social, pois no universo tudo se desenvolve de forma dinâmica e se manifesta no conhecimento como forma de pensar (5). Assim, dialética é uma ciência relativa

ao desenvolvimento e conhecimento do mundo objetivo considerando a finitude no espaço e no tempo com a caracterização de automovimento como fonte da vida (119).

Deste modo, a hermenêutica-dialética é um híbrido caminho de pensamento que produz racionalidade com relação aos processos sociais para busca de sentidos através da complexidade que envolve a comunicação e a compreensão e interpretação dos sujeitos em diferentes contextos, através da intersubjetividade e entendimento da linguagem.

Nesse contexto, as práticas de atenção à saúde, com a necessidade de entender através das experiências vividas no desenvolvimento do cuidado nutricional em ILPIs durante o período de pandemia é legítima e associa-se ao discurso dos atores envolvidos com o processo de zelo como um todo.

A perspectiva da hermenêutica-dialética, em fenômenos da saúde, assume a objetividade construída a partir do encontro entre diferentes sujeitos com um mesmo propósito, por um saber não suprimido, mas compartilhado de experiências, com responsabilidade mútua entre profissionais de saúde e usuários associado a um processo interpretativo-compreensivo. É preciso partilhar informações, escutar o outro, quem cuida e quem demanda o cuidado, para que a prática do serviço almejado seja realizada com êxito (91).

### 3.1 O LOCUS DA PESQUISA

A pesquisa adota o caminho conceitual de estudo de caso empírico, para atuar num locus vivencial com vistas a investigar o fenômeno contemporâneo em seu contexto de realidade de ação ou intervenção, através de estratégias de investigação qualitativa como o mapeamento, descrição e análise de relações e percepções (19). Portanto, o estudo de caso considera a relação observador-observado, assim, ele acumula observações que conferem a sua legitimidade pela análise dos dados de observação coletados. Com o propósito de

compreender intensivamente a unidade social de situações da vida real, descrevendo-a como processo em curso, para compreender o sentido e a relevância como uma estratégia abrangente da pesquisa, incorporando abordagens específicas à coleta e análise de dados (120,121).

A investigação foi realizada em duas Instituições de Longa Permanência do Distrito Federal pertencentes ao grupo Altevita, escolhida intencionalmente em decorrência da pesquisadora já ter trabalhado nas unidades e pela facilidade de acesso no período de pandemia COVID-19, além de atendimento para realização das entrevistas de modo presencial com os profissionais de saúde e residentes das unidades, mantendo os cuidados necessários e adequados para proteção contra o novo coronavírus.

Estas unidades que são centros geriátricos privados, localizados no Distrito Federal, do grupo Altevita, são três: o Espaço Convivência, fundado em 2009, o Espaço Longevitá, fundado em 2016 e o Altevita Lago, inaugurado no ano de 2021.

O grupo Altevita surgiu mediante o interesse da sua idealizadora quando foi residir na cidade de Juiz de Fora para cursar medicina, e lá, o despertar de atuar em geriatria manifestou-se devido ao convívio muito próximo com os seus avós maternos. Posteriormente, como especialista no cuidado com a saúde do idoso, casada, residindo em Brasília, juntamente com o seu esposo, fundaram o primeiro centro geriátrico, o Espaço Convivência.

Localizado na Asa Sul, o Espaço Convivência está inserido em um bairro da região administrativa do Plano Piloto. O nome deste bairro, vem da sua localização, por ficar ao sul do Eixo Monumental e da cidade planejada. É considerada pela UNESCO como Patrimônio Mundial. É um bairro tradicional, de classe média e alta, seus habitantes são predominantemente idosos, o maior número de maiores de oitenta anos do Distrito Federal, como também com predomínio de mulheres, que são 54% da população do bairro

(CODEPLAN, 2018). A região dos arredores desta unidade é bastante heterogênea, há residenciais compostos por prédios e casas, comércio com restaurantes, supermercado, academia esportiva, oficina mecânica, shopping e bancos.

O Espaço Convivência teve a sua estrutura adaptada para atender às necessidades especiais dos idosos. A arquitetura do edifício e o *design* de seus interiores são compostos por móveis em madeira, decoração clássica e tons neutros, possui conforto e proporciona segurança.

A entrada principal possui uma ampla porta de vidro de correr protegido por grades, e uma pequena rampa de acesso à recepção que facilita o acesso ao interior do prédio por cadeirantes. No térreo há a recepção, salas administrativas e consultórios para a equipe multiprofissional realizar atendimentos individualizados e profissionais externos atenderem aos residentes sem haver a necessidade de sair da instituição. Há espaço destinado a trabalhos manuais como artesanato, local também adaptado para sessões de cinema. Possui um espaço aberto chamado de praça temática, estilizada nos anos 60 composta por cabeleireiro, espaço de leitura com estante de livros, espaço de beleza, onde são realizadas atividades em grupo, e há uma sala fechada para realização de fisioterapia e avaliação nutricional.



Sala de fisioterapia - Espaço Convivência



Espaço da beleza - Espaço Convivência



Área da leitura - Espaço Convivência



Espaço integrado - Espaço Convivência

É composto de 26 apartamentos, que podem ser duplos ou individuais, distribuídos em três andares, para moradia temporária ou permanente. Pelo fato de um dos objetivos de a unidade ser a segurança e o conforto. Há postos de enfermagem em todos estes andares para proporcionar assistência contínua aos hóspedes. Com monitorização contínua por câmeras de segurança, prontificando o atendimento em casos de eventuais incidentes.



Quarto individual - Espaço Convivência



Banheiro - Espaço Convivência

O acesso aos andares é por meio de um elevador, a partir do primeiro andar, há rampas com piso emborrachado e antiderrapante. No primeiro andar há uma sala de convivência com sofás e cadeiras, duas televisões, uma lareira decorativa, um posto de medicação e área para coordenação médica e de enfermagem para realizar prescrições e possibilita visão integral do espaço. Tem um corredor com barras de apoio em metal para facilitar a locomoção, dando acesso aos quartos.



Sala de televisão - Espaço Convivência



Lareira - Espaço Convivência

No segundo andar tem o refeitório, a unidade de alimentação, um espaço de descanso com cadeiras e sofás, um espaço aberto, *solarium* com jardim e bancos para banho de sol, e um banheiro. No refeitório há um piano, mesas redondas de madeira com cadeiras dispostas ao redor, distribuídas pelo espaço, e buffet em madeira nos quais são colocados pratos, talheres, copos, *dispenser* para sucos, cafés e chás. Neste local é mantido o carro térmico de distribuição das refeições, no qual a técnica de nutrição mantém os pratos de refeições já porcionados e adequados para cada idoso (mediante ficha de preferências e consistência alimentar de cada residente).



Refeitório - Espaço Convivência



*Solarium* - Espaço Convivência

A comensalidade é distinta segundo as condições de autonomia dos idosos para se alimentarem. Os idosos são acomodados nas mesas conforme mapa da enfermagem\ nutrição de acordo com os níveis de dependência dos idosos. Os mais lúcidos se alimentam com outros em mesas e horários iguais. Os que apresentam comorbidades que interferem na autonomia de comer tem horários distintos e comem com a ajuda de acompanhantes em mesas isoladas.

No segundo andar, também há um posto de apoio da enfermagem seguido dos quartos. O terceiro andar segue a mesma estrutura, um posto de apoio da enfermagem e quartos. Em todos os andares há quartos duplos e individuais. No primeiro andar ficam os idosos mais

dependentes, no segundo andar idosos semi-independentes e no terceiro andar idosos totalmente dependentes e em uso de dispositivos para melhorar o aporte respiratório e alimentação enteral.

Os quartos são arejados, possuem janelas, banheiro e camas, armário para roupas e cômodas, equipados com chamadas de emergência. As camas têm grades de proteção em ambos os lados para evitar quedas. Todas as portas são mais largas para facilitar o acesso de cadeiras de rodas. Os banheiros têm piso antiaderente e barras de proteção.

O Espaço Longevitá, fica situado no setor Sudoeste, uma região administrativa do Distrito Federal fundada em 1989. A região destina-se à moradia para a população de alto e médio poder aquisitivo, o comércio é variado e oferece aos moradores comodidade e conforto por estar próximo ao Parque da Cidade Sarah Kubitschek (122).

O Espaço Longevitá é a segunda unidade geriátrica do grupo, foi planejado com fácil acesso e localização. É um edifício composto por quatro pavimentos, totalmente adaptado às necessidades das pessoas idosas, com elevadores, rampas e escadas de acesso para estimular a independência dos hóspedes. Os espaços possuem barras de metal para auxiliar quanto à deambulação dos idosos que a necessitam.

Para acessar a unidade tem um portão com campainha aberto por recepcionistas. O primeiro pavimento é o subsolo, local que possui salas de reuniões, salas do administrativo e gerência, uma área destinada às atividades de terapia ocupacional, uma área para fisioterapia, banheiros adaptados para cadeirantes, um espaço ecumênico, uma cozinha experimental, um cinema, área de convívio equipadas com jogos de mesa e sinuca, área de convivência para atividades em grupo, piano, cabeleireiro, biblioteca e um espaço para descanso estilizados nos anos 60.



Capela - Espaço Longevitá



Área da leitura - Espaço Longevitá



Cinema - Espaço Longevitá



Sala de fisioterapia - Espaço Longevitá

O segundo pavimento possui um hall de entrada, uma recepção, um refeitório com banheiros de uso exclusivo dos funcionários separados por sexo, consultórios para equipe gerontológica e multidisciplinar, uma unidade de alimentação e nutrição.

O terceiro pavimento possui 28 apartamentos e o quarto pavimento 37 apartamentos, ambos com quartos duplos e individuais, para moradia temporária ou permanente, decorados de forma sofisticada, equipados com chamadas de emergência e banheiros adaptados, podendo ser individuais ou duplos. Estes pavimentos são compostos por postos de enfermagem, sendo que no terceiro pavimento há uma área de farmácia e sala do médico plantonista, para proporcionar assistência contínua aos hóspedes, com câmeras de monitoramento e um profissional responsável por elas, lembra postos de enfermagem de

hospitais, em que há enfermeiros e prontuários de pacientes. Possuem áreas de convívio, salas de TV, copa para quem está impossibilitado de descer para o restaurante e *solarium*.



Quarto individual - Espaço Longevitá



Sala de televisão - Espaço Longevitá

O espaço de comensalidade é composto por um restaurante amplo para os hóspedes, com música ambiente, mesas de madeira redondas e cadeiras ao redor, buffet para dispor pratos, talheres, copos, sucos, água, café, entre outros. Nele, os idosos são atendidos pelos atendentes, com refeições servidas em carro térmico. Os pratos de refeições são preparados com descrição nominal de cada idoso, disponibilizados os pratos de refeições já porcionados e adequados mediante ficha de preferências e consistência alimentar de cada residente. O momento de comensalidade é praticado pela acomodação dos idosos em mesas conforme mapa da enfermagem\ nutrição, de acordo com os níveis de dependência dos idosos.

O espaço de comensalidade fica no térreo, é distinto segundo as características de lucidez e autonomia alimentar dos idosos. Os mais lúcidos comem afastados em horários distintos dos residentes com quadro de comorbidades incapacitantes de autonomia alimentar.



Refeitório - Espaço Longevitá



*Solarium* - Espaço Longevitá

Este grupo de centros geriátricos descreve em seus propósitos institucionais ofertar serviço humanizado e diferenciado na área geriátrica do Distrito Federal. Referem que reúnem em um mesmo local, todos os serviços necessários para os diferentes graus de dependência de idosos. Com atendimento desde os idosos mais independentes até os que necessitam de cuidados especiais para auxiliar o envelhecimento saudável e ofertar toda a assistência técnica do indivíduo como um todo.

Possuem como filosofia trabalhar com a verdade, sempre. Seus idealizadores acreditam na plenitude da vida em todas as suas etapas, e por este motivo, acreditam que a decisão de residir em suas unidades não significa uma ruptura com a família, sendo somente uma mudança de endereço e não uma mudança nas relações familiares.

Por este motivo suas unidades estão localizadas dentro da malha urbana, em áreas nobres e de fácil acesso, o que facilita a manutenção do residente no convívio da sociedade, bem como a manutenção da convivência familiar e manutenção da sua rotina.

Por este motivo, oferecem um conjunto de serviços que buscam ser a solução para o atendimento integral às necessidades da terceira idade, combinando serviços de assistência à saúde, hotelaria, residência e atendimento ambulatorial com equipe gerontológica e multidisciplinar, através de uma estrutura que viabiliza a atenção à pessoas plenamente saudáveis, que desejam maior interação e convívio social, através das atividades do centro dia, como também as modalidades de moradia permanente ou temporária, com capacidade para atender aos idosos que se encontram em recuperação pós-hospitalização ou em estado de convalescença.

Possuem como missão, honrar a vida em todas as suas etapas e ser reconhecida pela excelência dos serviços prestados à terceira idade. Como valores entendem que cada residente é único e possui diferentes necessidades, inquietações e expectativas distintas, além

de manter o compromisso com a qualidade assistencial, com o bem estar e com a saúde; exercer cuidados com profissionalismo, ética e responsabilidade; ter como o centro de atuação os usuários dos serviços ofertados; buscar a satisfação dos residentes e de seus familiares, transformando cada dia em uma prazerosa experiência; exercitar a mente e a sociabilidade; respeitar as formas e legislações referentes ao campo de atuação; estimular a formação e desenvolvimento profissional de qualidade para os colaboradores que compõe a equipe (123).

A equipe multiprofissional é composta por médico, enfermeiro, nutricionista, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, psicólogo, fonoaudiólogo, dentista, técnicos de enfermagem e técnicos em nutrição. Todos são profissionais qualificados, que prezam por serviços humanizados, possibilitando uma relação de carinho e confiança, que garante um atendimento personalizado e de qualidade diariamente, com a missão conjunta de agir para promover um envelhecimento saudável.

O grupo Altevita oferece serviços de hospedagem, que podem ser permanente ou temporária através do sistema de *day care* que são diárias de 24 horas até o prazo estabelecido pelo familiar, composto por todos os serviços necessários para os diferentes graus de dependência, atendendo às pessoas independentes até as que necessitam de cuidados especiais, oferecendo assistência técnica, em que o idoso é submetido à avaliação médica e da equipe multidisciplinar, de acordo com sua saúde, necessidades, desejos e hábitos, através da qual é elaborado um programa individual de cuidados e de atividades, considerando o indivíduo em sua integralidade.

No serviço de centro dia há um programa diferenciado, desenvolvido para os não residentes que buscam a manutenção da saúde física e mental. O programa pode variar de meio período ou período integral, estando incluídas as práticas das atividades terapêuticas, de

lazer e refeições, momento em que há oportunidade para troca de experiências, convívio social e um envelhecimento saudável em ambiente acolhedor e sofisticado (123).

Os serviços aos idosos são prestados mediante contrato formal de prestação de serviço com o idoso, responsável legal ou curador, em caso de interdição judicial, especificando o tipo de serviço prestado bem como os direitos e as obrigações da entidade e do usuário. Os demais serviços ofertados nas unidades contemplam o de alimentação supervisionada por nutricionista, lavanderia de roupas especiais, camareira, cuidadores em período integral, considerando válido ressaltar que o familiar pode manter ou contratar cuidadores particulares ou equipe de home care, entretanto os serviços pelos profissionais da unidade também são realizados mediante a necessidade e individualidade de cada hóspede. Nesta funcionalidade também há sistema de chamada emergência, acompanhamento por médico geriatra, atendimento médico de emergência, atendimento nutricional, sessões de fisioterapia individual ou em grupo, sessões de fonoaudiologia individual ou em grupo, sessões de psicologia individual ou em grupo, sessões de terapia ocupacional individual ou em grupo, musicalização, dança sênior, *tai chi chuan*, artesanato, dinâmica em grupo, culinária e horta (123).

Quanto ao funcionamento da unidade, o horário de visitas é de segunda-feira a domingo, das 8h00 às 18h00, tendo os familiares livre acesso às dependências da instituição. Todas as visitas são registradas em livro de registro na recepção dos espaços Convivência e Longevidá, com a identificação do visitante, horário de entrada e saída, além do nome do hóspede a ser visitado. As saídas das instituições são realizadas sempre na companhia de um familiar ou pessoa autorizada pela família, além de funcionário da instituição, podendo ocorrer das 8h00 às 18h00, preferencialmente. As saídas são registradas em livro de registro localizado na recepção da instituição (123).

As intercorrências clínicas são registradas em livro de registro da enfermagem, e em caso de urgência ou emergência, o serviço de UTI móvel é acionado e imediatamente a equipe desta empresa, composta por médico, enfermeiro e técnico de enfermagem, se dirige ao local prestando os primeiros socorros. Caso a integridade física do idoso não seja restabelecida, ele é encaminhado para um serviço hospitalar de urgência de referência, que é informado à instituição no ato da admissão (123).

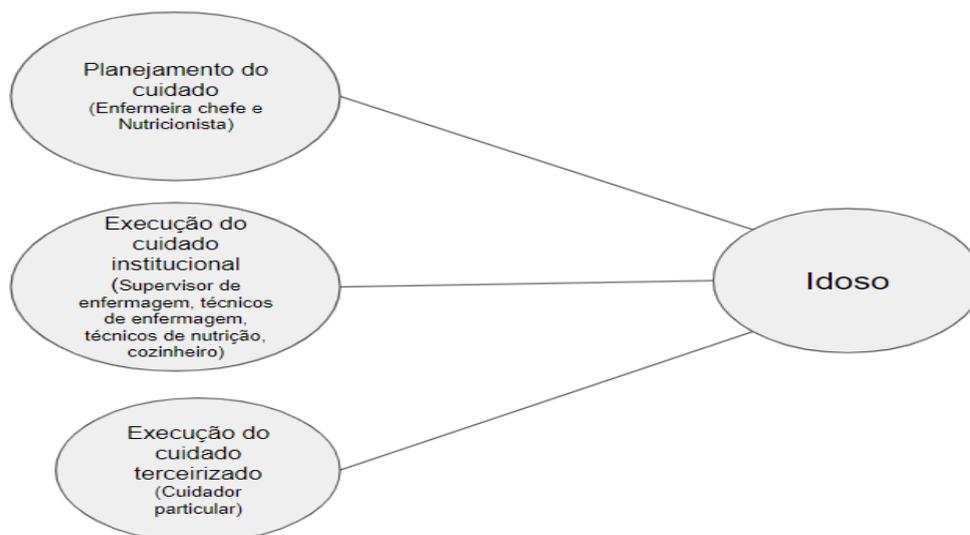
As altas da instituição ocorrem mediante a solicitação e cancelamento do contrato de prestação de serviço pelo familiar ou responsável, sendo realizadas preferencialmente de segunda-feira e sábado, das 8h00 às 18h00. Em caso de óbito, o idoso é verificado pelo médico da unidade e o fato é informado a família ou responsável, sendo estes os encarregados de providenciar o serviço de funerária e sepultamento. É de responsabilidade do enfermeiro a preparação do cadáver até a chegada do serviço funerário, e o registro do óbito é efetuado em livro de registro da enfermagem (123).

Decorrente da pandemia pelo novo Coronavírus, diversas alterações foram realizadas nas unidades. O centro-dia foi suspenso e retornou apenas no Longevitá. As atividades internas foram reduzidas e as externas, como os passeios foram suspensas. Diversas atividades e refeições passaram a ser realizadas nos quartos dos idosos viabilizando redução da circulação e reduzindo as chances de contaminação. Todas as visitas internas realizadas pelos familiares dos residentes foram proibidas e atualmente as visitas ocorrem na recepção por ser um local bem arejado, mantendo distanciamento de 2 metros, e uso de EPIs como touca, máscara N95 e capote. Todos os funcionários e cuidadores particulares utilizam a máscara PFF2 sem válvula e touca.

### 3.2 OS SUJEITOS DA PESQUISA

Como participantes foram incluídos 17 sujeitos: 4 idosos residentes, 3 mulheres e 1 homem com idades entre 68 e 89 anos, média de 80 anos, e as principais comorbidades existentes: hipertensão arterial, diabetes mellitus, déficit visual, osteoporose, depressão e incontinência urinária. Quanto aos profissionais de saúde: 8 técnicos de enfermagem, todos do sexo feminino; 2 nutricionistas, do sexo feminino; 1 técnico de nutrição do sexo feminino e 6 cozinheiros, 5 do sexo feminino e 1 do sexo masculino. Os critérios de inclusão adotados para os residentes das ILPIs foram ser idosos conscientes e orientados, em alimentação exclusiva por via oral, institucionalizados nos centros geriátricos, e para os profissionais de saúde, os colaboradores que prestam cuidados diários aos idosos residentes nos centros geriátricos (Figura 5).

Figura 4-Sujeitos da pesquisa



Fonte: Elaborado pela autora, 2021.

### 3.3 O TRABALHO DE CAMPO

A inserção neste Grupo Geriátrico se deu a partir de um contato prévio da pesquisadora com a proprietária das unidades solicitando autorização para desenvolver a pesquisa. Desde então, foram feitos contatos por e-mail e telefone com a gerência do grupo,

coordenadora da saúde, nutricionista responsável técnica e enfermeiras coordenadoras das unidades, com a finalidade de conhecer a história da concepção do centro geriátrico, quantidade e características dos idosos residentes, documentos institucionais com a definição de valores e ideais para compreender a dinâmica atual de funcionamento das unidades frente a pandemia por covid-19.

Com a intenção de conhecer as modificações realizadas recentemente nas unidades e ter uma aproximação com a equipe e idosos foi realizada uma visita em cada unidade. Neste momento, em conversa com a nutricionista responsável pelas unidades e coordenação de enfermagem, foram sugeridos os idosos que poderiam participar da pesquisa mediante os critérios de inclusão e exclusão apresentados, com a confirmação pela coordenadora da saúde.

Foram agendados quatro encontros presenciais, dois em cada unidade para realização das entrevistas com os profissionais e idosos das instituições. Momento em que foram convidados a participar da pesquisa e orientados sobre as informações sobre o protocolo da pesquisa, especificamente sobre a realização de entrevistas em profundidade. Destaca-se que os profissionais foram escolhidos no dia da visita conforme plantão e desejo em participar da pesquisa. Com o aceite dos participantes foi agendada entrevista individual em uma sala específica e reservada, nos próprios centros geriátricos, de forma a garantir o cumprimento dos aspectos éticos e legais vigentes em pesquisas com seres humanos (86).

A escolha em realizar entrevistas presenciais mediante à pandemia por covid-19 se deu devido ao fato da pesquisadora ter aproximação com as unidades por ter trabalhado em um dos centros geriátricos e conseqüentemente a facilidade de acesso, seguindo todos os protocolos estabelecidos pela OMS, Ministério da Saúde e institucional para evitar a contaminação e disseminação do coronavírus. Obtendo, através da proximidade com os

sujeitos da pesquisa maior conexão e comunicação, seja através da fala ou silêncio, aprofundando e buscando o sentido do encontro presencial.

No Espaço Longevitá foram entrevistados 2 idosos, 2 técnicos de enfermagem, 4 cozinheiros e 1 nutricionista. No Espaço Convivência, foram entrevistados, 2 idosos, 2 técnicos de enfermagem, 2 cozinheiros, 1 técnica de nutrição e 1 nutricionista.

Para apoiar a abordagem de campo foi utilizado o Diário de Campo para auxiliar a rotina da investigação com a descrição de informações sobre as percepções e questionamentos do pesquisador (5).

### 3.3.1 - Identificação de informantes chaves

Para captar os sujeitos com perfil necessário para a pesquisa foram identificados os informantes-chaves. Inicialmente foram incluídos os idosos com características cognitivas para participar da pesquisa, mediante aos critérios de inclusão e exclusão definidos.

Tabela 1 - Características dos Informantes-Chaves

<b>Nome</b>	<b>Gênero</b>	<b>Nível de Formação, Atribuição e Função</b>	<b>Tempo de Serviço</b>
Informante 1	Feminino	Graduação em enfermagem com função de coordenação e gestão	7 anos
Informante 2	Feminino	Graduação em Nutrição. Planejamento de ações de cuidado alimentar e nutricional	2 anos e 7 meses

Informante 3	Feminino	Graduação em Enfermagem com função de gerenciamento e gestão institucional	4 anos
Informante 4	Feminino	Graduação em Enfermagem com função de gerenciamento e gestão institucional	5 meses

Fonte: Elaborado pela autora, 2022.

### 3.3.2 O Diário de Campo

O diário de campo foi utilizado com caráter de suporte para registro e análise empírica das informações obtidas nas entrevistas. Neste instrumento foram descritos os sentidos e sensações observados pela pesquisadora ao final de cada dia.

### 3.3.3 Realização das entrevistas em profundidade

O trabalho de campo possibilitou a aproximação com o fenômeno a ser estudado pela utilização da técnica de entrevista em profundidade. Esta abordagem permite intensificar a importância da linguagem e do significado da fala com o intuito de obter informações sobre a realidade dos sujeitos dentro de um contexto histórico-social, sendo fundamentais para compreensão do mundo que cerca a vida dos entrevistados. Esta técnica permite mapear práticas, crenças, valores, motivações e sistemas sociais específicos, reunindo indícios de como os sujeitos percebem e atribuem significados e sentidos a sua realidade. Pode permitir a coleta de informações consistentes que possibilitaram descrever e compreender como se estabelecem as relações dos atores sociais e sua situação (99,125).

Nas entrevistas em profundidade foi utilizado um Roteiro de Questões (Anexo) que continha questões temáticas que objetivavam as expectativas da pesquisadora, sobre as indagações da temática norteadora, sobre as experiências de vida e os significados dos sujeitos da pesquisa. Para lidar com a palavra como principal instrumento de valores, símbolos e sentimentos (124).

A pesquisadora iniciou pelo convite aos informantes chaves para realizar a entrevista com explicação dos objetivos da pesquisa. Com o aceite concedido foi lido o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) e do Termo de Cessão de Gravação e Áudio, sendo assumido os compromissos éticos de uso dos dados e a manutenção do sigilo e anonimato nos relatos de vida.

Foram realizadas 17 entrevistas com tempo de duração que variou de 41 a 83 minutos. Realizadas presencialmente em salas que atendiam as medidas de segurança para evitar a contaminação pela Covid-19, como a utilização de máscaras faciais, touca e higienização adequada das mãos. Ao final, uma cópia dos dois termos foi entregue ao participante da pesquisa e uma via ficou com o pesquisador.

É importante destacar que todos os informantes chaves aceitaram participar das entrevistas, que foram realizadas em somente um encontro com a pesquisadora.

### 3.3.4 Consolidação dos Dados - Construção de mapas conceituais

A construção de mapas conceituais foi a ferramenta organizadora de consolidação da rede cognitiva. Foi utilizada como modo eficaz de representar a compreensão em relação ao domínio de conhecimento, considerado como um recurso viável para avaliação qualitativa e subjetiva de busca da aprendizagem significativa dos significados êmicos (125).

Os mapas conceituais são diagramas que indicam relações entre conceitos, e, podem ser interpretados como diagramas hierárquicos que buscam refletir a organização

conceitual de um corpo de conhecimento ou de parte dele. Em outras palavras, mapas conceituais podem representar uma estrutura conceitual e ser interpretados como instrumentos para compreender significados (126). Eles podem auxiliar na construção de inferências complexas e integrar as informações nelas contidas, proporcionando a organização do conhecimento pelo fomento de experiências que geram reflexão, busca de compreensão e processamento profundo da informação, além de desenvolver a autorregulação, da metacognição e do aprender a aprender (127,128). Na perspectiva de representar relações significativas entre conceitos na forma de dispositivos esquemáticos, que possam representar um conjunto de significados de conceitos como recomendado por Moreira (126):

(...) mapas conceituais devem ser entendidos como diagramas bidimensionais que procuram mostrar relações hierárquicas entre conceitos de um corpo de conhecimento e que derivam sua existência da própria estrutura conceitual desse corpo de conhecimento (...). Como tal, o mapeamento conceitual pode ser visto como uma técnica para exteriorizar o entendimento conceitual e proposicional que uma pessoa tem sobre um certo conhecimento (Moreira, 2006, p.10) (126).

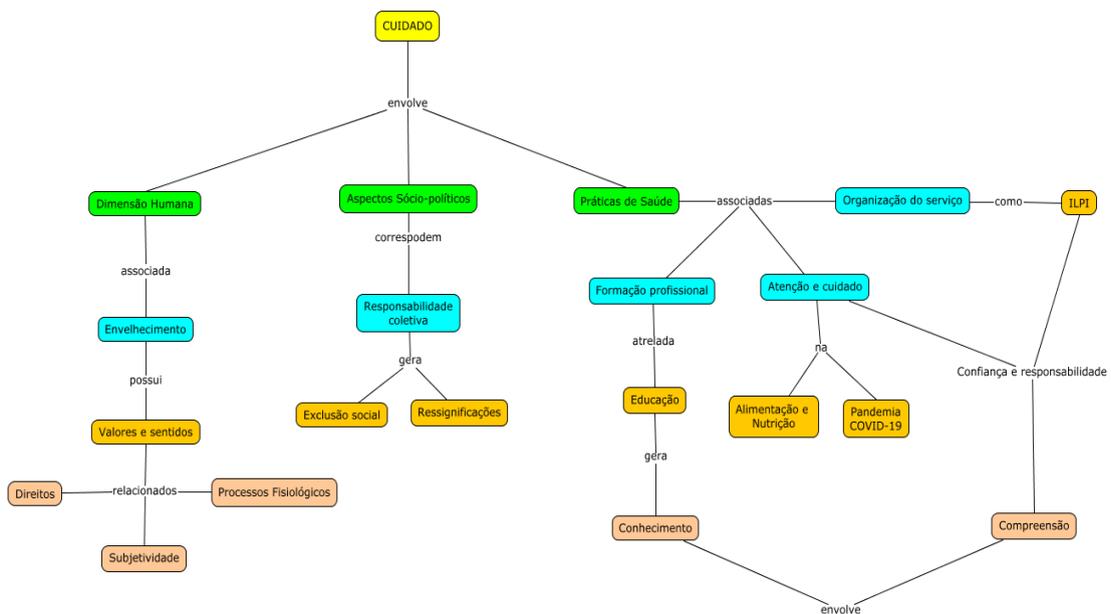
Os mapas conceituais têm sido estratégia utilizada na área de saúde, uma vez que possibilitam compartilhar experiências, aprendizagem, comunicação e criação de vínculos. Consequentemente, devem ser elaborados a partir de alguma questão particular em que se buscam respostas. Por essa razão, estruturar grandes corpos de conhecimento requer uma sequência ordenada de interações entre a memória operacional e a memória de longo prazo, para registro da compreensão individual, a qual oportuniza uma análise do processo de aprendizado e a criação de novos conhecimentos (128).

Para o desenvolvimento do mapa conceitual, foi preciso construir uma estrutura esquemática que permitisse representar um conjunto de conceitos entendidos por meio de uma representação visual, utilizada para partilhar significados. Esta estrutura possibilitou facilitar a percepção e compreensão de eventos devido às suas propriedades visuais espaciais,

expressando a sua visão aprofundada sobre o tema cuidado. Nesse sentido, o mapa conceitual foi um facilitador da meta-aprendizagem, possibilitando ao aprendiz adquirir a habilidade necessária para construir seus próprios conhecimentos (128).

A elaboração do mapa conceitual foi realizada com o apoio da ferramenta *Cmap Tools* (C. Tools, 2019), a qual destaca a relevância atribuída ao cuidado em instituições de longa duração, através de uma perspectiva reflexiva.

Figura 5 - Mapa Conceitual



Fonte: Elaboração a partir de dados da autora, 2022.

Para consolidar os dados também foi utilizado o *software* Iramuteq (Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires) o qual subsidiou a pesquisadora para a construção da síntese final, através do processamento dos dados e para a identificação das unidades de codificação pelo agrupamento de palavras com características comuns, considerando os sentidos expressos para realização do mapeamento textual (129)

O IRAMUTEQ é um software que viabiliza a análise de dados textuais, organizando a distribuição do vocabulário de forma clara e compreensível, além de realizar análises lexicais, identificando a quantidade de palavras, sua frequência média e o número de *hapax*, sendo possível uma análise de especificidades e similitudes, úteis por possibilitar a utilização de diferentes recursos técnicos de análise, que auxiliam na interpretação de dados do texto (130). Deste modo, o programa fornece uma sistematização das raízes gramaticais das palavras analisadas, com classes obtidas decorrentes de semelhanças léxicas, por segmentos de texto agrupados em uma mesma classe, entretanto, além da utilização do software é necessária a contextualização participativa do pesquisador para uma análise consistente (131).

Nesta pesquisa, foi utilizada a análise de similitude e nuvem de palavras obtidas pelo IRAMUTEQ. Inicialmente, para utilização do software, as entrevistas foram formatadas utilizando o arquivo de blocos de notas (txt de codificação UTF-8) para serem reconhecidas, adequando o corpus textual aos padrões específicos de análise. Posteriormente, o corpus textual foi configurado utilizando verbos, substantivos e adjetivos, na forma ativa, que se repetisse mais de 10 vezes no contexto textual, apreendendo e organizando de modo estruturado os aspectos linguísticos presentes no texto, colaborando, deste modo, para a análise textual em conjunto com o mapa conceitual e conteúdos apresentados na pesquisa.

Faz-se relevante ressaltar que será preservado o sigilo dos participantes, que serão referidos na pesquisa por meio de nomes fictícios.



### 3.3.5 Análise e Interpretação

Em pesquisas qualitativas, a análise de dados tem a finalidade de estabelecer a compreensão, confirmar ou não os pressupostos da pesquisa, responder às questões formuladas e ampliar o conhecimento sobre a temática investigada. Considerando a interpretação uma parte essencial da análise e a principal ação da pesquisa, estando presente em todo o seu processo. Em outras palavras, a análise pode ser entendida como a descrição dos dados e a interpretação como articulação dessa descrição com conhecimentos específicos da pesquisa (5;114). Como a importância, atribuída à dimensão cultural da vida, através da reconstrução das experiências vividas que sustentam a construção do mundo histórico, através da historicidade interna, natural das vivências do ser humano (50). Nesse sentido, baseado no pensamento de Gadamer, a fim de utilizar procedimentos e técnicas com a finalidade de alcançar a compreensão da realidade através do uso da linguagem falada e escrita, o método hermenêutico circular de investigação, evidencia, através de uma relação circular prévia, a estrutura da compreensão.

Desse modo, o processo analítico e de interpretação anteciparam o sentido da compreensão explícita pela relação entre o todo e suas partes constitutivas, logo, a compreensão do todo só acontece se já foram compreendidas as partes, de “compreender é um processo histórico-efetual, e se poderia demonstrar que é na linguagem própria a toda compreensão que o acontecimento hermenêutico traça o seu caminho” (p. 81). (90).

A estrutura ontológica da compreensão dada pela hermenêutica está pautada na interpretação holística e circular, destacando-se o dinamismo presente na condição de interpretação do todo, embasado na pré-concepção que guia e constitui o ato interpretativo (132). Dessa forma, as inferências com base no conhecimento prévio, leva à aplicabilidade do uso do círculo hermenêutico, na medida em que é do ponto de vista do discurso oral que se compreende o significado compartilhado, por meio do diálogo, ou seja, conforme a

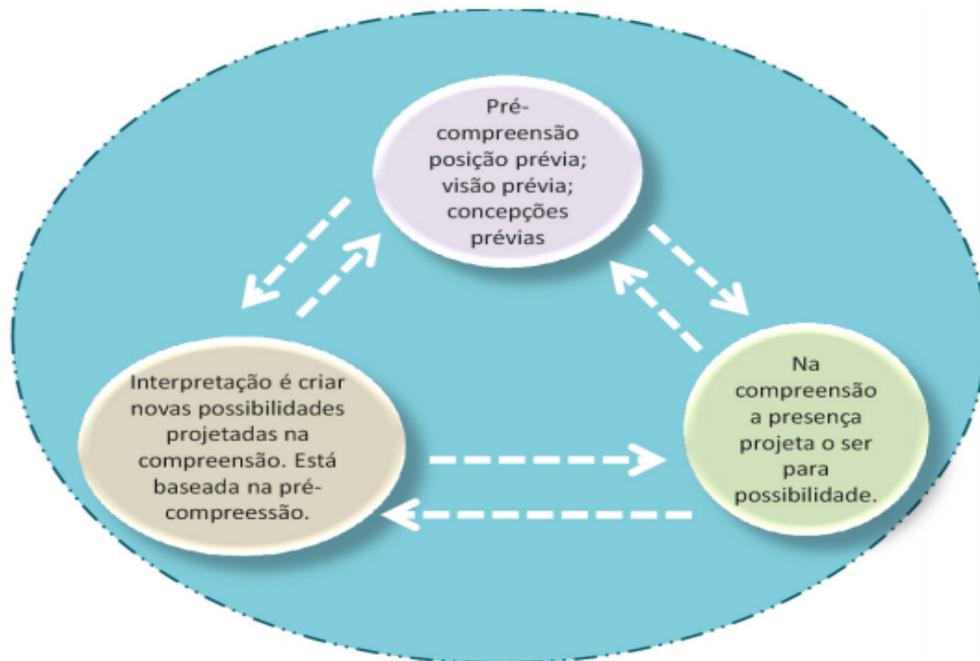
compreensão compartilhada de outras pessoas é apreendida, entra-se em seu círculo hermenêutico

O círculo hermenêutico, caracterizado como círculo da compreensão, descreve um fenômeno empírico pela circularidade da interpretação, fundamentando a compreensão e o conhecimento por uma expressão de estrutura fundamental dos seres humanos, enfatizando o seu caráter ontológico que se refere aos entes múltiplos e concretos da realidade, isso quer dizer que é um movimento circular que se inicia pela pré-compreensão até o sentido do todo (133).

A estrutura circular da compreensão possibilita explicitar um conhecimento originário, alcançado uma vez que a interpretação começa com pré-conceitos que são sucedidos por conceitos mais apropriados, podendo colaborar para uma reelaboração que fixe a unidade de sentido. Nesse constante redesenho, que se constitui o movimento da compreensão e da interpretação (134).

Nesse sentido, há no círculo hermenêutico uma troca constante entre o pesquisador e os entrevistados, por meio de diálogos com construções e reconstruções coletivas através de um vai e vem contínuo no qual é possível se aproximar da realidade. Nesse contexto, o círculo hermenêutico é uma ferramenta que possibilita trocas, comunicação, dinamismo, participação e diálogo dando voz aos residentes das ILPIs e aos profissionais de saúde que atuam no processo de cuidado, favorecendo ao desenvolvimento crítico e reflexivo aprofundado da análise e reconstrução das demandas sociais, como uma oportunidade de transformação da atenção em saúde, ampliando a visão de mundo sobre o cuidado nutricional como uma experiência permanente, capaz intensificar a percepção da realidade estudada (135).

Figura 8 -Círculo Hermenêutico



Fonte: Sebold, 2017.

O método de análise e interpretação de dados aplicado foi representado pela hermenêutica-dialética de Minayo (5) com o propósito de entender as necessidades de realidade do estudo. Com a análise desenvolvida, buscou-se a produção do conhecimento sobre o cuidado nutricional de idosos institucionalizados, embasado em suas próprias falas através da qual os atores foram situados em seu contexto para melhor serem compreendidos, conduzindo a problematizar o processo em que a vivência se constitui e é expresso (5).

A hermenêutica-dialética enquanto método de análise busca complementar a técnica do círculo hermenêutico, visto que esse processo é dinâmico e permite uma análise geral, dando uma visão realista do contexto pesquisado (136)

Para melhor entendimento desse método, enquanto proposta de análise e interpretação, Minayo (5) destaca que essa compreensão tem como ponto de partida, o interior da fala, e como ponto de chegada, o campo da especificidade histórica e totalizante que produz a fala.

Neste sentido, foi necessário fazer uma contextualização no tempo e no espaço e em sua historicidade para análise dos conceitos e significação do fenômeno estudado, contendo as descrições da pré-análise, com a ordenação dos dados; a exploração do material, classificação dos dados; e tratamento dos resultados, sua inferência e interpretação, gerando uma análise final (137).

Na perspectiva de análise, o pesquisador atribuiu uma versão teórica da realidade, utilizada para representar o tratamento dos dados da pesquisa. Dessa forma, a análise de dados buscou a compreensão através da análise de aspectos apreendidos com a entrevista semi-estruturada, buscando uma aproximação com a hermenêutica-dialética (138).

A profundidade oferecida pela entrevista semi-estruturada ocorreu pela conversação entre o pesquisador e o entrevistado, que antes de iniciar a entrevista assinou o TCLE. A entrevista foi gravada por dois aparelhos celulares, como segurança para que a gravação não se perca. Posteriormente, foram transcritas transformando-se em consistente relato da experiência do sujeito, com a necessidade de executar a releitura do material, organização dos relatos e análise dos depoimentos, organizando-os de forma inteligível, com a intenção de captar o sentido no todo (30).

Na interpretação houve a construção de conceitos pela identificação das palavras que fluíram do diálogo e da linguagem, ela refere-se à relação entre os dados empíricos e a teoria, buscando um amplo sentido às respostas (139).

O ato interpretante é repleto de idas e vindas ao texto, com o objetivo de explicar e esclarecer lacunas oriundas de experiências que impõe significados subjetivos para ordenar a realidade. Nessa construção, a condição do cuidado centraliza o sujeito em sua própria realidade (140).

Deste modo, o pesquisador elaborou uma tabela contendo as transcrições das entrevistas, destaque das principais palavras e frases que surgiram da leitura exaustiva, as

categorias agregadoras e analíticas da pesquisa para que, em conjunto com o mapa conceitual, a análise de similitude e nuvens de palavras possa realizar a interpretação dos dados.

Ao finalizar a interpretação dos dados, as inferências ocorreram baseadas no conhecimento prévio dos conceitos analisados, para sua compreensão e interpretação dos registros, montando a redação final do estudo, que abrange o relato do que desencadeou a pesquisa, da forma pela qual ela foi realizada, dos resultados obtidos, das conclusões a que chegou e das recomendações e sugestões do pesquisador (139).

## **4. RESULTADOS**

### **4.1 ARTIGO 1**

#### **Significados do cuidado alimentar e nutricional para idosos em Instituições de Longa Permanência de Idosos do Distrito Federal, Brasil.**

##### **RESUMO**

O momento pandêmico reforçou a necessidade do cuidado institucional aos idosos e a emergência em pensar o envelhecimento como uma questão pública, na qual a atenção e cuidado alimentar e nutricional dos idosos são fundamentais para promover o envelhecimento seguro e ativo, mediante as necessidades e individualidades de cada sujeito. Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, utilizando a hermenêutica-dialética como caminho metodológico. Foram realizadas entrevistas em profundidade, e a análise de dados se deu por meio da construção de mapas conceituais e análise de similitudes, formando as categorias do cuidado, da comida e da pandemia. Os resultados indicaram a necessidade de compreender os sentidos e significados atribuídos ao cuidado centrado na pessoa idosa a partir de uma perspectiva reflexiva estruturada nas relações de cuidados nutricionais envolvendo idosos e profissionais de saúde durante a pandemia por covid-19.

**PALAVRAS-CHAVE:** Cuidado; idosos; instituição de longa permanência; alimentação e nutrição.

##### **ABSTRACT**

The pandemic moment reinforced the need of institutional care for the elderly and the emergency on the thought of aging as a public issue, in which food and nutritional care and care for the elderly are essential to promote safe and active aging, according to the needs and individualities of each subject. It is a research with qualitative approach, using hermeneutics-dialectic as a methodological path. In-depth interviews were carried out, and data analysis took place through the construction of concept maps and similarities analysis, forming categories of care, food and pandemic. The results indicated the need to understand senses and meanings attributed to care centered on the elderly person from a reflective perspective structured in nutritional care relationships involving elderly and health professionals during the Covid-19 pandemic.

**KEYWORDS:** Care; elderly; long-stay institution; food and nutrition.

## INTRODUÇÃO

O envelhecimento humano é um fenômeno universal, contínuo e heterogêneo, dinâmico e progressivo marcado por alterações em nível biológico, psicológico e social que acontece diferentemente, segundo o seu ritmo social, econômico, cultural e cognitivo e se reflete no comportamento das atividades da vida diária dos indivíduos (28). Em consonância com o aumento da expectativa de vida e a transição demográfica, o Brasil vivencia um momento de mudanças no perfil epidemiológico caracterizado por uma maior prevalência de doenças crônico-degenerativas e de incapacidades funcionais. O que interfere no padrão de saúde da população e na demanda sobre o sistema de saúde de maior período de tempo o uso dos seus serviços decorrentes da predominância das doenças crônicas e de suas complicações (71).

A atenção e cuidado à saúde dos idosos são fundamentais para promover o envelhecimento seguro e ativo, mediante as necessidades e individualidades de cada sujeito (1), pois o cuidado está presente na natureza e constituição do ser humano. Representa-se como atitude de preocupação, ocupação, responsabilidade e envolvimento com o outro. É singular para o ser humano e está presente em tudo, como atitude intrínseca do ser, presente em sua raiz. E abrange atenção, zelo e desvelo, sendo fenômeno possibilitador da existência humana que perpassa desde o gerir, nascer, se desenvolver e morrer (141).

Este artigo traz resultados da pesquisa sobre os “Significados do Cuidado Alimentar e Nutricional de Idosos em Alimentação Oral: Um Estudo de Caso na Pandemia COVID-19 em instituições de Longa Permanência do para Idosos (ILPI’s) no Distrito Federal”, realizada em 2021 e tem como objetivo descrever os significados do cuidado nutricional segundo profissionais de saúde e idosos que participaram desta pesquisa.

## **MATERIAL E MÉTODOS**

A pesquisa de abordagem qualitativa utiliza como método de análise a hermenêutica-dialética, que assume os pressupostos teóricos sobre o cuidado alimentar e nutricional praticado mediante a realidade vivenciada pelos sujeitos da pesquisa, pela compreensão da linguagem para promover a relação entre o concreto e o abstrato.

Foram realizadas 17 entrevistas em profundidade em dois centros geriátricos localizados no Distrito Federal: com a equipe gerontológica e multidisciplinar e com os idosos residentes. As entrevistas foram realizadas presencialmente mantendo os cuidados necessários e adequados para proteção contra o novo coronavírus.

A pesquisa adota como delineamento o estudo de caso o empírico para investigar o fenômeno contemporâneo em seu contexto de realidade como estratégia abrangente da pesquisa, incorporando abordagens específicas à coleta e análise de dados (120).

Como participantes foram incluídos ao todo 17 sujeitos: 4 idosos residentes, 3 mulheres e 1 homem com idades entre 68 e 89 anos, média de 80 anos. Quanto aos profissionais de saúde, foram 4 técnicos de enfermagem, todos do sexo feminino; 2 nutricionistas do sexo feminino; 1 técnico de nutrição do sexo feminino e 6 cozinheiros, 5 do sexo feminino e 1 do sexo masculino. Este contingente atendeu a intencionalidade do objetivo de pesquisa com dados e informações com capacidade de atender a globalidade do objeto de pesquisa (142,143).

Os critérios de inclusão adotados para os residentes das ILPIs foram ser idosos conscientes e orientados, em alimentação exclusiva por via oral. Para os profissionais de saúde e os colaboradores, deveriam ser as pessoas que prestam cuidados diários aos idosos residentes nos centros geriátricos.

As entrevistas foram realizadas no mês de setembro de 2021 por meio de entrevistas em profundidade. Esta técnica permite a descrição do fenômeno estudado,

intensificando a importância da linguagem e do significado da fala. Foram registradas através de um gravador, tendo com auxílio a pesquisadora o registro através do diário de campo (05)

A análise dos dados foi efetuada pela transcrição do material gravado em áudio das entrevistas, pela leitura e releitura exaustiva e organização dos relatos de forma inteligível pela construção de mapas conceituais como ferramenta organizadora da rede cognitiva (125). Foi desenvolvido por meio de diagramas de representação visual, com o apoio da ferramenta *Cmap Tools* (C. Tools, 2019) e o *software* Iramuteq (Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires).

O uso destas, subsidiou a pesquisadora para a construção da síntese final, através do processamento dos dados e para a identificação das unidades de codificação pelo agrupamento de palavras com características comuns, considerando os sentidos expressos para realização do mapeamento textual (70).

Esta pesquisa atendeu todas as recomendações do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, da Fundação Oswaldo Cruz - Brasília. Foram respeitadas as premissas da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, sobre pesquisas envolvendo seres humanos, e após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa através do parecer nº 4.880.054 (ANEXO C) iniciou-se a pesquisa seguindo as recomendações sanitárias de prevenção a COVID-19.

Com a finalidade de preservar o anonimato dos participantes, os sujeitos neste artigo receberam nomes fictícios, identificados pelo nome, seguido de uma numeração romana associada ao grupo de entrevistas, I para identificar os cozinheiros; II para a equipe de enfermagem; III para os nutricionistas e técnico de nutrição e IV para os idosos residentes.

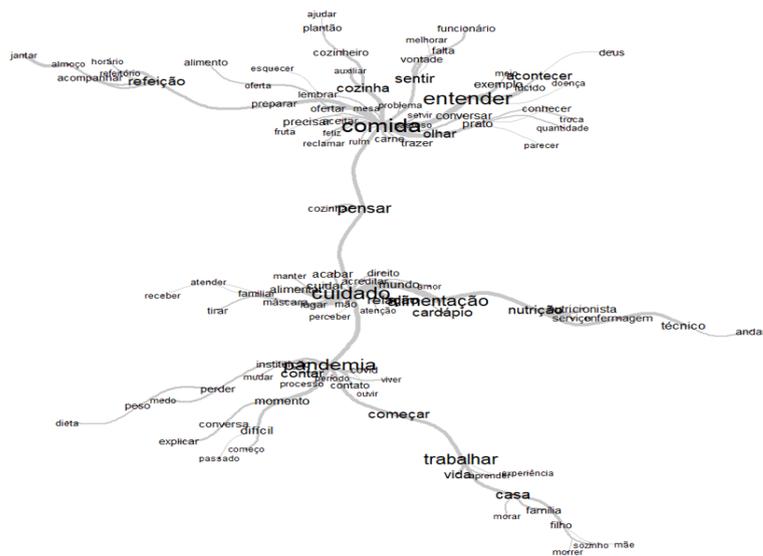
## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Os resultados apreendidos nas entrevistas que compuseram o *corpus* de análise textual estão apresentados sob a perspectiva de cada grupo eixo, sendo fundamental compreender os sentidos e significados atribuídos ao cuidado centrado na pessoa idosa a partir de uma perspectiva reflexiva, estruturada nas relações de cuidados nutricionais envolvendo idosos e profissionais de saúde durante a pandemia por covid-19.

As falas e agrupamentos de ideias foram analisadas mediante ao objetivo do estudo, com a formação de três eixos temáticos: cuidado, comida e pandemia, que representam o contexto de compreensão, percepção e atuação dos idosos e profissionais de saúde em uma ILPI.

As aproximações semânticas se relacionam ao cuidado produzido em instituições de longa duração para idosos que formam categorias de sentidos associados a unidades linguísticas representadas pelas palavras comida e pandemia, apresentado na figura abaixo pelo dendrograma dos clusters obtidos com o IRAMUTEQ.

Figura 9-Análise de Similitude



Fonte: Elaboração a partir de dados da autora, 2022.

A figura 1 permite observar a presença das categorias: cuidado, comida e pandemia, em um agrupamento que possibilita compreender os sentidos e sentimentos que permeiam o processo de atenção e cuidado à idosos institucionalizados. Desse modo, apresento abaixo, narrativas que representam as dimensões acima ilustradas.

## O CUIDADO

O cuidado está presente na natureza e na constituição do ser humano. De acordo com Martin Heidegger (82) em sua obra *Ser e Tempo*, o cuidado é a essência da fenomenologia existencial, através de um conceito ontológico estrutural de ser-no-mundo e da sua relação com o mundo em um cotidiano temporal da facticidade do existente humano. Representa a atitude de preocupação, ocupação, responsabilidade e envolvimento com o outro, sendo descrito como fenômeno possibilitador da existência humana que perpassa a vida do ser humano desde o gerir, nascer, se desenvolver e morrer (81).

O conteúdo de análise lexical apreendido sobre o cuidado enquanto dimensão afetiva é expresso pela atenção, vínculo e carinho.

“Já que a família não pode tá dentro, *nós faz a nossa parte*, dá mais um pouco de atenção e amor pra eles, um pouquinho de atenção, um pouquinho de carinho porque acho que já faz diferença.” (Alice.II)

“Tem uns que são lúcidos a gente conversa bem, tem outros já que não, mas eles entendem quando a gente se aproxima, um carinho, uma refeição ou então *num* olhar, numa palavra; de qualquer forma eles interagem e se adapta com a gente também, é ótimo! Eu gosto muito!” (Maria.III)

“Essas moças aqui, assim, são ótimas elas chegam a ser amigas da gente, pessoas que ficam aqui, você sente que a pessoa é amiga sua, trata você bem, assim, eu acho bom eu só tenho que agradecer.” (Lourdes.IV)

O cuidado é uma construção social carregada de significado existencial, produzido através da interação e envolvimento coletivo, inserido nas relações de amor e amizade. É uma expressão de solicitude, diligência, inquietação, desvelo, zelo, atenção, bom trato (81,82).

Para os idosos o cuidado é substanciado por aspectos relacionados à autonomia e independência na velhice que se relacionam com a noção de responsabilidade pessoal para com a saúde como descrito nos trechos abaixo:

“Eu queria ter liberdade pra fazer o que eu quisesse, eu não faço mais, não tenho mais autonomia e isso pra mim não é nada agora, eu acho que teve outras pessoas que também tiveram esse problema, também né? Sentem a mesma coisa.” [...] “Porque fica se metendo se eu como, se não como, se eu entrei, se eu saí, não gosto disso, se alguém se mete na sua vida você não vai gostar, né?” (Antônia.IV)

“Eu acho que devia ter uma seleção para pessoa realmente que está sem condições de andar e precisa ser acompanhado. Agora quando a pessoa tem condições de andar está esclarecido não justifica.” (Pedro.IV)

O estímulo à autonomia do idoso é fundamental e implica respeitar a capacidade de decisão e execução das atividades de vida diária, motivado pelo desejo de controlar a sua própria vida e seu destino através de uma liberdade de escolha com participação ativa no cotidiano (146). Para o idoso que reside em domicílio ou em instituições de longa duração, o preditor da qualidade e expectativa de vida está intimamente relacionada com o bem estar e o seu empoderamento social (147)

Nas narrativas também foi possível associar o cuidado na perspectiva do envelhecimento com o respeito e conhecimento, pois a velhice, como cita Simone de Beauvoir (34) é uma construção histórica; é sabedoria e experiência adquirida; mas também é fraqueza e incapacidade de estar ativo como outrora (40).

“Chega a ser muito feliz, de poder ver idosos de mais de 80 anos, se a gente for parar pra pensar na expectativa de vida é (..) isso é muito gratificante. Você pegar, você conseguir ter o contato com essas pessoas, saber a história delas, isso é muito enriquecedor pra gente.” (Luiza.III)

“O envelhecimento pra gente...Pra gente não, pra mim! É conhecimento! E o respeito também. Porque a gente vê um idoso que ele tem toda uma trajetória, então ele teve uma história, então a gente tenta ver a história dele, a gente tenta se colocar no lugar dele também. Pra gente ter este envelhecimento, pra poder entender, como que foi a vida dele e sempre melhorar, né?” [...] “A gente acaba aprendendo, com os idosos aqui, né? A gente leva isso pra vida também.” (Camila.II)

Muitos profissionais de saúde e cuidadores se comunicam com os idosos infantilizando-os, geralmente motivados pela necessidade de expressar carinho pela fala, sendo compreendida como expressão de acolhimento amoroso, como descrito nas narrativas abaixo:

“*Os funcionários*, eles são bem atenciosos, entre nós funcionários tanto com os idosos. Eu vejo que *tem técnico* que trata eles como um bebê, eu acho isso lindo. Alimentação na boca, conversa como se fosse um bebê, então ele se sente bem cuidado, se sente bem acolhido.”[...]“O envelhecimento é a gente quase voltando ao tempo assim, de criança, né? Quando a gente é bebezinho, criança, porque a gente começa a perder os dentes, então a mastigação é que nem de criança, os alimentos a gente tem que colocar mais pastoso, tem que tomar cuidado com alguns alimentos pra brando, então a gente vai ter que se adaptando ao envelhecimento.” (Maria.III)

“E realmente se a gente parar e pensar, é real esta comparação que a gente faz de idoso e de criança, pra mim é cada vez mais notório a singularidade disso e como que isso é muito próximo.” [...] “Tanto do novo ser, quanto do ser mais velho, no fim de sua vida.” (Luiza.III)

“Idoso chega numa fase que ele é igual criança, né? Eles reclamam assim: “Ah, por que o meu não tem isso? Por que o meu não tem aquilo?” - Eles gostam muito de carinho e de atenção, quando se dá uma comida do jeito que eles pedem pronto, o amor deles ali, vira você (risos).” (Carla.I)

A situação de dependência vivenciada por idosos pode ser considerada uma forma de defender e proteger o idoso com relação às adversidades da vida bem como um modo de gerar cuidado, considerando a vulnerabilidade deste grupo etário. Ademais, é possível vislumbrar o cuidador como uma figura de pessoa que sobressai quando comparada ao idoso que necessita de cuidados e não pode decidir e cuidar de si.

Porém, a correlação do idoso com uma criança, é um estereótipo que o priva de exercer sua autonomia e de expressar sua subjetividade. Nesse contexto, o cuidado pode significar decidir pelo outro, representa incapacidade e inutilidade, degeneração e decadência (148).

A infantilização da pessoa idosa também se associa ao idadismo, uma discriminação baseada na idade, neste caso, ao associar o idoso a uma criança, seja através da linguagem infantilizada ou comunicação paternalista, sugerem a capacidade intelectual reduzida e disfunção cognitiva, atrelada ao desrespeito e desvalorização, com impacto negativo na dignidade e autoestima dos idosos.

O cuidado relacionado ao espaço institucional que proporciona assistência e a prática de trabalho foi relatado nas entrevistas e está relacionado à promoção do cuidado técnico e comprometimento profissional. Este processo foi destacado nos seguintes discursos:

“É...Em relação a troca de fralda, a se preocupar em fazer uma higiene oral [...] Às vezes a gente fica chateada e zangada, mas não com a empresa. É com as equipes que a gente trabalha porque a gente queria que aquele trabalho, que a gente tá fazendo com os idosos, fosse para frente, fosse melhor. Então às vezes a gente vê algum colega nosso que deixa a desejar, então dá uma raiva, nervoso [...] Eu vou lá eu brigo eu cobro, chamo atenção: “ Olha do mesmo jeito que você queria que o seu pai fosse cuidado, *os familiar* também quer que os idosos dele sejam bem cuidados, bem assistidos. A gente tá aqui para fazer para eles, então aqui dentro a gente tá em prol deles, tudo que a gente puder fazer para melhorar a qualidade de vida deles” [...] Muitos tá só pelo dinheiro, e não é, pra você trabalhar nessa área você tem que ter amor, muito amor e dedicação e bastante **mesmo**, porque não é fácil a gente lidar com idosos. Eles são crianças grande que precisa mesmo, assim, de toda atenção, tem uns aqui que só precisa de atenção!” (Alice.II)

“Ter um contato, ter assim um tato melhor, tem muitos que tem, tem muitos que fazem porque amam, tem outros que fazem pelo salário, que tão recebendo ali, então: “Ah, eu tenho que vir trabalhar, vou fazer, aqui” - mas eu acho que se fizessem desta forma, que eu tô falando, seria bem melhor e em questões de dias eles estariam mais acostumados. Porque nós somos humanos querendo ou não a gente precisa do afeto e fazendo no automático não dá!” (Patricia.I)

Esses achados se harmonizam com as reflexões de Dejours (149) ao relacionar a subjetividade com a prática de trabalho, caracterizada pela normatização e organização real do trabalho, que formam uma rede de significados e experiência laborativa, associada à habilidades técnicas, empáticas e afetivas, que produzem um trabalho efetivo dado pela apreensão do trabalho vivo e das relações existentes neste espaço.

O cuidado e as práticas de saúde mencionadas pelos entrevistados foram relacionadas ao cuidado com a saúde e bem estar dos idosos, na qual a tarefa do cuidado é movida pela responsabilidade, amor e prazer ao que se faz, estabelecendo uma relação de comprometimento e afeto. Entretanto, muitos profissionais de saúde chegam ao campo de prática despreparados para cuidar e lidar com os idosos.

Nessa perspectiva é notória a falta de capacitação de profissionais de saúde para trabalhar com idosos institucionalizados. A qualificação dos profissionais é fundamental para a qualidade do serviço ofertado, por meio de ações gerontológicas que propiciam adequado preparo e capacitação para atender aos idosos e atuarem visando melhoria da saúde e qualidade de vida (78).

Ainda sobre o cuidado na perspectiva institucional, as narrativas demonstram além da relação emocional dos profissionais com os idosos, a relevância do reconhecimento profissional e sobrecarga de trabalho.

“O nosso trabalho é doação! Principalmente na enfermagem [...] cuidar de uma pessoa que você nunca viu, e que pode te bater e te bate, te belisca, te xinga ((risos)) e você ainda continua lá? Com amor, com carinho, com cuidado...Isso é muito bonito assim, é muito louvável, se ninguém reconhece vocês, eu reconheço muito.”  
(Nilza.III)

“São dois *técnico* pra cuidar de 20 e pouco idoso , não tem condições de dar um atendimento adequado , entendeu? Por mais que a gente tenta e os idoso mesmo sente falta , fala: “ vocês só vem correndo , vocês não dão atenção pra gente” - , vocês só entram aqui correndo” , entendeu? [...] É como eu to te falando, os nossos superiores tem que entender que a gente não tem condição de dar um serviço de qualidade pro idoso cuidando de dois, três idosos, então colocasse

mais profissionais, como eu to te falando e incentivar e valorizar o nosso serviço também.” (Renata.II)

“Os empregados se queixam, que qualquer falha delas, elas vão ser mandadas embora, então elas são mantidas com medo.” (Pedro.IV)

“ Eu creio que a gente tem que ter muita força, pra (...) assim eu não fico dizendo que qualquer pessoa *tá apta* a cuidar. As pessoas quando elas vem pra cá trabalhar a gente fala: “você gosta de trabalhar com idoso? Porque não é você vir trabalhar com o idoso só pra você ganhar aquele dinheiro de final de mês, né? Você tem que trabalhar com o idoso mas você tem que gostar! Tem que vestir realmente a camisa pra cuidar dele ali, entendeu? Ele passa a ser uma pessoa da sua família, quando você começa a cuidar, né?” (Débora.II)

O mesmo entrevistado acrescenta:

“A gente recebe crítica, até porque a crítica a gente melhora, a gente pode melhorar. Não é uma crítica para você parar e não fazer, é pra você melhorar no que você faz, mas elogios também é bom pra gente.” (Débora.II)

A percepção dos entrevistados sobre a execução do trabalho demonstra afeto e amor pelos idosos, mas também percebem a profissão como difícil e exigente, associada a categorias como sobrecarga de trabalho e falta de reconhecimento pelos gestores das unidades.

A rotina de trabalho estabelecida em ILPIs relacionada à prática de atuação, principalmente da equipe de enfermagem, se relaciona com a sobrecarga física e mental, decorrente da complexidade da tarefa assistencial e consequente esforço físico exigido para atender a demanda do cuidado, como auxílio aos idosos nas atividades de vida diária: banho, alimentação, higiene oral, manejo quanto à transferências e posicionamento dos idosos, principalmente os mais dependentes e que necessitam de maior atenção (150).

Observa-se, portanto, que a construção da prática de cuidado é pautada na relação entre os sujeitos, dando sentido às ações realizadas. Desse modo, a organização do trabalho e o conhecimento sistematizado subsidiam o desempenho do trabalho e os valores a ele atribuídos, considerando o reconhecimento e a valorização profissional, os quais afetam o

comportamento e a produtividade do trabalhador, essenciais para motivação, satisfação, aumento da produtividade e competência(151).

## A COMIDA

A comida é afeto, memória, comunicação, identidade e nutriente, manifesta significados e emoções, remetem a determinados locais, espaços e territórios. O ato de comer permeia os sentidos e sentimentos afetivos, diz muito sobre as pessoas, como vivem e se relacionam enquanto seres humanos e com a natureza.

Hernandez (93) argumenta que comer é um fenômeno social e cultural que ultrapassa a ideia de manutenção orgânica e se relaciona com a cultura da comensalidade, a seleção dos alimentos, sua preparação e consumo, incluindo valores simbólicos associados ao comer, alimentar e nutrir, interligado com a sociabilidade e interações cotidianas.

O cuidado relacionado com a comida, alimentação e nutrição foi mencionado em algumas entrevistas:

“A alimentação *cê* tem que ter muito cuidado com ela, né? É tão ruim *cê* ir comer e comer uma comida ruim, uma comida que não tem sabor, eu paro e penso assim, eles não tem paladar, você faz aí uma comida de qualquer jeito, você joga o arroz na água, você joga o frango na água, eles *vai dar conta de cumê? Eles num vai dá. Cê* joga uma comida na panela, você não refoga o alho, não refoga a cebola, *num vai ter sabor!*” (Liana.I)

“Tem uma idosa que ela é nutricionista, então assim quando eu vou servir a comida dela eu fico (...) eu tenho mais receio ainda porque ela já foi nutricionista eu tenho que respeitar o que ela foi, então assim a gente tem todo o cuidado no preparo, uma boa apresentação pra ela e ela já perdeu o paladar, né? [...] Então eu me coloco no lugar dela: “nossa ela era nutricionista, uma pessoa que mexe com alimento, hoje em dia não consegue mais sentir o gosto”. Mas mesmo assim eu me preocupo em mandar o melhor do melhor pra ela, mesmo se ela não consegue sentir o gosto. Que eu respeito o que ela foi e o que ela ainda é, sabe?” (Valéria.I)

“A gente faz com todo amor, todo carinho, porque a gente *tamo* aqui pra fazer, cozinhar pra eles, né? Eles são os (...) a gente trabalha pra eles” (Elza.I)

Comer é uma atividade humana e o afeto presente na comida e em sua forma de preparo carrega sentimentalidade atribuída ao contexto da comida afetiva, interagindo com particularidades e necessidades individuais de cada sujeito, suas preferências, gostos e relações. Nessa perspectiva, (152) pensa o universo da comida integrando o mundo, promovendo a união das suas possibilidades simbólicas que envolvem o corpo e a alma, harmonizando entre si (153).

Nesse sentido, comer proporciona uma relação de intimidade e cozinhar, além de ser uma forma de nutrir e se comunicar, é uma expressão de amor, preocupação e cuidado que conecta quem produz e consome os alimentos

A comida afetiva perpassa por trajetórias que o alimento percorre, envolve emoção, provoca e emana sentimentos de alegria, pertencimento, prazer e gratidão. A transformação do alimento em comida e o sentido pelo qual o sabor é percebido e sentido é carregado de percepção olfativo-gustativo e culturais (154).

“Ahhh, esses dias eu mandei uma panqueca de beterraba, eles nunca tinham visto isso aqui. Tudo roxo, aquilo tudo *desenhadinho*: “ que isso, que isso? - comeram com felicidade ((risos)).” (Carla.I)

“Aqui na cozinha eles me tratam muito bem, **muito muito** bem. E eles fazem coisas que (...) eu não gosto da comida daqui...Mas eles sempre dão um jeitinho de eu comer um arroz, com frango, com salada, entendeu? Eles procuram me agradar para eu me alimentar bem, né?” (Laura.IV)

“Manda agradecer pra gente, escreve até bilhete pra gente: a comida tava maravilhosa, tava muito boa” aí uns vem com uns bilhetinhos, entregam pra gente, e a gente fica feliz com isso, porque isso é muito gratificante pra nós, né? Saber que a gente tá cozinhando. Saber que é um trabalho da gente, um trabalho que a gente gosta e que eles também estão gostando do trabalho da gente, isso é muito bom!” (Roberta.I)

A comida está relacionada à memória, envolve emoções, sentimentos e desperta saudade, como relato apresentado por um idoso e a percepção do profissional de saúde.

“A comida aqui é muito cuidadosa [...] Comida que lembra a minha

juventude, finais de semana.” (Lourdes.IV)

“Tem idoso que gosta de comer aquela verdura, né? A gente tem que ir lá, conversar com ele, buscar lá na memória dele o que ele gosta, né? É isso que sempre passa pra gente e quando chega aqui a gente tenta investigar, né? [...] Assim, uma memória de comida pra eles. Até mesmo pra esses que já tem mais a percepção, mas eles tentam fazer alguma coisa assim, que de repente eles sintam, lá no fundo o sabor que ele possa aceitar com facilidade. Vai se tem uma cenourinha batidinha, vai se ele toma assim, um pouquinho, aí vem na *memoriazinha* assim dele: “ah eu gostava desse gostinho, desse cheirinho, desse sabor” e se incentiva e começa a comer.” (Débora.II)

A comida está associada à lembranças, laços sociais e sentimentos que remetem ao passado, a um pertencimento, tempo e espaço, e como o sujeito se relaciona com o alimento, reafirmado pela memória gustativa através de hábitos e práticas construídas tradicionalmente (155,156).

As lembranças alimentares presentes no cotidiano dos idosos se correlaciona com suas atuais escolhas, visto que a memória dos sabores transpõe ao longo da vida, são transmitidas por gerações e são cumulativas e guardadas no subconsciente do ser humano, agindo como um fio de rede que conecta escolhas, crenças, ritos e saberes, que fortalecem os laços afetivos que irão perpetuar por gerações, mantendo vivo os saberes e sabores, mesmo com o passar do tempo, permanecendo nas reminiscências (157).

O cuidado alimentar associado ao estado nutricional dos idosos, principalmente com excesso de peso foi destacado nas narrativas:

“Eu não tô gorda, né? Eu não me acho gorda, né? A nutricionista falou pra mim, que eu tenho que emagrecer...Mas, ué, emagrecer pra quem, né? Se eu tivesse (...) meus exames só aqueles *triglicéridios*, que deram um pouquinho alto. O resto normalizou tudo [...] eu tô comendo mais frutas de manhã com café e não como pão, aí tomo o coquetel né pra ajudar o intestino e na hora do almoço elas *faz* um prato pra mim não muito grande, razoável e a noite eu tomo a canja, que **eu gosto muito** da canja daqui, aí como um pãozinho. E na hora da ceia eles fazem duas tortinhas *pequena* de frango pra mim, esta é a minha alimentação, não sei se está correta, é o que eu tô comendo. (Laura.IV)

“Você imaginou, você chegar na sua terceira idade, com 80 ,75 ,80 ,e ter que fazer dieta para emagrecer? Você já passou da terceira etapa da vida, você quer descansar!” (Nilza.III)

“Teve uma vez que um falou assim: “já fiz tanta restrição na minha vida, durante a minha vida, que agora na minha velhice eu não posso comer nada que eu quero?” ((risos)) - aí dá assim uma dó, então a gente dá, mas em pouca quantidade, só pra *eles matar* a vontade de comer aquilo que eles querem. (Marina.III)

As restrições e privações alimentares com a finalidade de alcançar uma boa saúde e qualidade de vida é uma inquietude alimentar decorrente de alterações de percepções quantitativa e qualitativa baseada em restrições calóricas e proibição de alimentos com o objetivo de alcançar padrões estéticos e nutricionais exigidos pela sociedade, contrapondo-se a noção de estado nutricional adequado aos idosos mediante de suas reais necessidades e conforme o contexto social e de saúde vivenciados (156).

Diante do exposto, Giddens (158) entende que a autoidentidade é um produto reflexivo que tem o corpo como elemento central, em uma construção realizada pelo próprio indivíduo e sujeitos próximos que podem influenciar no modo como a imagem corporal é vista e sentida, principalmente em idosos fragilizados e institucionalizados, que o excesso de peso repercute sobre o metabolismo - inerente à alterações fisiológicas e idade, bem como pela progressiva incapacidade em realizar sozinho as atividades diárias; padrão alimentar, inatividade física; e os efeitos secundários dos fármacos que podem aumentar efeitos colaterais, interferindo na absorção, digestão e metabolismo dos nutrientes (159).

A prática alimentar está relacionada a cultura, ambiência e natureza social do comer, e o refeitório é o local no qual as refeições são realizadas, a comensalidade neste espaço é observada nas falas dos idosos:

“O ambiente pra mim é completamente diferente do que eu sou, né? Porque esse pessoal, tem pessoas que ficam deitadas na cadeira, uma com a cabeça caída, outra caída pro outro lado, se você vê [...] A pessoa tá doente tá com a cabeça pendurada, vai pro refeitório pra comer, pra comer aquele negócio pra mim isso não ia dar certo não.

Eu acho uma coisa muito delicada, não era pra ir pra (...) o que eu estava falando, uma coisa muito delicada, vê uma coisa que a pessoa joga lá na cadeira e come fica comendo aquela, ai que ódio, se fosse eu vomitava tudo (...)" (Antônia.IV)

"Você vai comer e senta na sua frente uma pessoa esquelética, parece uma caveira tá sempre com a boca aberta e alimentada por outro, entendeu? De vez em quando aquela pessoa dá um grito. Já viu o ambiente como é que é? É assim, é assim, tão para trás outro para frente esse é o ambiente do refeitório. Às vezes tá tudo tranquilo aí grita, um grita outro. Tem uma aqui que fica pedindo comida eternamente: "Tô com fome, quero comer etc" (Pedro.IV)

"O refeitório era lá embaixo aquele salão grande que tem e sentavam quatro pessoas em cada mesa. Até aconteceu um fato curioso comigo, assim, quando eu cheguei eu não sabia que tinha um pessoas que eram mais lúcidas e outras menos lúcidas. Assim eu não conhecia esse tipo de coisa, eu convivia só com aquelas do Dia, que eram pessoas normais, né? Aí eu cheguei assim para o almoço e eu me dirigi pra uma senhora uma mulher assim da minha idade, mas eu não tinha intimidade eu falei: "a senhora gosta daqui?" - Aí ela deu um grito e disse assim: "**senhora não! Senhorita! Como que tá me chamando de senhora eu não admito de me chamar de senhora eu sou senhorita**" aí eu disse assim: "Desculpa eu não sabia que a senhora era senhorita" - Mas eu sabia que ela tinha filhos, então ela não era tão senhorita assim, né ((risos))." (Lourdes. IV)

Para Roberto da Matta (160) ( p. 37-38), "comida não é apenas uma substância alimentar, mas é também um modo, um estilo e um jeito de alimentar-se. E o jeito de comer define não só aquilo que é ingerido, como também aquele que o ingere". Nesse sentido o momento das refeições para idosos institucionalizados, desempenha um papel importante pelo fato de haver uma organização das refeições associadas a rotina da instituição e compreender um momento de prazer e socialização, entretanto, este momento é vivenciado e sentido sob diferentes ópticas, principalmente para os idosos lúcidos e independentes.

No que tange a comensalidade, são intrínsecas à natureza humana a sociabilidade e convivialidade, por meio do ato de compartilhar a mesa, realizar refeições, reforçar atos sociais e de amizade, compartilhamento de experiências e valores (161).

Em uma instituição de longa permanência para idosos a comensalidade, se caracteriza por outras formas de comer e se relacionar, estabelecendo uma nova relação com

a comida e o ambiente, pensando na particularidade de cada idoso. Nessa direção, Bleger (1962) compreende que toda manifestação humana é dotada de sentido emocional, que incluem fenômenos simbólicos, concebendo as formas de agir no mundo por meio de dimensões inconscientes que podem ser modificadas pela experiência vivida, constituindo o processo de envelhecimento e sua evolução como um ciclo da vida.

## A PANDEMIA

A construção das narrativas permitiu a compreensão dos sentidos e significados atribuídos ao cuidado centrado na pessoa idosa a partir de uma perspectiva reflexiva estruturada nas relações de cuidados alimentares envolvendo idosos e profissionais de saúde durante a pandemia por Covid-19, estabelecendo relações de responsabilidade, confiança e afeto. Os sentidos e vivências atribuídos a pandemia e ao isolamento social foram mencionados nos relatos dos entrevistados.

“Agora é cada um em seu quarto, não tem mais as atividades que tinha. Mas a gente tem que compreender, aqui eles são cuidadosos com a gente.” (Lourdes. IV)

“Primeiro momento da pandemia: todo mundo trancado, né? Ninguém podia sair, ninguém podia entrar, ninguém podia (...) tivemos muitas mudanças, no estilo e nos hábitos de vida, então o idoso principalmente ficou muito tempo guardado.” (Luiza. III)

“O idoso com demência não consegue entender, tem uns que acham que estão abandonados. Então. assim. não consegue entender o que que tá acontecendo usar máscara, todos eles ter que usar máscara, eles não estão entendendo.” (Nilza.III)

“Os mais **lúcidos** que são os que sofreram mais, mas eu creio que aqueles também que já são mais acamados, que não conseguem mais falar, são mais quietinhos na deles, mas eles estavam recebendo a visita, toda semana aquele carinho, afago da família e quando ficou nessa pandemia, a gente só ficou vendo, né? Pelo vídeo não é a mesma coisa, né? Pros mais lúcidos tudo bem e pra aqueles que, tadinhos, que a gente não sabe como é que eles estavam passando, como é que eles *estavam* se sentindo, né? [...] Porque tem idosos aqui que não falam mais. Mas um carinho, um abraço, pegar na mão.

Acho que foi muito sofrido nesta pandemia pros idosos, tanto os lúcidos quanto os acamados.” (Débora.II)

O isolamento social imposto pela pandemia, com a interrupção das visitas e das atividades coletivas, bem como alterações no cotidiano, evidenciou efeitos psicológicos negativos para os idosos, decorrente do confinamento e da multidimensionalidade do envelhecimento (19,163).

Durante a pandemia, a atenção para atender as demandas institucionais e necessidades humanas, envolveu com intensidade o profissional que gera o cuidado, solicitando de quem cuida, a responsabilidade pela ação (164).

Dessa maneira, a responsabilidade advinda com o propósito em reduzir a exposição de residentes infectados pelo novo coronavírus, viabiliza o controle interno e reorganização do cuidado para evitar a disseminação do vírus, possível através da colaboração, comprometimento e engajamento de toda a equipe (165).

“Quando começou a pandemia, teve várias restrições. A doutora restringiu assim... ah, com medo de...eles serem contaminado morrer, como a gente perdeu, a gente perdeu vários idosos maravilhosos aqui por conta de descuido, **descuido** mesmo! Pode ter sido nosso... de técnico mesmo que “tipo”, eles tavam guardadinho aqui, a gente que vinha da rua. Então assim morreram de covid.” (Alice.II)

“Sabe o que eu vejo que eu percebi na pandemia, e continuo percebendo, assim, mas foi muito forte na **pandemia**? Que aquilo todo mundo morrendo e aquela insegurança toda? Todo mundo muito carente! Muito carente de ouvir, de alguém ouvir, sabe? Igual criança? De alguém me ouvir, de alguém me escutar.” (Nilza.III)

Ratificando a responsabilidade, o sentimento de confiança por parte dos familiares com a ILPI, o mesmo entrevistado acrescenta:

“Ninguém saiu. Na verdade, chegou mais idosos, então eu falei:” gente, vocês estão entendendo a confiança que esses familiares têm na gente? E a nossa responsabilidade não só como profissional, mas como pessoa de cuidar de uma pessoa vulnerável? Um ser vulnerável que não consegue responder totalmente por si?” - E eu não sei se foi a pandemia o

sentimento que todo mundo tava mas eles incorporaram muito bem, eles cresceram muito, desenvolveram muito.” (Nilza.III)

Barbosa (166) descreve que os familiares de idosos institucionalizados durante a pandemia, apresentam confiança na equipe e satisfação pelo serviço realizado decorrente da percepção de que o idoso está sendo bem cuidado.

O cuidado alimentar frente a pandemia, associado ao modo de comer e socializar considerando a ambiência do refeitório, foi constatado nas falas dos entrevistados.

“Uma das coisas que eu mais senti mesmo, é **bem emocionante** ((entrevistada com voz embargada de choro)), porque eu cheguei eu vi o restaurante lindo, maravilhoso e até hoje eu fico imaginando como seria ele funcionando e não vê isso às vezes dói na gente, por que? Porque é um momento que todo mundo estaria aqui rindo, conversando né? Interagindo e não tem. Apesar de em alguns casos, alguns idosos comerem juntos em uma mesa, mas não tem esse vínculo tão ligado, não é tão afetivo, não é tão responsivo, e acho que faz falta, faz muita falta pra gente. Não só pros idosos, pra todo mundo.” (Luiza. III)

“O refeitório era muito uma tristeza, a gente chegava de manhã, antes da gente ir embora, aquela coisa muito triste, aquele silêncio, você ficava, nossa! Dava vontade de chorar, quando você olhava pro refeitório e você não via um idoso lá nas mesas lá! Era muito triste, foi um ano muito difícil pra gente, o ano passado, acho que mais do que este ano agora. Eles passaram um bom tempo nos quartos, as meninas levando as refeições pra eles no quarto e que a gente chegava olhava pra eles, aquela tristeza; aquela tristeza lá no refeitório, porque assim: eles *é a alegria da gente*, na cozinha, mas a gente vê a hora que eles estão lá. Aquilo lá pra gente, a gente fica muito feliz. Como a gente não via...Aí a gente não podia ir nos quartos ver eles, porque a gente sempre ficava na cozinha e não podia *tá circulando* toda hora, não podia andar. Se a gente chegava ia direto pra cozinha, ali só saía pra ir embora. Aí foi um momento muito difícil, muito difícil.” (Elza.I)

“Antes da pandemia, eles desciam, tinha mais contato com eles, conversava com eles, sabia o que eles queriam. Eles desciam pro refeitório, em todas as refeições. Comiam, conversavam, sentavam, brincavam uns com os outros e agora não tem isso, por causa da pandemia. Eles ficam nos seus quartos, dificilmente(...) agora que eles estão descendo pra TO, mas principalmente no começo eles não desciam, praticamente não *saía* dos quartos, foi um momento bem difícil.” (Valéria.I)

A prática de comer durante a pandemia foi alterada decorrente do novo contexto, no qual as ILPIs foram instruídas a adotar medidas de distanciamento e isolamento social para conter o avanço da contaminação dentro das instituições, restrição na circulação das pessoas e nos refeitórios, evitando aglomerações em áreas comuns; restrição ou eliminação do uso de materiais coletivos e o não compartilhamento de materiais de uso individual; e atenção quanto às práticas de segurança alimentar (16).

### **Considerações finais**

Este estudo possibilitou construir um conhecimento sobre os significados do cuidado alimentar e nutricional em Instituições de Longa Permanência para idosos, mediante ao contexto social determinado pela pandemia por covid-19.

As ILPIs constituem um espaço de cuidado, com um serviço de acolhimento institucional para idosos com diferentes necessidades e graus de dependência (88) vinculada aos processos humanísticos de compreensão concernentes a multidimensionalidade do fenômeno saúde através de construções intersubjetivas, imersas nas relações sociais e dimensão afetiva expressa pelo vínculo, atenção e carinho, conforme descrito nos resultados (88,114).

As falas enunciadas nesse estudo também possibilitaram elucidação da alimentação de idosos institucionalizados, com enfoque da comida, como *habitus* alimentar que corresponde a uma prática relacionada à noção de identidade social e experiência construída no decorrer da vida e compartilhada nas relações sociais, com contínua conexão entre o comer, prazer, sentidos e memória afetiva e gustativa.

Foi possível observar a partir dos relatos que a perspectiva do cuidado integral associado ao bem estar do idoso perpassa pela necessidade em atender as necessidades de

saúde dos idosos através da capacitação e aperfeiçoamento dos profissionais de saúde que necessitam desenvolver habilidades e competências para trabalhar com a pessoa idosa.

Foi evidenciado também que o momento pandêmico reforçou a necessidade do cuidado institucional aos idosos e a emergência em pensar o envelhecimento como uma questão pública, na qual a expressão da alimentação e da nutrição objetiva garantir alimentos saudáveis, respeitando a cultura alimentar dos povos, promova saúde e justiça social e tenham sido produzidos de modo sustentável.

Assim, é fundamental compreender os sentidos e significados atribuídos ao cuidado centrado na pessoa idosa a partir de uma perspectiva reflexiva estruturada nas relações de cuidados nutricionais envolvendo idosos e profissionais de saúde durante a pandemia por Covid-19. E a necessidade em realizar novos estudos buscando o cuidado como uma dimensão mais expandida, respeitando o idoso em sua pluralidade e possibilitando a construção de cenários futuros.

## 5. REFERÊNCIAS<sup>1</sup>

1. Lima-Costa MF. Envelhecimento e saúde coletiva: Estudo Longitudinal da Saúde dos Idosos Brasileiros (ELSI-Brasil). *Rev Saude Publica* [Internet]. 2018;52:17–9. Available at: <http://www.rsp.fsp.usp.br/>
2. OMS. Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde. 2015;
3. BRASIL M da S. Diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no SUS: proposta de modelo de atenção integral. XXX Congr Nac Secr Munic Saúde [Internet]. 2014;1–42. Available at: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes\\_cuidado\\_pessoa\\_idosa\\_sus.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_cuidado_pessoa_idosa_sus.pdf)
4. Mesquita Ayres J. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saúde e Soc* [Internet]. 2004;13(3):16–29. Available at: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v13n3/03.pdf>
5. Minayo-Gomez C, Maria S, Thedim-Costa F. A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas. *Cad Saude Publica* [Internet]. 1997;13(2):21–32. Available at: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v13s2/1361.pdf>
6. Veras RP, Oliveira M. Envelhecer no Brasil: a construção de um modelo de cuidado. *Cienc & saúde coletiva*, 2018; 23(6): 1929-1936.
7. Dura L. Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido? 2010. 1 p.
8. Alcântara A de O. Velhos Institucionalizados e Família: Entre abafos e desabafos. 2003. p. 154.
9. Tonucci F. volume 31 78 número DEZEMBRO 2020. 2020;31.
10. Filizzola M. A velhice no Brasil: etarismo e civilização. 1972.
11. de Medeiros PA, Fortunato AR, Viscardi AA da F, Sperandio FF, Mazo GZ. Instrumentos desenvolvidos para o gerenciamento e cuidado de idosos em instituições de longa permanência: Uma revisão sistemática. *Cienc e Saude Coletiva*. 2016;21(11):3597–610.
12. Fontanella BJB, Luchesi BM, Saidel MGB, Ricas J, Turato ER, Melo DG. Amostragem em pesquisas qualitativas: Proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. *Cad Saude Publica*. 2011;27(2):389–94.
13. Freitas M do CS de, Fontes GAV, Oliveira N de. Escritas e narrativas sobre alimentação e cultura. *Escritas e narrativas sobre alimentação e cultura*. 2008.
14. FGV SOCIAL - Centro de Políticas Sociais. Onde estão os idosos? 2020;15. Available at: <https://www.cps.fgv.br/cps/bd/docs/Pesquisa-Covidage-FGV-Social-Marcelo-Neri.pdf>
15. ANVISA. Documento orientativo para produção segura de alimentos durante a pandemia de Covid-19. Agência Nac Vigilância Sanitária. 2020;1–15.
16. Zhou F, Yu T, Du R, Fan G, Liu Y, Liu Z, et al. Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study. *Lancet* [Internet]. 2020;395(10229):1054–62. Available at:

---

<sup>1</sup> Baseada na norma do International Committee of Medical Journal Editors (Vancouver) de 2013

[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30566-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30566-3)

17. Ministério da Saúde (BR). Nota Técnica nº 9/2020- COSAPI/CGCIVI/DAPES /SAPS/MS. 2020
18. Ministério da Saúde. COVID-19: Plano Nacional apresenta medidas de cuidado à saúde de pessoas idosas institucionalizadas. 2020. p. <https://aps.saude.gov.br/noticia/8196>.
19. Dilthey W. O surgimento da hermenêutica. 1900;
20. Gardner W, States D BN. The coronavirus and the risks to the elderly in long-term care. 2020;
21. Hammerschmidt KS de A, Santana RF. Saúde do idoso em tempos de pandemia COVID-19. *Cogitare Enferm*. 2020;25.
22. Ribeiro-Silva R de C, Pereira M, Campello T, Aragão É, Guimarães JM de M, Ferreira AJF, et al. Covid-19 pandemic implications for food and nutrition security in Brazil. *Cienc e Saude Coletiva*. 2020;25(9):3421–30.
23. Sebold LF, Locks MOH, Hammerschmidt KS de A, Fernandez DLR, Tristão FR, Girondi JBR, et al. Ministério da Saúde 2013. *Cienc e Saude Coletiva* [Internet]. 2020;17(2):<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica>. Available at: <http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Novas+fronteiras+n o+futuro+do+envelhecimento:+da+velhice+bem+sucedida+do+idoso+jovem+aos+dile mas+da+quarta+idade.#0>
24. Zanella LCH. Metodologia de pesquisa. 2ª ed rev atual. 2011;
25. Yin RK. Estudo de Caso: planejamento e métodos. 2001. Tradução Daniel Grassi. 2001. p. 248.
26. Sarmiento MJ. O Estudo de Caso Etnográfico em Educação. Itinerários Pesqui - *Perspect Qual em Sociol da Educ* [Internet]. 2011;137–79. Available at: <http://hdl.handle.net/1822/36757>
27. Diretoria C, Federal D, Epidemiol EB, Diretoria C, Federal D, Taxa L, et al. BOLETIM EPIDEMIOLÓGICO N o 550 Apresentação Situação Epidemiológica do Distrito Federal Óbitos. 2021;19(872):1–11.
28. Rodrigues TP, Moreira MASP, Silva AO, Smith A de AF, Almeida JLT de, Lopes MJ. Sentidos associados à violência para idosos e profissionais. *Esc Anna Nery*. 2010;14(4):772–8.
29. Demétrio F, de Paiva JB, Fróes AAG, de Freitas M do CS, Santos LA da S. The extended nutritional clinic and humanization of patient-nutritionist relationship: Contribution to reflection. *Rev Nutr*. 2011;24(5):743–63.
30. Camarano, AM; Kanso, S; Mello JL. Como vive o idoso brasileiro? Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60? [Internet]. Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60? 2004. 25–73 p. Available at: [http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/Arq\\_29\\_Livro\\_Completo.pdf](http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/Arq_29_Livro_Completo.pdf)
31. Geertz C. Interpretação das Culturas [Internet]. Vol. 263, English. 2008. 323 p. Available at: <http://orton.catie.ac.cr/cgi-bin/wxis.exe/?IsisScript=BIBA.xis&method=post&formato=2&cantidad=1&expresion=mfn=000243>

32. Braga. As representações das famílias frente ao processo do envelhecimento. 2018.
33. Ambrosio ER. Cuidado e violência – os dois lados da mesma família: uma análise compreensiva do modo de caminhar a vida dos cuidadores de idosos. Tese de Doutorado, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Pós-graduação em Serviço Social, 2012.
34. Beauvoir S de. A força da Idade. 2018. 411 p.
35. Rommel Almeida Fchine B. O Processo De Envelhecimento: As Principais Alterações Que Acontecem Com O Idoso Com O Passar Dos Anos. *Inter Sci Place*. 2012;1(20):106–32.
36. Lennon J, Lima M. 4- Resenha de Livro Dimensões Físicas do Envelhecimento – Waneen W . *Spiriduso* , 2005. 2013;4:57–76.
37. Debert GG. Envelhecimento e Curso da Vida. *Estud Fem*. 1997;5(1):120–8.
38. Remi Lenoir - Objeto Sociológico e Problema Social.pdf.
39. Wanderléia Da Consolação Paiva Os Sentidos Do Envelhecer : Memórias E Identidades De Idosas Os Sentidos Do Envelhecer : Memórias E Identidades De Idosas. 2011;
40. Foucault, M. A Hermenêutica do Sujeito. São Paulo. Martins Fontes. 2004
41. Fernandes, FS. As pessoas idosas na legislação brasileira. 1997
42. Camargo BV, Contarello A, Wachelke JFR, Moraes DX, Piccolo C. Representações sociais do envelhecimento entre diferentes gerações no Brasil e na Itália. *Soc Represent aging between Differ Gener Brazil Italy*. 2014;8(2):179–88.
43. Blessmann EJ. *anthropology of aging*. 2004;21–39.
44. Familia, modernización y teoría sociológica 1. :145–67.
45. Silva LRF. Da velhice à terceira idade: O percurso histórico das identidades atreladas ao processo de envelhecimento. *Hist Ciencias, Saude - Manguinhos*. 2008;15(1):155–68.
46. Baltés PB, Silva TMN, Smith J. Novas fronteiras para o futuro do envelhecimento. *A Terceira Idade [Internet]*. 2006;17:1–72. Available at: <http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Novas+fronteiras+n+o+futuro+do+envelhecimento:+da+velhice+bem+sucessida+do+idoso+jovem+aos+dilemas+da+quarta+idade.#0>
47. Alcântara AO, Camarano AA, Giacomini KC, organizadores. Política Nacional do Idoso: velhas e novas questões. Rio de Janeiro: IPEA; 2016.
48. Rosa CM, de Vilhena J. Envelhecimento e seus possíveis destinos. Uma reflexão acerca do trabalho do negativo. *Tempo Psicanalítico*. 2015;47(1):112–33.
49. Goulart Júnior E, Mergulhão LR, Canêo LC, Najm MB, Lunardelli MCF. Considerações sobre a terceira idade e o mercado de trabalho: questionamentos e possibilidades. *Rev Bras Ciências do Envelhec Hum*. 2009;6(3):429–37.
50. Scocuglia JBC. A hermenêutica de Wilhelm Dilthey e a reflexão epistemológica nas ciências humanas contemporâneas. *Soc e Estado*. 2002;17(2):249–81.
51. Haddad EG de M. A ideologia da Velhice. 2017.

52. Debert GG. Pressupostos da reflexão antropológica sobre a velhice. *Antropol e velhice* Textos didáticos. 1994;7–27.
53. Guita G Debert. A reinvenção da velhice: socialização e processos de reprivatização do envelhecimento. 1º ed. Editora da Universidade de São Paulo, organizador. 2004. 266 p.
54. Freitas, MC, Campos, DORNELAS T, ARANHA C. (2017). Expectativas e concepções de trabalho na velhice em homens na meia-idade. *Estudos Interdisciplinares em Psicologia*, 8(2), 43-64. Recuperado em 13 de março de 2022, de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2236-64072017000200004&lng=pt&tlng=pt..](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2236-64072017000200004&lng=pt&tlng=pt..)
55. Mont'Alvão, A., Neubert, L. F., & de Souza, M. F. . (2011). Espaço e Tempo na "Teoria da Estruturação" . *Rev. Ciências Sociais - Política e Trabalh.* Disponível em : <https://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/politicaetrabalho/article/view/12615>. [Acesso em 28 de maio de 2021].
56. Debord G. *A Sociedade do Espetáculo* - Guy Debord.
57. Veiga, Márcia. Legislação da União Europeia para o envelhecimento. In: \_\_\_\_\_. *Periódico do CIEDA e do CEIS20* .N 11 julho;dezembro 2014,ISSN 1647-6336. P.373 -394.
58. União Europeia. The EU in brief. Disponível em: [http://europa.eu/european-union/about-eu-in-brief\\_](http://europa.eu/european-union/about-eu-in-brief_). [Acesso em 27 de maio de 2021].
59. Veloso C, Brito AAO, Rodrigues LP, Veloso LUP. Perfil socioeconômico e epidemiológico de idosos residentes em instituições de longa permanência. *Ver enferm UFPE*. 2016;10(7):2504-12.
60. MENDONÇA JMB de. *POLÍTICAS PÚBLICAS PARA IDOSOS NO BRASIL: Análise à luz da influência das Normativas Internacionais*. 2015;172.
61. Chaimowicz F. *Saúde do Idoso*. Saúde do Idoso. 2013. 167 p.
62. IBGE. *De Geografia E*. 2010;55(11):2003. Available at: <http://www.bcb.gov.br/pec/GCI/PORT/readout/readout.asp>
63. IBGE. *Projeções da população Brasil e unidades da federação: revisão 2018*. Rio de Janeiro: IBGE, 2018.
64. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. *World Population Prospects: the 2017 revision*. New York; 2017. [acesso em 14/04/2021] Available from: <http://esa.un.org/unpd/wpp/>.
65. CB R. *O processo de envelhecimento e a feminização da velhice: um olhar sobre mulheres idosas beneficiárias do benefício de prestação continuada*. 2018.
66. Fernandes MT de O, Soares SM. O desenvolvimento de políticas públicas de atenção ao idoso no Brasil. *Rev da Esc Enferm da USP*. 2012;46(6):1494–502.
67. Silva JAC da, Almeida MHM de. *Orientações Políticas E Prática Profissional Em Instituições De Longa Permanência Para Idosos*. *Estud Interdiscip sobre o Envelhec*. 2013;18(1).
68. Helena AW, et al. *Rede de atenção à pessoa idosa*. São Paulo: Fundação Padre Anchieta: 2009.
69. Clos, Michelle Bertóglia e Grossi, Patricia Krieger *Desafios para o cuidado digno em*

- instituições de longa permanência. *Revista Bioética* [online]. 2016, v. 24, n. 2 [Acessado 12 Março 2022] , pp. 395-411. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1983-804220>.
70. Batista, AS, Araujo ,AB Intimidade e mercado: o cuidado de idosos em instituições de longa permanência. *Sociedade e Estado* [online]. 2011, v. 26, n. 1 [Acessado 12 Março 2022] , pp. 175-195. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S010>.
  71. Moraes EN. *Atenção à saúde do idoso: aspectos conceituais*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde: 2012.
  72. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) (2019). p. <https://www.ipea.gov.br/portal/>.
  73. Brasil. Portaria nº. 73 de 10 de maio de 2001. 2001; <https://www2.camara.leg.br/legin/marg/portar/2001/>.
  74. Brasil. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. *Guia de políticas, programas e projetos do Governo Federal para a população idosa. Compromisso nacional para o envelhecimento ativo*. Brasília: Secretaria de Direitos Humanos da Presidência.
  75. Brasil. Brasil. Lei nº 10.741, de 01 de outubro de 2003. *Estatuto do idoso*. Diário Oficial da União 03 de out 2003; seção 1.
  76. Organização Mundial de Saúde (OMS). *Envelhecimento ativo: um projeto de política de saúde*: [Em linha]. Madrid: OMS, 2002.
  77. Ministério da Saúde (BR). Resolução nº. 283 de 26 de setembro de 2005. *Regulamento técnico para o funcionamento das instituições de longa permanência para idosos*. p. <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2..>
  78. Silva, CC, Gomes LGS, Freitas CMSM, França ISX, Oliveira RC. *Principais políticas sociais, nacionais e internacionais, de direito do idoso*. 2013. Disponível em: <http://www.seer.ufrgs.br/RevEnvelhecer/article/view/28351>>. [Acesso em 25 maio de 2021].
  79. Ministério da Saúde (BR) . Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. *Orientações técnicas para implementação de linha de cuidado para atenção integral à saúde da pessoa idosa no sistema único de saúde - sus*. Brasil.
  80. Brasil. Presidência da República. *Emenda Constitucional Nº 64, DE 4 DE FEVEREIRO DE 2010*. Brasil.; 2010.
  81. Boff L. *Saber cuidar*. *Petróp Vozes* [Internet]. 1999;46. Disponível em: <http://www.smeduquedecaxias.rj.gov.br/nead/Biblioteca/FormaçãoContinuada/EducaçãoAmbientalsabercuidaboff.pdf>[ Acesso em 28 de maio de 2021].
  82. Heidegger, Martin, 188g-i976. *Ser e tempo / Martin Heidegger*; tradução, organização, nota prévia, anexos e notas Fausto Castilho. Campinas, SP: Editora da Unicamp; Petrópolis, RJ: Editora Vozes 2012.
  83. Pinheiro R, Silva Junior AG. *Cidadania do Cuidado: o universal e o comum na integralidade das ações de saúde*. 2011; Available from: [www.lappis.org.br](http://www.lappis.org.br).
  84. Schütz GE, Miranda AC de, Waissman W. *Justiça ambiental: integrando ciência e movimentos sociais*. *Cien Saude Colet*. 2014;19(10):3628–3628.

85. Pinheiro R, Silva Junior AG da. Por uma sociedade cuidadora. 2010. 447 p.
86. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. 2012. Disponível em: [http://www.conselho.saude.gov.br/web\\_comissoes/con](http://www.conselho.saude.gov.br/web_comissoes/con). [Acesso em 29 de maio de 2021].
87. Brasil. Portaria nº 810 de 22 de setembro de 1989. Aprova normas e os padrões para o funcionamento de casas de repouso, clínicas geriátricas e outras instituições destinadas ao atendimento de idosos..
88. Brasil. Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais. Resolução CNAS nº109 de 11 de novembro de 2009. Disponível em <http://www.mds.gov.br/suas/resolucao-cnas-nº109-2009-tipificacaonacional-de-servicos-socioassistenciais>.
89. Palmer RE, Filosofia OSDA. Richard E. Palmer.
90. Gadamer, H-G. Verdade e método II: Complementos e índice. Trad. Enio Paulo Giachini. 1º Ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2002.
91. Ayres JRCM. Uma concepção hermenêutica de saúde. *Physis Rev Saúde Coletiva*. 2007;17(1):43–62.
92. Gadamer, Hans-Georg. O caráter oculto da saúde. Petrópolis: Vozes, 2006.
93. Hernandez JC, Arnaiz MG. Alimentación y Cultura: perspectivas antropológicas. Barcelona: Ariel; 2005.
94. Freitas M do CS de, Minayo MC de S, Fontes GAV. Sobre o campo da Alimentação e Nutrição na perspectiva das teorias compreensivas. *Cien Saude Colet*. 2011;16(1):31–8.
95. Benetti, F. et. al. Instituições de longa permanência para idosos: olhares sobre a profissão do nutricionista. *Estudos interdisciplinares do envelhecimento*, Porto Alegre, v. 19, n. 2, p. 397-408, 2014.
96. Salcher EBG, Portella MR, Scortegagna H de M. Cenários de instituições de longa permanência para idosos: retratos da realidade vivenciada por equipe multiprofissional. *Rev Bras Geriatr e Gerontol*. 2015;18(2):259–72.
97. Volkert D, Beck AM, Cederholm T, Cruz-Jentoft A, Goisser S, Hooper L, et al. ESPEN guideline on clinical nutrition and hydration in geriatrics. *Clin Nutr [Internet]*. 2019;38(1):10–47. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2018.05.024>.
98. CFN - Conselho Federal de Nutricionistas. Resolução CFN nº 600, de 25 de fevereiro de 2018. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 20 abr. 2018. Seção 1, p. 157.
99. Zhang Y, Ma ZF. Impact of the COVID-19 pandemic on mental health and quality of life among local residents in Liaoning Province, China: A cross-sectional study. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(7).
100. Roland K, Markus M. COVID-19 pandemic: Palliative care for elderly and frail patients at home and in residential and nursing homes. *Swiss Med Wkly*. 2020;150(13–14):0–1.
101. Recinella G, Marasco G, Serafini G, Maestri L, Bianchi G, Forti P, et al. Prognostic role of nutritional status in elderly patients hospitalized for COVID-19: a monocentric study. *Aging Clin Exp Res [Internet]*. 2020;32(12):2695–701. Available from: <https://doi.org/10.1007/s12149-020-01711-1>.
102. Fuganti Campos L, Alves Barreto P, Duprat Ceniccola G, Costa Gonçalves R,

- Brescovici Nunes de Matos L, Martins Saraiva Figueira Zambelli C, et al. Especial Parecer BRASPEN/ AMIB para o Enfrentamento do COVID-19 em Pacientes Hospitalizados Apoio institucio.
103. Bauer JM, Morley JE. Editorial: COVID-19 in older persons: the role of nutrition. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care*. 2021;24(1):1–3.
  104. De Moraes Pontes MTC. The play therapy in the phenomenological-existential perspective of children in clinical care. *Rev da Abordagem Gestaltica*. 2019;25(1):15–25.
  105. Lima SCVC. Terapia Nutricional E Reabilitação De Indivíduos Com Covid-19. 2020. 1–67 p.
  106. Barazzoni R, Bischoff SC, Breda J, Wickramasinghe K, Krznaric Z, Nitzan D, et al. ESPEN expert statements and practical guidance for nutritional management of individuals with SARS-CoV-2 infection. *Clin Nutr [Internet]*. 2020;39(6):1631–8. Available at: ht.
  107. Butler MJ, Barrientos RM. Since January 2020 Elsevier has created a COVID-19 resource centre with free information in English and Mandarin on the novel coronavirus COVID- 19 . The COVID-19 resource centre is hosted on Elsevier Connect , the company ’ s pu.
  108. Moraes AHA, Passos TS, Maciel BLL, da Silva-Maia JK. Can Probiotics and Diet Promote Beneficial Immune Modulation and Purine Control in Coronavirus Infection? *Nutrients*. 2020 Jun 10;12(6):1737. doi: 10.3390/nu12061737. PMID: 32532069.
  109. Jayawardena R, Sooriyaarachchi P, Chourdakis M, Jeewandara C, Ranasinghe P. Since January 2020 Elsevier has created a COVID-19 resource centre with free information in English and Mandarin on the novel coronavirus COVID- 19 . The COVID-19 resource centre .
  110. Bhushan I, Sharma M, Mehta M, Badyal S, Sharma V, Sharma I, et al. Bioactive compounds and probiotics—a ray of hope in COVID-19 management. *Food Sci Hum Wellness [Internet]*. 2021;10(2):131–40. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.fshw.2021.02.001>.
  111. Di Pierro F. A possible probiotic (*S. salivarius* K12) approach to improve oral and lung microbiotas and raise defenses against SARS-CoV-2.
  112. Sena CS. Abordagem da Equipe Multiprofissional em ILPI : Cuidado Integral na Pandemia de. 2020;
  113. Gonçalves ACRB dos SAACCF de MRHTSHLCA de ML de SBLS da C de OM de MCM Do. ORIENTAÇÕES PARA A PREVENÇÃO E O CONTROLE DE Agência Nacional de Vigilância Sanitária – Anvisa. 2020;1–27.
  114. Taquette SR. Análise e Interpretação de dados de pesquisa qualitativa. *Congr Ibero-Americano em Investig Qual*. 2016;2(2010):524–33.
  115. Collet N, Wetzel C. Hermenêutica dialética: um caminho de pensamento na investigação em enfermagem TT - Dialectic hermeneutics: a way of thinking in nursing research. *Rev Gauch Enferm [Internet]*. 1996;17(1):5–11. Available from: <http://pesquisa.bvsalud.org>.
  116. Stein E. Aproximações Sobre Hermeneutica. 2004. p. 115 p.
  117. Habermas J. Teoría de la acción comunicativa II: crítica de la razón funcionalista.

- 1987;
118. Gadamer HG. Verdade e método I: traços fundamentais de uma hermenêutica filosófica. Trad. de Enio Paulo Giachini. 9ª ed. Petrópolis: Vozes; 2008.
  119. Lenin, W., 1965. Cahiers Philosophiques. Paris: Ed. Sociales M.
  120. GIL, Antonio Carlos. Métodos e técnicas de pesquisa social / Antonio Carlos Gil. - 6. ed. - São Paulo : Atlas,2008.
  121. Silva LM. Artigo Investigação Empírica na Ciência Jurídica . Contribuições da Sociologia Empirical Research In Legal Science . Contributions Of Legal Sociology For The Production Of Non-Dogmatic Knowledge vista a dificuldade normativa que está implantada .
  122. Bisol, Ares G, de Saldamando L, Giménez A, Claret A, Cunha LM, et al. cultural : entrevistas de listagem livre , entrevistas com informantes-chave e grupos focais Research strategies in the context of cultural. Food Qual Prefer [Internet]. 2012;29(2):719–.
  123. <http://www.grupoaltevita.com.br/quem-somos/>.
  124. Duarte, Rosália. (2004). Entrevistas em pesquisas qualitativas. Educar em Revista, (24), 213-225. <https://doi.org/10.1590/0104-4060.357>.
  125. Moreira MA. Aprendizagem significativa em mapas conceituais. J Chem Inf Model. 2013;53(9):1689–99.
  126. Prado AR, Moreira MA,. Mapas conceituais e diagramas V. Prometeica. 2010;1(2):74–8.
  127. Souza NA de, Boruchovitch E. Mapas conceituais: estratégia de ensino/aprendizagem e ferramenta avaliativa. Educ em Rev. 2010;26(3):195–217.
  128. Novak JD, Cañas AJ. The Theory Underlying Concept Maps and How to Construct and Use Them, Technical Report IHMC CmapTools 2006-01 Rev 01-2008. IHMC C [Internet]. 2008;1–36. Available from: <http://www.ode.state.or.us/teachlearn/subjects/science/resources/m>.
  129. Castro LMX de, Simonetti MCM, Araújo MJ de O. Monitoramento e acompanhamento da. 2015;
  130. Camargo B V., Justo AM. IRAMUTEQ: Um software gratuito para análise de dados textuais. Temas em Psicol. 2013;21(2):513–8.
  131. Moura RM, Motokane MT, Oliveira MM de. Síntese interativa através da construção de texto colaborativo subsidiado pelo IRAMUTEQ no âmbito da metodologia interativa. Divers J. 2022;7(1):0476–94.
  132. Sebold LF, Locks MOH, Hammerschmidt KS de A, Fernandez DLR, Tristão FR, Girondi JBR. Círculo hermenêutico heideggeriano: Uma possibilidade de interpretação do cuidado de enfermagem. Texto e Context Enferm. 2017;26(4):1–8.
  133. Mantzavinos C. O círculo hermenêutico: que problema é este? Tempo Soc. 2014;26(2):57–69.
  134. Rohden, L. O Círculo Hermenêutico como estrutura, o enquanto da Hermenêutica Filosófica. Veritas (Porto Alegre). , v.44, p.109 - 131, 1999.
  135. Oliveira, Maria Marly de. Como fazer Pesquisa Qualitativa. 3. ed. Petrópolis: Vozes,

2008. 181 p. 2008;
136. Oliveira MM De. Metodologia interativa: um processo hermenêutico dialético. *Interfaces Bras.* 2012;1(1):67–80.
  137. Oliveira, MM de. *Como fazer Pesquisa Qualitativa*. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 2008. 181 p. 2008;
  138. De Oliveira Silva Alencar T. Hermenêutica Dialética : Uma Experiência Enquanto Método De Análise Na Pesquisa. *Rev Bras em Promoção da Saúde.* 2012;25(2):243–50.
  139. Teixeira EB. A Análise de Dados na Pesquisa Científica. Importância e desafios em estudos organizacionais. *Desenvolv em Questão.* 2003;1(2):177–201.
  140. Freitas M do CS de. *Agonia da fome. Agonia da fome.* 2003.
  141. Boff L. Saber cuidar. *Petróp Vozes* [Internet]. 1999;46. Available at: <http://www.smeduquedecaxias.rj.gov.br/need/Biblioteca/FormaçãoContinuada/EducaçãoAmbiental/sabercuidaboff.pdf>
  142. Rego A, Cunha MP e, Meyer Jr. V. Quantos participantes são necessários para um estudo qualitativo? Linhas práticas de orientação. *Rev Gestão dos Países Língua Port.* 2019;17(2):43.
  143. Bisol, Ares G, de Saldamando L, Giménez A, Claret A, Cunha LM, et al. cultural : entrevistas de listagem livre , entrevistas com informantes-chave e grupos focais Research strategies in the context of cultural. *Food Qual Prefer* [Internet]. 2012;29(2):719–26. Available at: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0963996914005535><http://doi.wiley.com/10.1111/j.1470-6431.2010.00880.x><http://dx.doi.org/10.1016/j.foodqual.2014.05.003><http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0950329304000540><http://dx.d>
  144. Freitas M do CS de. *Agonia da fome. Agonia da fome.* 2003.
  145. Tavares R. Construindo mapas conceituais. *Ciências e Cognição* [Internet]. 2007;Vol.12(21):72–85. Available from: <http://www.cienciasecognicao.org>.
  146. Gomes GC, Moreira R da S, Maia TO, Dos Santos MAB, Silva V de L. Factors associated with personal autonomy among the elderly: A systematic review of the literature. *Cienc e Saude Coletiva.* 2021;26(3):1035–46.
  147. Hwang HL, Lin HS. Perceived enactment of autonomy and related sociodemographic factors among non-institutionalized elders. *Kaohsiung J Med Sci.* 2004;20(4):166–73.
  148. Cherix K, Coelho Júnior NE. The care of elderly as a field of inter-subjective relations: ethic reflections. *Interface (Botucatu).* 2017; 21(62):579-88.
  149. Athayde M. Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. *Cad Saude Publica.* 2005;21(3):989–90.
  150. Gasc A, B AN, B SS, Fr T, Steven D, Moreira SDSLS, et al. Resolução N° 4 de 02 de maio de 2018. *Photosynthetica.* 2018;2(1):1–13.
  151. Martinez MC, Paraguay AIBB. Satisfação e saúde no trabalho: aspectos conceituais e metodológicos. *Cad Psicol Soc do Trab.* 2003;6(0):59.
  152. Da Matta, Roberto. *Sobre comida e mulheres.* Rio de Janeiro: Rocco, 1997.

153. Mazonetto, AC. Tese de Doutorado: Significados e práticas relacionados ao ato de cozinhar: estudo intergeracional com mulheres utilizando a Teoria Fundamentada nos Dados. Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós.
154. Maciel, M. E. Cultura e alimentação ou o que têm a ver os macaquinhos de koshima com Brillat-Savarin? *Horizontes Antropológicos*, v. 7, n. 16, p. 234-267, 2001.
155. Assunção, V. K. Comida de mãe: notas sobre alimentação, família e gênero. *Caderno Espaço Feminino*, v. 19, n. 1, p. 233-253, 2008.
156. Santos, C. R. A. A alimentação e seu lugar na história: Os tempos da memória gustativa. *História: Questões e Debates*, n. 2, p. 11-31, 2005.
157. Lima SCVC. Terapia Nutricional E Reabilitação De Indivíduos Com Covid-19. 2020. 1-67 p.
158. Giddens A. *Modernidade e Identidade*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2002.
159. Campos, G. W. S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Ciências & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 219-230, jul./dez. 2000.
160. Da Matta, R. *O que faz o Brasil, Brasil?* Rio de Janeiro: Rocco, 1986.
161. Franco, A. *De caçador a gourmet; uma história da gastronomia*. São Paulo: Editora Senac São Paulo, 2001, p.22.
162. Bleger, J. *Psicologia da conduta* Porto Alegre: Artes Médicas, 1984.
163. Brooks, S.K., Webster, R.K., Smith, L.E., Woodland, L., Wessely, S., Greenburg, N., Rubin, G.J. (2020). The Psychological Impact of Quarantine and How to Reduce It: Rapid Review of the Evidence. *The Lancet*; 395:912-920. <https://www.thelancet.com/journals/>.
164. Bitencourt, SMA, Batista C. Trabalhadoras da saúde face à pandemia: por uma análise sociológica do trabalho de cuidado. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. 2021, v. 26, n. 3 [Acessado 13 Março 2022], pp. 1013-1022. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1>.
165. Laubert, B. C. M. G., Aguiar, B. G. C., Goulart, M. d. C. e. L., Fonseca, V. F. d., Mendes, P. A. T., Celular, D. d. O. M., & Guimaraes, T. Z. (2022). Experiência multidisciplinar exitosa em instituição de longa permanência para idosos durante a pandemia .
166. Barbosa, D. A., Schneider, M. T. D., Almeida, E. B., & Lima da Silva, T. B. (2021). Desafios do distanciamento social decorrente da pandemia da COVID-19: Um relato de experiências de uma Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPIs) e de um centro-.

## **6. APÊNDICE**

6.1 ROTEIRO DE ENTREVISTA EM PROFUNDIDADE - IDOSOS

6.2 ROTEIRO DE ENTREVISTA EM PROFUNDIDADE - PROFISSIONAIS DE SAÚDE

6.3 ROTEIRO DE ENTREVISTA EM PROFUNDIDADE - COZINHEIROS

## 6.1 APÊNDICE - Roteiro de Entrevista em Profundidade - Idosos

Número da entrevista: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/2021 Início: \_\_\_\_:\_\_\_\_ Término: \_\_\_\_:\_\_\_\_

### I) Dados de Identificação:

Nome (iniciais): \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Gênero: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_

Número de filhos: \_\_\_\_\_ Tempo na ILPI: \_\_\_\_\_

### II) Roteiro temático para entrevistas com os idosos residentes:

1. Alimento/ comida (aspectos psicossociológicos e culturais do comer com os aspectos simbólicos e a própria percepção do alimento. Comportamento/ experiências alimentares. Sentimento em relação ao prato e a pessoa que fez aquele alimento).
2. Sociabilidade alimentar (contexto, espaço, relações, interações, comunicação, rituais, comensalidade, a situação na qual acontece o ato de consumo).
3. Pandemia COVID-19, março de 2020.
4. Outras questões (deseja acrescentar algo que considere importante)?

## 6.2 APÊNDICE - Roteiro de Entrevista em Profundidade - Profissionais de Saúde

Número da entrevista: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/2021 Início: \_\_:\_\_:\_\_ Término: \_\_:\_\_:\_\_

### I) Dados de Identificação:

Nome (iniciais): \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Gênero: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_ Tempo de serviço na ILPI: \_\_\_\_\_

### II) Roteiro temático para entrevistas com os profissionais

1. Me conte sobre você, sua história e atuação profissional.
2. Conhecimento da realidade biológica, econômica-social, simbólica e cultural do idoso.
3. Possibilidades de aproximação/ acolhimento do idoso institucionalizado pode ser atendida ou não por uma prescrição alimentar e dietética na unidade de cuidado. (Como você pensa sobre a ligação entre a realidade biológica, social, simbólica e cultural deste idoso com o serviço a ser prestado?).
4. Monitoramento e avaliação dos seus procedimentos (contato com os idosos, avaliação antropométrica, avaliação da aceitação alimentar; contato com os profissionais da unidade de cuidado; contato com a família/ responsável).
5. Pandemia COVID-19, em março de 2020.
6. Outras questões (deseja acrescentar algo que considere importante)?

### 6.3 APÊNDICE - Roteiro de Entrevista em Profundidade - Cozinheiros

Número da entrevista: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/2021 Início: \_\_\_\_:\_\_\_\_ Término: \_\_\_\_:\_\_\_\_

#### I) Dados de Identificação:

Nome (iniciais): \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Gênero: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_

Profissão: \_\_\_\_\_ Tempo de serviço na ILPI: \_\_\_\_\_

#### II) Roteiro temático para entrevistas com os cozinheiros

1. Alimento/ comida (como aprendeu a cozinhar, sentimento, aspectos sensoriais - cor, sabor, odor, textura. Alimentos e saciedade e necessidades individuais).
2. Cozinha (ato de cozinhar/ modo de preparo dos alimentos, procedimentos, ingredientes, pertencimento social, necessidade de trabalho/ capitalista. Envolvimento entre cozinheiro, ambiente, dedicação e alimento).
3. Comida afetiva (expressão de gosto, hospitalidade e memória, identidade cultural, significados, representações. Sentimentos do (a) cozinheiro (a) e a relação que se estabelece com a comida e com quem vai consumi-la. Relação entre o prato e a pessoa).
4. Pandemia COVID-19, em março de 2020.
5. Outras questões (deseja acrescentar algo que considere importante)?

#### **6.4 APÊNDICE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

O (a) senhor (a) está sendo convidado (a) a participar do projeto Significados do Cuidado Alimentar e Nutricional de Idosos em Alimentação Oral: Um Estudo de Caso na Pandemia COVID-19 em Instituições de Longa Permanência do Distrito Federal, sob a responsabilidade da pesquisadora Carolina Pina Camandaroba juntamente com a Professora PhD Denise Oliveira e Silva.

O nosso objetivo é analisar os significados do cuidado nutricional segundo idosos e cuidadores de instituições de longa permanência no Distrito Federal na Pandemia COVID-19.

O (a) senhor (a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não será divulgado, sendo mantido o mais rigoroso sigilo através da omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo (a).

A sua participação é voluntária e consistirá em dar uma entrevista gravada sobre o seu entendimento quanto ao cuidado nutricional de idosos residentes em uma Instituição de Longa Permanência Para Idosos, a qual deverá ser respondida no local e na data combinada. Não existe obrigatoriamente, um tempo pré-determinado para responder a entrevista. Será respeitado o tempo de cada um para respondê-la.

Os riscos decorrentes de sua participação na pesquisa são os mínimos possíveis, como ter que lidar com situações negativas que lhe remetem a sentimentos e emoções não superadas até o momento da entrevista, bem como o constrangimento ao responder às questões. Para minimizar o problema, a entrevista será realizada em ambiente reservado. Se o senhor (a) aceitar participar, os resultados da pesquisa poderão contribuir para a compreensão do processo do cuidado nutricional para idosos institucionalizados em centros geriátricos de longa permanência em Brasília - DF durante a pandemia por COVID-19, para gerar contribuições sobre a integralidade do cuidado como princípio e prática das relações vividas em um processo de pandemia para desvelar as percepções, suposições e ressignificações, possibilitando a construção e revisão de Políticas Públicas de Saúde para Idosos no âmbito da coordenação do cuidado a longo prazo, e a estruturação de uma rede de serviços para idosos em situação de dependência, proporcionando a reflexão do cuidado em saúde e a reorganização e aperfeiçoamento do serviço prestado.

Informo que o senhor(a) pode se recusar a responder qualquer questão que eventualmente lhe traga constrangimento ou que não queira responder, podendo desistir de

participar da pesquisa em qualquer momento, sem nenhum prejuízo para o senhor (a). Se depois de consentir em sua participação o senhor (a) desistir de continuar participando, tem o direito e a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, seja antes ou depois da coleta dos dados, independente do motivo e sem nenhum prejuízo a sua pessoa.

Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação, que será voluntária.

Os resultados da pesquisa serão divulgados aqui na Instituição de Longa Permanência estudada, podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais utilizados na pesquisa ficarão sobre a guarda do pesquisador por no mínimo 5 anos.

Se o (a) senhor (a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor, telefone para: (61) 98210-0154, no horário de 08:00h. às 12:00h. e de 14:00h. às 17:00h., disponível inclusive para ligação a cobrar. E-mail: carolcamandaroba@gmail.com.

Este projeto foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fiocruz Brasília em 02 de Agosto de 2021, com o número do CAAE 46932221.5.0000.8027. O CEP é composto por profissionais de diferentes áreas cuja função é defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integralidade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. As dúvidas com relação às assinaturas do TCLE ou os direitos do participante da pesquisa podem ser obtidas através dos telefones: (61) 3329-4607 / 3329-4638 ou e-mail: cepbrasil@fiocruz.br.

Caso concorde em participar, pedimos que assine este documento que foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável, e a outra com o senhor (a).

---

Nome / assinatura

---

Carolina Pina Camandaroba

Brasília, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

## 7. ANEXO PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA DA INSTITUIÇÃO

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ  
(FIOCRUZ - BRASÍLIA)



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** A HERMENÊUTICA DO CUIDADO NUTRICIONAL DE IDOSOS: UM ESTUDO DE CASO NA PANDEMIA COVID-19 EM INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA DO DISTRITO FEDERAL

**Pesquisador:** CAROLINA PINA CAMANDAROBA

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 46932221.5.0000.8027

**Instituição Proponente:** FUNDACAO OSWALDO CRUZ

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 4.880.054

#### Apresentação do Projeto:

Trata-se de estudo do PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE - MESTRADO PROFISSIONAL EM POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE da Fiocruz Brasília.

O estudo busca contribuir para compreensão dos significados hermenêuticos dos idosos e cuidadores sobre o cuidado nutricional no período de pandemia, que englobam os sujeitos envolvidos diretamente com o fenômeno do cuidado, vivenciado pelo encontro de quem é cuidado e de quem cuida, colaborando, deste modo, para evocar as experiências dos cenários de práticas de cuidados.

A pesquisadora informa que o estudo foi previsto para colaborar com a reflexão do processo hermenêutico da atenção e de cuidado alimentar, dietoterápico e nutricional para idosos, correlacionado com a pandemia por COVID-19, além de contribuir para a organização e prática do cuidado ofertado e para a qualificação no desenvolvimento do trabalho em Instituições de Longa Permanência para Idosos no Distrito Federal.

#### Objetivo da Pesquisa:

**Objetivo Primário:**

Analisar a hermenêutica do cuidado nutricional segundo idosos e cuidadores de instituições de longa permanência no Distrito Federal na Pandemia COVID-19

**Endereço:** Av L3 Norte Campus Darcy Ribeiro, Gleba A, SC 4 CAMPUS UNIVERSITARIO DARCY RIBEIRO  
**Bairro:** ASA NORTE **CEP:** 70.910-900  
**UF:** DF **Município:** BRASILIA  
**Telefone:** (61)3329-4746 **E-mail:** cepbrasil@fiocruz.br

Continuação do Parecer: 4.880.054

**Objetivo Secundário:**

Descrever a percepção do conceito de cuidado nutricional.

Apresentar as unidades ômicas relacionadas ao cuidado nutricional.

Construir mapas semânticos sobre os significados do cuidado nutricional.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Foi considerado como fator de risco a possibilidade dos sujeitos entrevistados terem que lidar com situações negativas que lhes remetem a sentimentos e emoções não superadas até o momento da entrevista, bem como o possível constrangimento ao responder às questões. Para minimizar o problema a entrevista será realizada em ambiente reservado.

Foi considerado como benefício a possibilidade dos participantes da pesquisa receberem apoio através de escuta qualificada, além da possibilidade de colaborar com o processo de cuidado em Instituições de Longa Permanência para Idosos e da possibilidade de contribuírem na construção e estruturação de políticas e programas de saúde para idosos.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, utilizando como método de análise a hermenêutica dialética, devido à relevância em conhecer, compreender, analisar e interpretar o processo de cuidado nutricional em ILPIs.

O trabalho de campo será realizado em duas Instituições de Longa Permanência do Distrito Federal pertencentes ao grupo Altevita, escolhida intencionalmente em decorrência da pesquisadora já ter trabalhado nas unidades, estimulada pela facilidade de acesso neste período de pandemia para realização das entrevistas de modo presencial com os profissionais de saúde e residentes das unidades, mantendo os cuidados necessários e adequados para proteção contra o novo coronavírus.

Na coleta de dados, será utilizado como técnica a entrevista semi-estruturada, a qual conduzirá a pesquisa a uma descrição em profundidade do fenômeno estudado, intensificando a importância da linguagem e do significado da fala, registrando-as em gravador.

A coleta de dados será consolidada através da análise de mapas conceituais como ferramenta organizadora da rede cognitiva.

A população do estudo será constituída por idosos; profissionais de saúde das instituições que atuam na coordenação do cuidado institucional e nutricional: enfermeiro chefe e nutricionista; profissionais que atuam na execução do cuidado institucional e nutricional: supervisores de enfermagem, técnicos de enfermagem, técnicos de nutrição e cozinheiro; e, profissionais que

**Endereço:** Av L3 Norte Campus Darcy Ribeiro, Gleba A, SC 4 CAMPUS UNIVERSITARIO DARCY RIBEIRO

**Bairro:** ASA NORTE

**CEP:** 70.910-900

**UF:** DF

**Município:** BRASÍLIA

**Telefone:** (61)3329-4746

**E-mail:** cepbrasilia@fiocruz.br

Continuação do Parecer: 4.880.054

atuam na execução do cuidado terceirizado: cuidadores particulares.

Foi recomendado no parecer de 16 de junho de 2021, a apresentação da Carta de Anuência das Instituições de Longa Permanência de Idosos do DF, pertencentes ao Grupo Altevita, que serão objeto do estudo. A Carta foi apresentada pela aluna, contudo, não foi observada a Resolução correta, razão pela qual o Projeto permaneceu em pendência.

Em 20/7, após apresentação da nova carta de Anuência institucional, a qual apresentou corretamente a Resolução vigente (466), o projeto foi aprovado.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Todos os termos de natureza obrigatória foram devidamente postados pela pesquisadora.

Em 20/7 foi postada na Plataforma nova Carta de Anuência, contendo a autorização do Grupo Altevita, instituição objeto do estudo, autorizando a realização da pesquisa.

Ressalta-se que foi realizada no texto da Carta de Anuência a correção da Resolução CNS, qual seja: 466/12.

**Recomendações:**

Recomenda-se sempre a leitura e a observância das Resoluções CNS atualizadas, para que o projeto não sofra interferência em suas etapas.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Projeto aprovado.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Considerando as Resoluções 466/12 e 510/16, a pesquisadora deverá encaminhar a este Cep ao término do estudo o seu relatório final e, caso se faça necessário, o seu relatório parcial.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1751094.pdf	20/07/2021 11:38:25		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Anuencia.pdf	20/07/2021 11:37:37	CAROLINA PINA CAMANDAROBA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Cartadeanuencia.pdf	24/06/2021 14:06:09	CAROLINA PINA CAMANDAROBA	Aceito

**Endereço:** Av L3 Norte Campus Darcy Ribeiro, Gleba A, SC 4 CAMPUS UNIVERSITARIO DARCY RIBEIRO  
**Bairro:** ASA NORTE **CEP:** 70.910-900  
**UF:** DF **Município:** BRASILIA  
**Telefone:** (61)3329-4746 **E-mail:** cepbrasil@fiocruz.br

Continuação do Parecer: 4.880.054

Folha de Rosto	FolhadeRosto.pdf	13/05/2021 08:28:07	CAROLINA PINA CAMANDAROBA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	09/05/2021 19:37:10	CAROLINA PINA CAMANDAROBA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	09/05/2021 19:36:05	CAROLINA PINA CAMANDAROBA	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

BRASILIA, 02 de Agosto de 2021

---

Assinado por:

**BRUNO LEONARDO ALVES DE ANDRADE**  
(Coordenador(a))

**Endereço:** Av L3 Norte Campus Darcy Ribeiro, Gleba A, SC 4 CAMPUS UNIVERSITARIO DARCY RIBEIRO  
**Bairro:** ASA NORTE **CEP:** 70.910-900  
**UF:** DF **Município:** BRASILIA  
**Telefone:** (61)3329-4746 **E-mail:** cepbrasil@fiocruz.br