

UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS
CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

Fabio José Pavan

HISTÓRIAS DE MULHERES INSTITUCIONALIZADAS

SÃO LEOPOLDO – RS

2007

Fabio José Pavan

HISTÓRIAS DE MULHERES INSTITUCIONALIZADAS

Dissertação apresentada à Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS, como requisito parcial para a obtenção do Título de **Mestre em Saúde Coletiva**.

Orientadora: Professora Doutora Stela Nazareth Meneghel

Co-orientador: Professor Doutor José Roque Junges

São Leopoldo

2007

SUMÁRIO

1 JUSTIFICATIVA	3
2 REVISÃO DE LITERATURA	8
2.1 ENVELHECIMENTO	8
2.2 A FEMINIZAÇÃO DA VELHICE	15
2.3 PROCESSO DE INSTITUCIONALIZAÇÃO DO IDOSO	20
3 OBJETIVOS	27
3.1 OBJETIVOS GERAIS	27
4 METODOLOGIA	28
4.1 TIPO DE ESTUDO	28
4.2 CAMPO DE PESQUISA	28
4.3 SUJEITOS DO ESTUDO	30
4.4 COLETA DE INFORMAÇÕES	30
4.5 ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES	32
4.6 ASPECTOS ÉTICOS	34
5 CRONOGRAMA	36
6 ORÇAMENTO	37
REFERÊNCIAS	38
ANEXOS	44
ANEXO 01: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	45
ANEXO 2: AUTORIZAÇÃO PARA O USO DE IMAGEM	46

1 JUSTIFICATIVA

Atualmente o envelhecimento populacional no mundo, principalmente nos países subdesenvolvidos, entre eles o Brasil, tem colocado o desafio de enfrentar essa nova realidade com soluções criativas e viáveis. O envelhecimento tem exigido respostas no que diz respeito especialmente às políticas públicas dirigidas à população idosa, com o intuito de preservar a saúde e a qualidade de vida e assegurar atenção adequada a este grupo populacional.

Foi especialmente a segunda metade do século XX, que marcou definitivamente a importância do estudo da velhice, resultante da tendência no aumento do número de idosos em todo mundo, denominada Transição Demográfica. A estimativa é de que em 2025 o Brasil terá 32 milhões de pessoas com 60 anos ou mais, tornando-nos, assim, a sexta maior população idosa do mundo (SANTANA & SANTOS, 2005).

Dados demográficos mundiais apontam um aumento contínuo da proporção de pessoas idosas no conjunto da população. Esse fenômeno, a que se convencionou denominar “envelhecimento populacional”, foi inicialmente observado e reconhecido como característica dos países desenvolvidos. Porém, nas últimas décadas revela-se igualmente nos países de economia periférica e dependente. E nestes, como no Brasil, a transformação da antiga pirâmide populacional traz novos e complexos problemas sociais e econômicos (UNITED NATIONS POPULATION DIVISION, 2002).

A Organização das Nações Unidas (ONU) considera o período de 1975 a 2025 a Era do Envelhecimento. A ONU salienta que enquanto nas nações desenvolvidas, no período de 1970 a 2000, o crescimento observado foi de 54%, nos países pobres atingiu 123%, ou seja foi ainda mais acelerado que nos países centrais (SIQUEIRA, 2002).

No Brasil, o envelhecimento da população vem ocorrendo rapidamente, verificando-se um importante aumento da população idosa, tanto em termos absolutos quanto proporcionais (BERQUÓ, 1999), e, em 20 anos deverá haver 33 milhões de idosos, em torno de 15% da população brasileira (IBGE, 2004). Kofi Annan, Secretário Geral das Nações Unidas, em discurso na II Assembléia Mundial sobre o Envelhecimento, alertou que nos próximos 50 anos a população idosa do mundo subdesenvolvido será quadruplicada (ONU, 2002).

O Ministério da Saúde, Trabalho e Bem-estar divulgou que a expectativa de vida no Japão aumentou quase um ano. Segundo dados coletados pelo censo de 2005, a expectativa de vida para as mulheres chegou a 85,52 anos. Em 2000, quando foi realizado o censo anterior, ela estava em 84,60 anos. Pelo 21º ano seguido, a expectativa de vida para mulheres no Japão é a maior do mundo. Já para o Brasil a expectativa de vida ainda é inferior a de todos os países da América do Sul, com exceção da Bolívia.

Na questão financeira, o pesquisador do IBGE, Kaizô Beltrão, realizou um estudo comparativo entre a população idosa do Japão e do Brasil. Publicado no ano passado pela Japan External Trade Organization (Jetro), órgão do governo japonês que atua na promoção de comércio exterior e de investimentos do Japão, o estudo comparou os dados do Censo Brasileiro de 2000 e um Estudo da Universidade do Japão, considerando algumas variáveis como sexo, idade, moradia, trabalho, nível escolar, condições financeiras e estilo de vida (urbano ou rural).

Entre as conclusões do estudo realizado por ele, estão o fato de o idoso japonês atuar por mais tempo no mercado de trabalho e de depender menos de rendas provenientes de aposentadorias ou pensões para sobreviver. Conclui que, no Japão, é comum as pessoas trabalharem até a faixa dos 70 anos. Tanto homens quanto mulheres. Por lá, uma parcela significativa dos idosos ainda recebe um tipo de mesada dos filhos, uma questão cultural, de fato. No Brasil, o quadro totalmente inverso causa preocupação, devido ao déficit previdenciário gerado pelo grande número de aposentados.

As alterações na dinâmica populacional mostram que no início do século 20, um brasileiro vivia em média 33 anos, ao passo que hoje a expectativa de vida dos brasileiros ultrapassa os 68 anos (RAMOS, 1993; SILVESTRE, 1998). Segundo estimativa do DATASUS, em 2007 há uma população idosa de 15.955.579 brasileiros e a esperança de vida ao nascer vem aumentando em todas as regiões e em ambos os sexos.

O critério utilizado para classificar as pessoas no grupo dos idosos, é o cronológico, fixando para aquelas com idade igual ou superior a 60 anos a proteção de direitos especiais. Esse critério já era utilizado como referência pela Organização Mundial da Saúde para analisar o fenômeno do envelhecimento populacional, com a ressalva da diferença estipulada no seu limite: para países desenvolvidos, 65 anos, e subdesenvolvidos, 60 anos. A idade cronológica, entendida como a marcação do tempo decorrido em anos contabilizado a partir do nascimento dos indivíduos, representa o envelhecimento somente no plano legal ou social. Não é o tempo que produz efeitos biológicos, mas o processo de envelhecimento é resultado de sua passagem, ocorrendo em momentos e ritmos diferentes ao longo das fases do ciclo vital e em cada um dos seres (HAYFLICK, 1996; BRASIL, 2003).

De acordo com Lyod-Sherlock (2002), a velhice está atravessada pelas questões de gênero. As mulheres idosas experimentam uma maior probabilidade de ficarem viúvas e em situação socioeconômica desvantajosa. A maioria das idosas brasileiras não chegou a ingressar no mercado formal de trabalho (GOLDANI, 1999). O contingente feminino de mais de sessenta anos de idade passou de 0,9 milhões em 1940 para 8 milhões em 2000, ou seja, quase decuplicou em sessenta anos. Em termos proporcionais, as mulheres idosas respondiam por 2,2% do total da população brasileira em 1940, passando a ser responsáveis por 4,7% em 2000. A proporção comparável para a população masculina em 2000 foi de 3,8%.

Observa-se uma feminização da população idosa, tanto no país, como no Rio Grande do Sul, segundo os últimos dados censitários, 55% do contingente populacional brasileiro maior de sessenta anos é composto por mulheres. Entre os maiores de oitenta anos, essa proporção sobe para 60%. A preocupação com o envelhecimento populacional feminino decorre do fato de se encarar esse contingente como dependente e vulnerável não só do ponto de vista econômico. As mulheres que possuem uma expectativa de vida maior, apresentam vulnerabilidades específicas, incluindo viuvez, solidão, perda de autonomia e incapacidade para lidar com as atividades do cotidiano.

Ainda segundo o DATASUS, a distribuição por sexo revela que, em 2000, 37,6% dos responsáveis pelo lar eram idosos do sexo feminino, correspondendo a 3.370.503 domicílios, enquanto no início da década passada essa proporção atingia a 31,9%. Destaca-se ainda que a idade média do responsável idoso, em 2000, estava em torno de 69,4 anos (70,2 anos quando o responsável era do sexo feminino e 68,9 para o idoso responsável do sexo masculino).

O aumento no percentual de pessoas mais velhas é uma experiência nova na trajetória da humanidade, embora este ganho em tempo, nem sempre se acompanhe de saúde e qualidade de vida (FERNANDES, 1999), suscitando questionamentos acerca de como está sendo compreendido o envelhecimento humano, buscando entender representações sobre o fenômeno. Por outro lado, na sociedade atual, os padrões relacionais pautam-se no consumo, nos valores econômicos, na competitividade, na valorização da capacidade para o trabalho, independência e autonomia funcional, o que na maioria das vezes não pode ser realizado pelos idosos (VELOZ, CAMARGO e SCHULZE, 1999).

Ao se tratar do indivíduo idoso na sociedade contemporânea observa-se que as pessoas ao atingir certa idade passam a ser vistas como supérfluas. A sociedade capitalista vive o fascínio da modernização onde predomina o ideal da eterna juventude e os estereótipos de beleza física associados ao padrão juvenil. Assim, enquanto a máquina produz em grande escala, não sobra tempo para preocupações com a posição e os problemas enfrentados pela população idosa fragilizada frente às mudanças biopsicossociais (NOÉ, 2005).

É importante que o profissional interessado em estudar o envelhecimento esteja capacitado a discernir os efeitos do envelhecimento normal (senescência) das alterações produzidas pelas inúmeras patologias que podem acometer o idoso (senilidade) (DUARTE e DIOGO, 2000; NEGREIROS, 2003). Para realizar intervenções adequadas às características sociais e culturais da população idosa, é preciso conhecer a maneira como os idosos brasileiros envelhecem, como atribuem significado a este período de suas vidas e o integram à sua experiência. De maneira particular, é preciso conhecer um pouco mais sobre a forma como o idoso percebe seus problemas de saúde, como procura enfrentá-los e quais são as dificuldades que encontra nesse percurso, uma vez que, a velhice, como etapa de vida, é carregada de inquietude, de fragilidade e, às vezes, de angústia (RODRIGUES, 2000).

Esta nova situação demográfica significa um aumento crescente por serviços de saúde em um cenário onde os recursos são escassos para atender a demanda crescente. O idoso utiliza os serviços de saúde de modo mais freqüente que outros grupos, a prevalência de internações hospitalares é elevada, as doenças em geral são crônicas exigindo acompanhamento constante, cuidados permanentes, medicação contínua e exames periódicos (VERAS, 2003). Há, portanto, necessidade de políticas públicas para atenção deste grupo populacional, incluindo ações específicas para a população feminina (WONG & CARVALHO, 2006; LYOD-SHERLOCK, 2002).

Nos últimos anos tem ocorrido um acentuado aumento nas taxas de institucionalização de idosos. O cuidado no âmbito asilar é uma temática de relevância para a saúde pública, já que os idosos necessitam de cuidados especiais, muitas vezes dispensados de modo precário nas instituições. Quando a institucionalização é responsável pela exclusão social, pode ser percebida como promotora de doença e não de saúde, essa entendida não apenas como ausência de enfermidades, mas no seu conceito ampliado, incluindo aspectos sociais, afetivos, culturais, entre outros.

No Brasil, o Decreto nº 1.948, de 1996, define a modalidade asilar para o atendimento a idosos como "atendimento, em regime de internato, ao idoso sem vínculo familiar ou sem condições de prover a própria subsistência, de modo a satisfazer as suas necessidades de moradia, alimentação, saúde e convivência social", regendo a vida do mesmo por meio de normas específicas, e o amparando civil e socialmente (BRASIL, 1996).

Também foi criada a Lei nº 8.842 de 4 de janeiro de 1994, a qual dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, e tem por objetivo assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade. Considera-se idoso, para os efeitos desta Lei, a pessoa maior de sessenta anos de idade.

De acordo com Estatuto do Idoso (Ministério da Saúde, 2003), somente possui o consentimento para o funcionamento de instituições asilares àqueles que estão inscritos junto ao órgão competente da vigilância sanitária e aos conselhos de idosos. Em caso do descumprimento das determinações da lei, tais entidades estão sujeitas a penas, desde advertências até o fechamento.

Portanto, frente à presença cada vez maior da institucionalização da população idosa em nossa sociedade, buscamos entender como se dá este processo, quais as repercussões na saúde da mulher idosa e de que maneira ela enfrenta o envelhecimento na situação de asilamento.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 ENVELHECIMENTO

*Devia ter amado mais
Ter chorado mais
Ter visto o sol nascer
Devia ter arriscado mais
Até errado mais
Ter feito o que eu queria fazer
(Sérgio Britto – Titãs)*

O século XX se caracterizou pelo aumento da expectativa de vida da população como um dos fatos mais significativos no âmbito das mudanças demográficas (VERAS, 2002). Essa transformação é resultado de uma série de melhorias na qualidade de vida, dentre as quais se destaca a ampliação do saneamento básico e distribuição de água potável, a melhoria no padrão de alimentação, habitação, transporte, salários e acesso a serviços de saúde, implicando no aumento da expectativa de vida principalmente do contingente feminino (WHO, 2002; CHAIMOWICZ, 1998).

A preocupação com o processo do envelhecimento acompanha o homem desde as mais remotas épocas. Em diferentes sociedades, valores religiosos e funcionais determinavam o papel de autoridade desempenhado pelo velho na sociedade (SILVA, 2003).

O processo de envelhecimento é considerado o resultado de vários processos biológicos naturais irreversíveis, sendo influenciado por aspectos socioeconômicos e psicossociais. Caracteriza-se por alguns marcos biopsicossociais como: a menopausa ou andropausa, a aposentadoria, o aumento na frequência de doenças crônicas, a perda da autonomia para realizar atividades do cotidiano (NEGREIROS, 2003). O afastamento do

trabalho, quer seja pela aposentadoria quer seja pela exclusão social, potencializa a vulnerabilidade econômica e social do idoso (BRINK, 2001; LEHR, 1999). A maioria dos idosos experimenta uma significativa alteração em seu cotidiano com o afastamento do trabalho. A representação da velhice na modernidade aparece marcada pela inserção do indivíduo no processo de produção, ou seja, este estágio do ciclo vital uniu em uma mesma categoria aqueles que, dependendo da venda da sua força de trabalho, tornam-se velhos à medida que suas forças diminuem e rumam para o afastamento dos papéis sociais, apresentam dependência financeira e diminuição da capacidade produtiva (PEIXOTO, 1998).

A velhice é a etapa do curso de vida na qual há perdas de ordem biológica, psicológica, social e afetiva. Os efeitos do envelhecimento são percebidos através de mudanças que se traduzem em diminuição da plasticidade comportamental, em aumento da vulnerabilidade, em acumulação de perdas evolutivas e no defrontar-se com a probabilidade de morte (NERI, 2001). Para Motta (1996), o envelhecimento é um marcador que hierarquiza “os menos idosos e os velhos mais velhos”. O termo terceira idade é uma construção atual e, como destacou Debert (1999), atende a interesses de um mercado de consumo emergente. Refere-se, em geral, àqueles idosos que ainda não atingiram a velhice mais “avançada”, estão da faixa dos 55 aos 70 anos, e inclui, fundamentalmente, indivíduos que ainda tem boa saúde e tempo livre para o lazer e para novas experiências nessa etapa da vida (SIQUEIRA, BOTELHO, COELHO, 2002).

Sobre essa questão, Beauvoir (1990) afirma que “toda sociedade tende a viver, a sobreviver; exaltar o vigor e a fecundidade, ligados à juventude; teme o desgaste e a esterilidade da velhice”.

A autora afirma que

[...] o prestígio da velhice diminuiu muito, pelo descrédito da noção de experiência. A sociedade tecnocrática de hoje não crê que, com o passar dos anos, o saber se acumula, mas sim que acabe perecendo. A idade acarreta uma desqualificação. São os valores associados à juventude que são apreciados (BEAUVOIR, 1990).

Muitos acreditam que ficar velho é um estado de espírito, no sentido de que independe da idade cronológica e de outros marcadores da velhice, talvez, por dificuldades em auto-

aceitação, auto-estima e, em parte para salvaguardar a imagem social, tentando retardar as mudanças inevitáveis e naturais decorrentes do processo de envelhecimento (NERI, 2001). Assim, alguns idosos reduzem o interesse por temas e atividades que exigem maior grau de atenção; mostram apego ao passado; preferência pela rotina; tristeza, enclausuramento e medo da morte que se aproxima.

Na concepção de Bosi (1983) existe uma comparação entre o momento adolescente e a velhice, afirmando que o que diferenciará essas duas fases será o sentimento do indivíduo: o adolescente vive expectativas (no geral elevadas) em relação a sua etapa de transição, enquanto o idoso sente-se um indivíduo diminuído em contato com suas perdas e sua falta de perspectivas. Para essa autora, a sociedade é que seria a responsável por essa diferenciação existente entre as crises, na medida em que impõe a desvalorização diante do envelhecimento.

O envelhecimento também pode ser considerado, como um *continuum* que é a vida, começando com a concepção e terminando com a morte. Ao longo desse *continuum* é possível observar fases do desenvolvimento, puberdade e maturidade, entre as quais podem ser identificados marcadores biofisiológicos, psicológicos e sociais que representam limites de transição entre as mesmas (NETTO, 2002 b). É um processo associado a conotações positivas e negativas, determinadas pelo ambiente cultural. O envelhecimento biológico normal pode ser considerado como um declínio diferencial das funções biológicas do organismo, relacionado ao tempo, resultando na morte. Por outro lado, o envelhecimento psicológico dependerá do desenvolvimento psicossocial do indivíduo, bem como das expectativas específicas de cada idade determinadas culturalmente (GALLO et al, 2001).

À medida que se documentou diferenças no processo do envelhecimento em diferentes culturas, a velhice e o envelhecimento deixaram de ser encarados como fatos naturais, para serem encarados como fenômenos profundamente influenciados pela cultura. Para Néri (1995), o indivíduo é concomitantemente produtor e produto de uma sociedade e de sua cultura.

Ainda sobre o aspecto cultural do envelhecimento, afirma Beauvoir (1990) que:

o homem não vive nunca em estado natural; na sua velhice, como em qualquer idade, seu estatuto lhe é imposto pela sociedade à qual pertence. O papel do velho, portanto, é determinado pela sociedade em que ele vive, tornando o indivíduo condicionado pela ideologia da sociedade em relação a ele.

Na sociedade atual, o aumento da estimativa de vida não correspondeu uma valorização social das pessoas idosas, que seguem percebidas como um estorvo para as famílias e fonte de gastos elevados (JUNGES, 2003). Mercadante (2002) aponta que, se o significado de ser velho na nossa sociedade atual é de estar em uma situação de discriminação social, esta posição deverá ser modificada, tendo em vista o expressivo envelhecimento da população brasileira e o fato que esse conceito foi construído culturalmente, sendo então passível de mudança. Para Lehr (1999) é preciso haver uma mudança de valores, sobretudo no que tange à imagem negativa que a sociedade propaga dos idosos, de fragilidade e dependência. Entre as necessidades de um grande grupo de indivíduos idosos, está a exigência de oportunidades de serem incluídos nas decisões a respeito de sua vida diária, pois eles não desejam ser desligados e serem rotulados como objetos de cuidado somente (MAGALHÃES, 1989).

Hoje na sociedade consumista-descartável em que vivemos tudo o que representa o velho sofre discriminação e exclusão, inclusive as pessoas, na medida em que os idosos não se adequam aos padrões de beleza e juventude cultuados na atualidade (ASSIS, 1998). O ciclo permanente de produção e de consumo exige incessantemente a destruição e o desaparecimento do que foi produzido no passado e a criação permanente de novas formas de produção e consumo. Mediante esse contexto, a experiência, vivência e sabedoria do idoso, são desvalorizados, não havendo espaço na sociedade para a transmissão dos valores da cultura tradicional.

Visto que, o processo de envelhecimento abrange dimensões culturais, sociais e simbólicas, Geertz (1989) diz que a natureza humana se constitui na cultura, então não se pode imaginar um indivíduo anterior ou exterior à organização social, assim deve-se considerar o ambiente sócio-cultural na questão do envelhecimento. Este processo não se encontra apenas na natureza ou no corpo humano, mas está permeado por significados e representações pautadas na cultura e na sociedade. Sob uma perspectiva êmica, a antropologia tem contribuído significativamente ao estudo do envelhecimento, uma vez que, aponta o pesquisador como aquele que se insere em uma cultura para descobrir como aspectos relativos à velhice são organizados e adquirem significado. O envelhecimento deixa, então, de ser

encarado como um estado pelo qual os indivíduos se submetem passivamente para ser encarado como um fenômeno biológico ao qual os indivíduos reagem a partir de suas referências pessoais e culturais (CORIN, 1982; MARSHALL, 1986, 1987).

No que tange ao envelhecimento, Debert (1996) cita três condições inter-relacionadas que dão uma configuração específica às representações sobre o envelhecimento nas sociedades contemporâneas. A primeira

[...] tem a ver com mudanças no aparelho produtivo, que levaram a uma ampliação das camadas médias assalariadas e com os novos padrões de aposentadoria que englobam, entre os aposentados, um contingente mais jovem da população, fazendo com que a aposentadoria deixa de ser um marco para indicar a passagem para a velhice (DEBERT, 1996, p. 36).

A segunda relaciona-se com o fato de que os aposentados não podem mais continuar sendo considerados o setor mais desprivilegiado da sociedade, quer seja nos países de capitalismo avançado, quer naqueles subdesenvolvidos como o Brasil.

Nesta perspectiva, a situação atual, em que os idosos se transformam em peso para a família e para o Estado, opunha-se a uma Idade de Ouro, em que eles, dada a sua sabedoria e experiência, eram membros respeitados na família e na comunidade. “O empobrecimento, a perda de papéis sociais e os preconceitos marcariam a velhice nas sociedades modernas, que abandonam os velhos a uma existência sem significado.” (DEBERT, 1996, p. 37).

Já a terceira se refere à transformação da velhice em um problema social, o que põe em jogo múltiplas dimensões que vão desde as iniciativas voltadas para propostas de formas de bem-estar que deveriam acompanhar o avanço das idades, até empreendimentos voltados para o cálculo dos custos financeiros que o envelhecimento da população trará para a contabilidade nacional. Está relacionada com concepções autopreservacionistas do corpo que vêm sendo reelaboradas desde os anos 70 do século 20. Trata-se da defesa de estratégias instrumentais para o combate da deterioração do corpo, que combinam uma boa dose de disciplina e hedonismo – com ênfase na noção de que o corpo é fonte de prazer – e atribuem

ao sujeito não só a responsabilidade pela constante vigilância do corpo, mas também por sua saúde, mediante a adoção de estilos de vida saudáveis.

Goffman (1975) diz que os indivíduos são atores que representam o próprio “eu” diante de uma platéia de observadores, pois os sinais primeiros da velhice são observados pelos outros, a partir da imagem que projetamos ainda que involuntariamente. Assim o indivíduo toma consciência da sua velhice através do olhar das outras pessoas, assumindo uma identidade imposta de fora. Enxerga-se a velhice no reflexo dos olhos dos outros e também no espelho, a partir da comparação com a própria imagem mais jovem.

Tais atitudes e sentimentos mostram que a espiritualidade depende do próprio sujeito para a ligação com o meio em que se depara. Junges (2003) relata que a abertura à realidade faz suscitar as representações e os desejos que são o conteúdo e o combustível da interioridade. O eu interior configura-se essencialmente na relação com os outros. Daí a importância da intersubjetividade para uma conformação sadia da psique. Este autor ainda descreve que, devido ao debilitamento da energia física e ao maior tempo ocioso disponível, o idoso viverá com mais intensidade sua interioridade, suscitando representações e desejos. Por isso a ancianidade é carregada de maior sensibilidade afetiva e memória.

A espiritualidade refere-se à experiência de contato com a dimensão que vai além das realidades consideradas normais na vida humana. Então, através da espiritualidade busca-se entender toda relação madura e consciente com o transcendental. Assim a espiritualidade não é apenas um caminho extra-terreno, ideológico-abstrato, mas um caminho de vida concreto, um jeito de ser e agir expressando uma atitude no existir. A espiritualidade traz a consciência e a certeza de um modo de viver, também expressa toda relação com o transcendente a partir de si mesmo e da própria teia de relações: relações interpessoais, como o cosmo e consigo mesmo. (DUARTE e DIOGO, 2000).

Para Junges (2003) uma das primeiras percepções do processo de envelhecimento é a consciência da vulnerabilidade.

A pessoa começa a dar-se conta que não tem mais a energia e a vitalidade de antes, sendo, por isso, mais vulnerável e frágil diante de fatores biológicos ou psicológicos tendentes ao desequilíbrio [...] Mas o processo de senescência é inexorável, mostrando pouco a pouco seus efeitos [...] (JUNGES, 2003).

Na cultura ocidental, a velhice é, geralmente, descrita em termos negativos (perda, falta, declínio) do que é valorizado socialmente (CORIN, 1985). Gognalons-Caillard (1979) sugere que esta exacerbação da visão deficitária do envelhecimento estaria ligada à maneira pela qual a velhice no Ocidente situa-se na contracorrente de uma sociedade centrada na produção, no rendimento, na juventude e no dinamismo.

A modernidade colocou tal poder de intervenção nas mãos do ser humano para superar determinismos que criou uma consciência demiúrgica de onipotência e um conseqüente esquecimento da radical vulnerabilidade do ser humano. O jovem é o ícone dessa consciência considerado por isso mesmo ideal de ser humano, enquanto que o idoso relembra justamente a vulnerabilidade a ser superada. Essa postura está na causa da crise ética e do vazio de sentido da sociedade atual (JUNGES, 2003).

Minayo e Coimbra (2002) relatam que as representações dos idosos sobre o corpo e a saúde estão ligadas a estereótipos em torno da associação entre velhice e doença. A reprodução de estigmas e preconceitos quanto à velhice, dá-se em meio a resistências e aberturas a novas expressões, caracterizando uma época de transição de valores funcionalizada também pelo mercado por meio do estímulo a novos nichos de consumo. Através de uma expressão metafórica denominada “máscara do envelhecimento” o idoso vivencia uma dicotomia entre a imagem do corpo desgastado pelas mudanças que acompanham a idade e o “verdadeiro eu”, idealmente resguardado e ileso às mazelas do tempo.

Em muitas situações, o tempo de existência individual e histórico é coordenado por representações sociais que irão determinar quanto tempo e de que maneira o indivíduo idoso viverá, sendo que muitas vezes a morte social antecede a morte do corpo, como no caso daqueles indivíduos colocados à margem da sociedade, isolados do contexto social e segregados em instituições asilares e hospitalares onde a morte se instala ainda em vida. De qualquer modo, estudos sobre o envelhecimento realizados em sociedades não ocidentais tornaram conhecidas imagens positivas do envelhecimento, questionando a universalidade da visão ocidental e ensinando que uma representação de velhice enraizada nas idéias de deterioração e perda não é universal (CORIN, 1985; DEBERT, 1999).

2.2 A FEMINIZAÇÃO DA VELHICE

As famílias contemporâneas vêm se transformando em vários aspectos, uma das mudanças diz respeito às relações entre os gêneros que estão acontecendo em novas formas e segundo outros códigos. Casamento, criação de filhos, separações, famílias monoparentais e chefiadas por mulheres, composição do orçamento doméstico, solidariedades e responsabilidades intergeracionais, são aspectos que mudaram radicalmente nas últimas décadas (MOTTA, 1996). Esses novos arranjos familiares, mulheres sós, mães solteiras, casais que não tiveram filhos, filhos que emigraram, são alguns dos fatores que contribuem para que reduza a perspectiva de envelhecimento com a família (CHAIMOWICZ e GRECO, 1999).

Nos estudos sobre envelhecimento da população, tem-se enfatizado veementemente a “feminização da velhice”. Dada a menor mortalidade feminina, as mulheres predominam entre a população idosa, principalmente, entre a muito idosa. Marcadas por uma fragilidade física considerada maior que a dos homens, as mulheres idosas, na modernidade capitalista de tecnologia avançada, sofisticada e de rápida obsolescência de modelos – inclusive de comportamento – tornam-se rapidamente descartáveis para a vida social. Veras e Murphy (1994) acrescentam que os idosos no Brasil são, em sua maioria, mulheres, pobres, com baixo nível educacional, viúvas e vivendo em áreas urbanas. Reforçando essa idéia, Litvoc (2004) menciona que as mulheres são mais vulneráveis social e economicamente que os homens. Ao se tornarem viúvas, têm maior dificuldade para casar novamente, sofrem com a solidão, apresentam menores níveis de instrução e renda e maior frequência de queixas de saúde.

O ingresso das mulheres na força de trabalho diminui a disponibilidade feminina como cuidadoras do contingente de idosos. Entre os idosos, as mulheres apresentam maior probabilidade de desenvolverem doenças crônico-degenerativas. O fato de a mulher ter maior longevidade, tender a morar sozinha ou sem cônjuge, e estar mais propensa a doenças crônicas coloca a institucionalização mais presente no sexo feminino (COELHO & RAMOS, 1999).

A natureza feminina faz parte do mundo de concepções em que a identidade de gênero é construída e formada na sociedade e na cultura. A mulher é educadora,

compreensiva, ajudadora, sempre presente. Esta questão do cuidado é muito forte na mulher podendo ser culturalmente imposto (LAGO, 1999).

A palavra cuidado é um termo que aparece com frequência nos discursos ao se referirem ao ser mulher. Elas cuidam de seus filhos, de sua família, vizinhos e amigos. A mulher como cuidadora apresenta-se de forma natural como se essa característica fosse feminina em sua essência. As representações de gênero do sujeito são elaboradas com base em dados externos, no que ele conhece, em experiências vividas em seu cotidiano e na determinação valorativa que ele dá a essas vivências. O sujeito cria a realidade e, conseqüentemente, o conhecimento dessa realidade, que nunca é deslocada da historicidade e do contexto social e ético do seu mundo (LOURO, 1995).

O cuidar envolve as estruturas privadas principalmente a família, e quem cuida sempre são as mulheres, com raras exceções. Em quase todos os lugares do mundo são as mulheres que têm a responsabilidade diária de alimentar e cuidar das crianças, dos maridos e parentes. Portanto, o cuidado está ligado às atividades cotidianas da vida. O cotidiano é o mundo doméstico, o mundo das relações mais diretas, que às vezes pode mudar as relações mais amplas. O cotidiano é a rotina de cada dia, de ter o que cozinhar, de ter água para lavar as crianças, as roupas, de trocar afagos e gestos de amor, mas também de violência (LAGO, 1999).

A cultura patriarcal desenvolveu entre as mulheres uma educação de renúncia, de vontade própria sempre a serviço dos outros. Homens e mulheres têm introjetado e projetado essas posições tanto no nível individual como no nível social, reforçando essa desigualdade.

No entanto, durante a metade do século XX, vêm ocorrendo transformações significativas nas relações entre homens e mulheres. A complexa realidade humana e social com suas variáveis vem contribuindo para essas mudanças, como por exemplo, o intenso debate dos diversos movimentos sociais, o controle da reprodução principalmente com o uso do anticoncepcional e a incorporação da mulher no mercado de trabalho desafiando essa posição fixa entre o público e o privado (RIBEIRO e ALMEIDA, 2003).

O confronto de valores, crenças, normas e atitudes das mulheres, no âmbito das relações de gênero, pode proporcionar a introdução de elementos novos e a exclusão de elementos tradicionais nas representações do homem e da mulher. Observa-se uma

transformação das relações sociais tanto na dimensão pública como na dimensão privada, e o que se busca é uma maior equidade entre os gêneros (TRONTO, 1997).

As mulheres têm assumido novos papéis sociais como o de ser chefe de família em decorrência da viuvez, da separação e do abandono do cônjuge, na maioria das vezes em situação socioeconômica desvantajosa (CAMARANO, 2003). De qualquer modo, a Previdência Social, tanto urbana quanto rural, e a Lei Orgânica da Assistência Social assegura renda (mesmo que mínima) para um contingente importante da população feminina idosa. Embora grande parte dos idosos sobreviva com poucas aposentadorias, dados do IBGE referentes ao ano 2002 apontam que quase seis milhões de idosos possuem filhos e outros parentes sob sua responsabilidade econômica. Esse dado desmistifica a imagem do idoso como um fardo econômico para seus parentes, podendo contribuir para o rompimento de preconceitos com essa parcela da população (SILVA, 2005).

Vivemos situações novas, ensejadas tanto pela situação demográfica da queda da mortalidade e maior longevidade, com o conseqüente aumento da população mais velha, como pela questão social produzida pela crise econômica e pelo atual modelo excludente de desenvolvimento, com a crescente escassez de empregos e o recurso inapelável ao apoio da família (MOTTA, 1996). Assim, o rendimento do idoso é importante na renda familiar; as mulheres de mais idade, pouco presentes no mercado formal de trabalho no tempo de jovens, têm como grande possibilidade de apoio ou sustento das famílias, as suas pensões de viúvas e sua inventividade doméstica, produção esta que as estatísticas não costumam registrar (CAMARANO e BELTRÃO, 1998).

A vida de muitas mulheres idosas tem-se modificado em decorrência de novos arranjos familiares onde elas passam a desempenhar o posto de responsável pelo domicílio. São mulheres sozinhas, que assumem a ajuda entre as gerações, seja porque desempenham há um longo tempo o papel de chefes-de-família, seja porque sobreviveram aos companheiros. Há um grande quadro de arranjos domésticos, que se diferenciam cada vez menos segundo as classes sociais e podem ser observados pelas famílias ampliadas em uma ou mais unidades domésticas vizinhas organizadas em torno de uma chefia monoparental; unidades domésticas de residente único mas que mantêm uma rede de relações e apoio afetivo e econômico com filhos adultos e netos; e mudança de posições de poder e de chefia. Observa-se o compartilhamento da renda, cuidados domésticos, das crianças, transporte, cuidados médicos. O cuidado com membros dependentes da família é determinado pelas trocas

intergeracionais, um assunto com nítido contorno de gênero, já que as mulheres são consideradas as tradicionais “cuidadoras” e cuidar dos filhos e dos netos, repartir a aposentadoria minguada é em geral, visto como uma atribuição feminina (LYOD-SHERLOCK, 2002).

Em nosso meio os cuidadores principais de idosos são primordialmente mulheres de meia idade, embora convenha destacar a participação de cuidadoras idosas cuidando de seus cônjuges idosos. Também merece menção a participação crescente de homens de diferentes idades, cuidando de idosos, contudo ainda é a mulher a grande parte deles cuidador único que além dessa função, tem sob seus cuidados familiares outros dependentes como: filhos(as), netos(as) e parentes portadores de cuidados especiais (ALVAREZ e GONÇALVES, 2001).

Tal fato pode ser explicado pela cultura de no passado recente as mulheres não desempenharem funções fora de casa, justificando sua maior disponibilidade para o cuidado da família. Contudo, essa realidade vem sendo modificada em função da inserção social da mulher participando progressivamente no mercado de trabalho (MEIRA, GONÇALVES, SILVA, SOUZA e NERI, 2004).

Uma feição recente dessa tendência – as chefias de família de divorciadas e separadas das camadas médias, caso em que a chefia feminina está significando uma forma nova de autonomização social e afirmação de gênero das mulheres (OLIVEIRA, 1996, MOTTA, 1996), embora isso não aconteça com as mais idosas e com as mulheres das classes menos favorecidas, que configuram os novos pobres da sociedade, porque recebem menores salários ou pensões e possuem um contingente de dependentes – filhos e idosos – a seu cargo. Assim, enquanto a chefia masculina da família figura, comumente, a existência de uma partilha de responsabilidades econômicas e/ou sociais com outro adulto – a esposa – a chefia da família por uma mulher expressa a sua atual solidão geracional e afetiva.

Em contrapartida, ainda existe outra realidade no que tange o envelhecimento feminino que diz respeito à impossibilidade dos filhos em prestar cuidado à pessoa idosa no ambiente doméstico, principalmente quando esta se apresenta dependente, ou quando é uma idosa sozinha (PERLINI, 2006; CALDAS, 2003).

Nos casos em que o/a idoso/a não possui descendentes diretos, contudo, há uma maior probabilidade de que o asilamento seja uma consequência quase natural (LEITE, 2000).

Muitas vezes a opção por residir em uma instituição de longa permanência parte da própria idosa, ou seja, do desejo da pessoa em procurar um local no qual encontre atenção, e, especialmente, atendimento às suas necessidades básicas. As dificuldades de relacionamento com os demais membros da família também são fatores que contribuem para que a idosa seja enviada para uma instituição de longa permanência. Os conflitos podem ocorrer devido à postura intransigente e autoritária por parte da pessoa idosa ou por falta de flexibilidade dos familiares mais jovens (PERLINI, LEITE E FURINI, 2006).

A dependência apresentada por essas mulheres e a necessidade de os familiares manterem-se no mercado de trabalho, aliada à dificuldade em encontrar e manter um cuidador formal, que responda pelo atendimento das demandas oriundas da idosa doente, constitui-se em outro motivo para o encaminhamento desta a uma instituição de longa permanência (CALDAS, 2003; SARTI, 2001).

2.3 PROCESSO DE INSTITUCIONALIZAÇÃO DO IDOSO

Na sociedade moderna ocidental, quem não produz, quem não domina os avanços da tecnologia... logo é excluído e taxado de ignorante e inútil. E se tiver idade avançada, o seu destino final é o “asilo dos velhos”, ou, para atenuar um pouco o sentido pejorativo da palavra “velho”, chamam-se estes logradouros de “lar dos idosos” (Pe. Toninho Nunes).

Os fatores de modificação social aumentaram as taxas de institucionalização em muitos países, incluindo o Brasil onde situações como morar só, suporte social precário e baixa renda são fatores cada vez mais frequentes. Nas principais capitais brasileiras encontramos alta prevalência de doenças crônico-degenerativas e suas seqüelas, hospitalização e dependência para realizar as atividades de vida diária, o que contribui de

forma significativa para o ingresso em uma instituição asilar (CHAIMOWICZ e GRECO, 1999).

A situação familiar do idoso no Brasil reflete o efeito cumulativo em eventos socioeconômicos, demográficos e de saúde ao longo dos anos, evidenciando que fatores como a diminuição da fecundidade, os novos padrões de conjugalidade e as migrações, vão originando, no desenvolver das décadas, tipos de arranjos familiares e domésticos, onde o morar sozinho ou em asilos, pode ser o resultado (VIEIRA, 1996).

Segundo Telles e Petrilli (2002), um dos motivos da admissão de idosos em asilos decorrem da falta de respaldo familiar relacionado a dificuldades financeiras e precariedade nas condições de saúde. Porém, NETTO (2002) considera que mesmo institucionalizado, o ambiente familiar é crucial, pois o contato com a família permite que os idosos mantenham os vínculos afetivos básicos.

O idoso espera da família que ela o mantenha e cumpra com o papel estabelecido pela sociedade, mesmo que conheça sua família e saiba de seus limites. Crê que esse grupo social seja o seu mantenedor final e que possa lhe dar a atenção necessária para enfrentar as agruras que a vida impõe. Essa crença é fortificada pela intensidade das relações pessoais estabelecidas com o grupo familiar (HERÉDIA, CORTELETTI e CASARA, 2005).

Em qualquer idade, a família é considerada, social e culturalmente o *locus* de cuidados e proteção básica de uma pessoa. Sabemos que os idosos necessitam de cuidados físicos e psicológicos, porém, atualmente nos deparamos com o modelo de família nuclear, em que convivem num mesmo espaço apenas pais e filhos, onde não há lugar para o idoso que é enviado às instituições asilares (RIBEIRO et al, 2006).

Nos países de fala portuguesa, as instituições que normalmente abrigam pessoas idosas são chamadas de asilos ou albergues. Os idosos são neles recolhidos por não terem parentes que os assistam ou porque seus familiares não podem ou não querem cuidar dos mesmos. Por sua conotação pejorativa de abandono, de pobreza ou rejeição familiar, as denominações de asilo e albergue têm sido substituídas por outras mais eufêmicas, como “*Casa dos idosos, Lar dos idosos*” etc., tanto em instituições de caridade, como em estabelecimentos públicos ou privados.

A admissão em uma instituição asilar faz com que os idosos geralmente vivenciem uma radical ruptura com os vínculos relacionais, passando a conviver com pessoas com as quais não possuem vínculo afetivo. Esta situação pode despertar o sentimento de abandono, independente da qualidade da atenção prestada pela instituição. O sentimento de abandono é aqui entendido como uma experiência afetiva, íntima, emocional. Uma reação individual que depende da história de cada um, provocada por uma condição ou circunstância.

A realidade asilar obriga o idoso a adaptar-se e aceitar normas e regulamentos, como por exemplo, os horários pré-estabelecidos, que a partir do ingresso na instituição vão nortear sua nova vida (TELLES & PETRILLI, 2002).

As situações que levam ao abandono são provocadas pela condição de fragilidade do idoso, que pode passar a depender de outras pessoas, pela perda da autonomia e da independência, pelo esfriamento dos vínculos afetivos e pela conduta do grupo de relações ou ausência dele. Ainda há situações que dependem do próprio idoso, no que se refere ao modo como se dá o enfrentamento dessas situações. (HERÉDIA, CORTELETTI e CASARA, 2005).

O ser humano teme as perdas, uma vez que as mesmas habitualmente trazem sofrimento. A experiência de perdas pode levar a esclarecer uma situação de abandono. O idoso institucionalizado experimenta uma sensação de aprisionamento, situação que o fragiliza e o coloca numa condição de dependência, percebendo-se como inútil e aniquilado (HERÉDIA, CORTELETTI e CASARA, 2005).

Para Silva (1997) a manutenção rígida da rotina asilar, pautada na tutela dos indivíduos, restringe a livre circulação, as possibilidades de contato social amplos e a vida afetivo-sexual ativa. Essa padronização das vivências, muitas vezes despojando-as de prazer e importância, associada ao próprio confinamento, acentuam o isolamento, a apatia e o desinteresse dos residentes, levando-os à falta de perspectiva e à alienação.

O tempo age sobre o idoso institucionalizado, trazendo sofrimento. Esse tempo parece insuportável em virtude da repetição de horas sem perspectivas permitindo, no entanto, que pensamentos repetitivos sejam frequentes. O tempo tem uma importância sinistra, raros são os sujeitos que o acolhem com serenidade, desapegados de todas as coisas e com uma postura contemplativa. Muitos idosos passam por sofrimentos contínuos, alguns tentam burlar o tempo; outros sofrem seus efeitos com uma passividade surpreendente. A relação do idoso

com o tempo significa aproximar-se das longas horas de insônia, tão próximas de uma lucidez extravagante que faz e refaz a cada noite um balanço, a aproximação da morte, horas, sobretudo, de verdadeira solidão em que nada pode ser compartilhado, em que não há nada além da memória, do medo de ficar louco, do sentimento de não existir (SILVA e NERI, 1993; NEGREIROS, 2003).

A situação de desenraizamento e a desagregação familiar num contexto de uma sociedade desumanizada torna provável que seja cada vez maior o número de idosos que viverão a situação de asilado. As instituições asilares, em alguns casos, são a única opção que resta ao idoso para sobreviver, embora a institucionalização não precisaria ser um meio de excluir o idoso da sociedade (SIMÕES, 1998).

Uma vez que o processo de envelhecimento é inevitável, o modo como esse processo se desenrola durante a existência se diferencia pelas várias inserções dos sujeitos na sociedade. As conseqüências negativas do envelhecimento são associadas à falta de atenção e cuidado, ou seja, a aquilo que se deixou de fazer por si para evitar a chegada de estados mórbidos e de dependência podendo conduzir à institucionalização (ONU, 2002).

O asilo é uma instituição total (GOFFMAN, 1990), assim como as prisões, os manicômios e os conventos. Na instituição total, cada fase da vida diária do interno é realizada na companhia de um grupo relativamente grande de pessoas; todos os aspectos da vida são realizados no mesmo local e sob uma única autoridade; as atividades diárias são estabelecidas em horários e toda a seqüência é imposta por um sistema de regras formais explícitas planejados para atender aos objetivos da instituição.

A instituição total (GOFFMAN, 1999) é um local que tende ao “fechamento” e que agrega em um único espaço as três esferas da vida: trabalho, descanso e lazer, normalmente realizadas em lugares diferenciados. No caso do asilo, as atividades cotidianas fazem parte de uma planificação, que objetiva cumprir a “missão” institucional: oferecer cuidados às pessoas que estejam em seus últimos dias de vida (DAVIM, TORRES, DANTAS et al., 2004).

Goffmann (1996) relata ser característico dos internados que chegam a uma instituição possuírem uma cultura desenvolvida no exterior da instituição e que a partir da admissão no ambiente coletivo ocorre um desaculturação, incitado pelas exigências do local. A tendência ao fechamento da instituição total significa a adoção de barreiras para as relações sociais com o mundo externo, podendo ser observado por meio dos portões fechados, das

paredes altas, dificuldades para sair, horários rígidos para visitas e demais obstáculos para a comunicação com a vida societária.

Tais instituições apresentam aspectos de controle, hierarquia rígida e autoritária. Nelas, inúmeras pessoas estão sob o controle de uma única autoridade; as atividades diárias do interno são realizadas na companhia de um grupo de outras pessoas, todas são tratadas da mesma forma; e as atividades estabelecidas são regidas por horários pré-estabelecidos conforme um planejamento que atenda os objetivos oficiais da instituição. Essas situações reforçam sentimentos de inutilidade do idoso, ele precisa se submeter a relações verticalizadas de poder e submeter-se a mecanismos de controle, homogeneização e subordinação.

Junges (2003) descreve que nas instituições asilares, os maus-tratos podem ocorrer quando os profissionais não estão preparados para o cuidado de idosos asilados, não são valorizados e insuficientes em número. Há cuidadores que entendem a velhice como doença, resultando em práticas infantilizadoras, gerando dependência e heteronomia. Para superar essa situação é necessário, por um lado, existir supervisão e avaliação dos asilos por parte do poder público e, por outro, capacitar os profissionais, criando consciência sobre os direitos dos idosos e refletindo sobre o cuidado.

Autores como Brito & Ramos (1996) apontam outro paradoxo da realidade dos asilos e descrevem esses espaços como casas inapropriadas e inadequadas às necessidades do idoso, as quais não lhes oferecem assistência social, cuidados básicos de higiene e alimentação. Ademais, esses locais dificultam as relações interpessoais no contexto comunitário, indispensáveis à manutenção do idoso pela vida e pela construção de sua cidadania. Constituem a modalidade mais antiga e universal de atendimento ao idoso, fora do seu convívio familiar, tendo como, inconveniente, favorecer o isolamento e a inatividade física e mental.

Distante do convívio familiar e imerso num estabelecimento novo, o idoso passa por uma transformação no seu “eu”, ou seja, uma mortificação do “eu”, uma vez que agora ele necessita cumprir papéis e horários estabelecidos pela instituição, assinalando a primeira mutilação. Tal mortificação continua a ser observada através da ruptura, muitas vezes imposta, com os papéis anteriores desenvolvidos nas repetidas rotinas diárias da vida em sociedade (GOFMANN, 1996).

As instituições asilares, normalmente são locais com espaço e áreas físicas semelhantes a grandes alojamentos. Raras são as que mantêm pessoal especializado para assistência social e à saúde ou que possuam uma proposta de trabalho voltada para manter o idoso independente e autônomo. Eles vivem, na maioria das vezes, nas condições de instituição total, como se estivessem em reformatórios ou internatos, com regras de entradas e saídas, poucas possibilidades de vida social, afetiva e sexual ativa. Na realidade, muitas vezes o que se encontra são depósitos de pessoas, que, fundamentados no eufemismo do “amor ao próximo e amparo aos desabrigados”, consideram que os abrigos são suficientes às pessoas que estejam em seus últimos dias de vida, mesmo na vigência de negligência e de maus-tratos.

Na sociedade ocidental, os idosos têm sido tratados como o refugio, aquilo que precisa ser descartado, podendo mesmo ser comparado com o lixo. O significado do lixo tem uma história e a maneira com que a sociedade lida com ele é através do recalque, do ocultamento e da exclusão. O asilo surge como modo de guardar o que a sociedade não quer enxergar e conviver. Desta maneira, os asilos são representados como porões ou depósitos para guardarem velhos e moribundos.

É necessário despertar a sociedade civil para os direitos do idoso e para a denúncia de abusos, situação facilitada pela aprovação do Estatuto do Idoso. Pelo estatuto, o Conselho Municipal do Idoso deveria desempenhar essa função. O Estatuto oferece base jurídica para coibir e punir os abusos contra os direitos do idoso.

Faz-se importante relatar que o indivíduo idoso goza de todos os direitos fundamentais inerentes a pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral, assegurando-lhe por lei todas as oportunidades e facilidades, para a preservação da sua saúde física e mental, e seu aperfeiçoamento moral, intelectual, espiritual e social, em condições de liberdade e dignidade. Também é destacado na lei que é obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público, assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, à efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária (SENADO FEDERAL, 2003).

Embora prevaleça entre os estudiosos do envelhecimento a idéia de que o asilamento produz efeitos negativos, há pesquisadores que recomendam essas instituições para àqueles

idosos que possuem dependência total e impossibilidade de recuperação (TELLES FILHO E PETRILLI FILHO, 2001). Estes autores afirmam que o asilo não deve ser configurado apenas como uma instituição que acolhe idosos rejeitados ou abandonados pela família, mas que também deve ser lembrada, compreendida e respeitada como uma escolha dentro de um contexto de vida de cada indivíduo (DUARTE, 1994; RODRIGUES & DIOGO, 1996).

Em um estudo com idosas asiladas e vivendo nos domicílios, os autores perceberam que a qualidade da interação sócio-afetiva estabelecida pelo idoso pareceu constituir-se na variável mais influente nos resultados, e não o fato do indivíduo encontrar-se ou não sobre abrigo institucionalizado. O fator que auxiliará o idoso na batalha contra o isolamento, o fechamento e a ansiedade, talvez próprios de sua fase de vida, poderia ser o tipo de contato social disponível, elementos que certamente exigem maior investigação específica (OLIVEIRA e cols., 2001).

As instituições geriátricas mesmo pensadas como ambiente de cuidados, ainda enfrentam o desafio de promover a saúde e a qualidade de vida para os idosos, expressos pelo direito à autonomia, muitas vezes interdito neste contexto (FREIRE e TAVARES, 2005). A prática de cuidado à saúde do idoso, o conjunto de intervenções individuais ou coletivas, resultantes do autocuidado ou da ação de terceiros (cuidadores, profissionais da saúde, responsáveis por instituições públicas e privadas) visa à manutenção da saúde, a prevenção e o tratamento de agravos e a reabilitação, favorecendo e possibilitando o processo do viver e do envelhecer saudável (VIEIRA, 2003).

As instituições de longa permanência para idosos, independente da natureza jurídica, são organizações formadas para atender pessoas na fase idosa da vida que por diferentes razões, não conseguem/podem viver em seus lares sem o apoio governamental ou familiar. Por isso oferecem, sob regime integral, os cuidados necessários para manter a dignidade, vida e saúde dos seus residentes. Essas instituições, ao abraçarem essa missão, passam a gerenciar todos os aspectos que envolvem a vida de um coletivo de pessoas, com graus de dependência variados e ao disponibilizar um rol de serviços/cuidados substituem o fazer pessoal, individual e independente do idoso. Em suma, embora pensadas como ambientes de cuidados, as Instituições de Longa Permanência (os asilos) ainda constituem um desafio, principalmente se contrastados com a proposta da promoção da saúde objetivando qualidade de vida para os idosos, pautada no empoderamento e expresso pelo direito à autonomia (FREIRE e TAVARES, 2005).

As Instituições que cuidam de idosos devem adaptar-se às normas para seu funcionamento. A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) publicou uma resolução que prevê uma série de mecanismos para que idosos tenham seus direitos respeitados. Entre os requisitos da resolução estão desde normas de segurança e saúde até a garantia de respeito de liberdade ao credo e às convicções políticas.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVOS GERAIS

- Estudar um grupo de idosas institucionalizadas e entender as repercussões da institucionalização na vida das mesmas;
- Compreender as estratégias de resistência que as idosas institucionalizadas utilizam para fazer frente à realidade institucional.

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

Este estudo foi desenvolvido através da metodologia exploratória e abordagem qualitativa. A abordagem qualitativa de pesquisa tem sido considerada a mais adequada para trabalhar com significados, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis. Este é um estudo qualitativo com desenho exploratório, que não parte de hipóteses, mas entende que elas poderão surgir como produto final do processo (MINAYO, 1998).

A pesquisa qualitativa interpreta realidades sociais e pode ser caracterizada como a tentativa de compreensão detalhada dos significados e características situacionais expressos pelos participantes da pesquisa (RICHARSON 1999; BAUER, 2005; TOBAR & YALOUR, 2004).

4.2 CAMPO DE PESQUISA

O campo de pesquisa segundo Minayo (1998), é um recorte que o pesquisador faz em termos de espaço, e que representa uma realidade a ser estudada a partir de concepções teóricas que fundamentam o objeto da investigação.

O motivo da escolha por uma Instituição de Longa Permanência para Idosos como local de estudo deve-se ao conjunto de realidades que constituem o cenário do idoso institucionalizado em nosso país.

Esta pesquisa foi realizada em uma Instituição de Longa Permanência para Idosos, localizada em um município de médio porte da região norte do Rio Grande do Sul. O Asilo atende 110 idosos procedentes de toda a região do Alto Uruguai, com idades entre 60 a 105 anos, de ambos os sexos, sendo que 80% são mulheres. Esta Instituição dispõe de profissionais médicos, enfermeiros, nutricionistas, fisioterapeutas, psicólogos, técnicos em enfermagem, auxiliares de cozinha e limpeza, bem como cargos administrativos.

Ao longo de seus 62 anos de existência esta Instituição apresenta importante papel social na cidade de Erechim e Região, acolhendo pessoas que fazem do Lar dos Velinhos o seu próprio lar. Muitos dos residentes permanecem no Lar até o fim da sua vida. E isto faz com que as pessoas, neste período, atravessem várias fases com necessidades e dependências cada vez maiores. Para tanto a Instituição deve estar preparada para atender os residentes a cada diferente fase em suas necessidades e dependências.

Frente à realidade que se apresenta, percebemos que 60% dos idosos abrigados na instituição apresentam diminuição na capacidade funcional, como dificuldades em deambular, alimentar-se e vestir-se sem auxílio de outra pessoa; também encontramos um percentual de 40% dos idosos internos que apresentam demências e transtornos psiquiátricos, dificuldades na comunicação e outras morbidades associadas. Dessa maneira consideramos esses fatores como critérios de exclusão para o estudo a ser realizado.

Devido a minha trajetória como Fisioterapeuta onde já atuei nesta instituição, mas tendo trabalhado apenas na prática clínica, surgiu o interesse em estudar um grupo de idosas e entender as repercussões da institucionalização na vida das mesmas.

4.3 SUJEITOS DO ESTUDO

Devido à pesquisa qualitativa não se basear no critério numérico para garantir a representatividade, devemos considerar como sujeitos do estudo, aqueles indivíduos mais relacionados ao problema a ser investigado, assim a amostragem adequada é aquela que possibilita uma maior aproximação à totalidade que se quer estudar (MINAYO, 1998).

Os sujeitos deste estudo foram idosas institucionalizadas de um Lar de Longa Permanência da cidade de Erechim – RS, com faixa etária acima de 60 anos, do sexo feminino, escolhidas intencionalmente e que apresentem condições de expressão verbal adequadas.

Não foram selecionadas as idosas que apresentaram morbidades que impediam a participação no estudo (incapacidades físicas), bem como aquelas com alterações mentais, distúrbios psiquiátricos e dificuldades de verbalização.

Para esta pesquisa consideramos idoso todo indivíduo com 60 anos ou mais, seguindo as orientações da Organização Mundial da Saúde, bem como o que estabelecem a Política Nacional do Idoso (1998) e o Estatuto do Idoso (2003).

Para a realização do estudo foram convidadas dez (10) idosas que apresentavam capacidade funcional íntegra e expressão verbal adequada para que os encontros propostos pudessem ser desenvolvidos de forma natural. Estes encontros em grupo aconteceram na própria Instituição, na sala da fisioterapia, onde a área física é adequada e não havia interferência externa, uma vez que a sala é longe dos quartos, refeitórios e da área de lazer.

4.4 COLETA DE INFORMAÇÕES

A coleta dos dados deu-se através de grupos de discussão buscando entender como os idosos enfrentam a velhice em uma instituição asilar. Grupos de discussão são amplamente usados para o ensino/aprendizagem em intervenções comunitárias em que sejam necessárias a obtenção, transmissão e elaboração de informação para usuários, como nas atividades de

educação em saúde. A tarefa do coordenador é a de facilitar a participação nas discussões e a consecução dos progressos alcançados. O coordenador estimula a discussão sem violentar o grupo, ou impor o seu comando, ou exercer o papel de mero receptor ou docente/transmissor da informação. Ele gestiona a dinâmica grupal para que a aprendizagem fique centrada nos integrantes e não na figura do coordenador, que paulatinamente vai abrindo espaço ao grupo para atingir a auto-gestão. Esses grupos surgiram como uma variante dos grupos operativos. É um tipo de grupo orientado por uma tarefa e que usa os obstáculos teóricos e práticos que surgem no resolver a tarefa, em descobertas e novas técnicas ou ferramentas de trabalho. O coordenador do grupo aproveita ao máximo a experiência prévia do grupo, evidenciando a contribuição dos estilos pessoais, das figuras dramáticas e das redes comunicacionais. É um dispositivo de ação e mudança, útil na intervenção institucional (ESPADA & HOZ, 1999; MENEGHEL, 2005).

As questões abordadas no grupo foram:

- a) Estórias de mulheres: como vieram para a Instituição? (Para esse primeiro encontro foi solicitado, antecipadamente, que as participantes providenciassem fotos diversas que possuíam, as quais foram utilizadas para promover o início da discussão do grupo).
- b) A vida no Asilo: como é o cotidiano asilar? (Neste segundo momento foi solicitado que as participantes trouxessem ao encontro objeto(s) que possuíam valor simbólico).
- c) O que faz para suportar os dias? (apenas discussão sobre o tema abordado, buscando identificar as estratégias de resistência das mulheres à institucionalização).
- d) Aberto para o tema escolhido pelas participantes (Já neste último encontro foi representado um teatro sobre como as idosas compreendem o asilo e a institucionalização, onde elas próprias foram as personagens desta teia).

Foram realizados 4 (quatro) encontros com a participação de 10 idosas. Os encontros foram realizados no mês de outubro de 2007, aos sábados à tarde, com duração de aproximadamente uma hora e trinta minutos, na própria Instituição, adequando-se conforme a

tolerância, conforto e interesse das mulheres. O número de encontros poderia ser ampliado se houvesse necessidade.

Do total de idosas elegíveis para o estudo, foi realizado um encontro aberto convidando-as para participarem da pesquisa, apresentando a pesquisa e agendando o grupo ou os grupos se houvesse um número grande de interessadas, estes grupos poderiam conter até dez (10) participantes.

Anteriormente à realização da técnica para a coleta das informações, as participantes foram esclarecidas sobre o estudo, seus objetivos e de que modo aconteceria a coleta, bem como foram convidadas a assinarem um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido permitindo a desistência do estudo se fosse de sua vontade e o anonimato de seu nome.

4.5 ANÁLISE DAS INFORMAÇÕES

A técnica utilizada para a análise das informações obtidas nos grupos de discussão foi a Análise de Conteúdo/Temática, que conforme Bardin (1979) tem por finalidade a descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto da comunicação.

Para a interpretação das informações, este estudo foi embasado em Bardin (1979) e Bauer (2005), que mostram a pertinência deste tipo de análise de reconstruir cosmovisões (materialista, espiritualista e religiosa), valores, atitudes, opiniões, crenças, estereótipos e compará-los entre comunidades.

A Análise de Conteúdo/Temática é um método desenvolvido pelas ciências sociais empíricas que possibilita produzir inferências de um texto para seu contexto social de maneira objetivada (BAUER, 2005).

Bardin (1979) define Análise de Conteúdo como:

Um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição, o conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens.

A autora assinala três etapas básicas no trabalho com a análise de conteúdo, intitulada de análise temática.

A primeira fase refere-se à pré-análise que consiste na organização do material coletado para a análise, ou seja, transcrição das fitas da entrevista semi – estruturada e organização dos diários das observações, trata-se da constituição do corpus (campo de atenção) que são documentos oriundos da pesquisa.

Na segunda etapa, realiza-se a exploração do material que começa na pré-análise e destina-se a submeter o corpus a um estudo aprofundado, realizando uma leitura exaustiva do material organizado. Nesta fase também é realizada a decomposição do material coletado em unidades de significado e posterior agregação destas unidades em temas e/ou categorias que irão emergir do conteúdo dos dados coletados.

Após a descrição dos temas identificados e categorizados durante a exploração do material, passar-se-á a interpretação e discussão dos resultados da pesquisa de acordo com o referencial teórico adotado.

A análise de conteúdo deve ir além das aparências, podendo ser considerada “um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens”, mas não se restringe apenas a isso, ela visa à inferência ou dedução lógica de conhecimentos relativos às condições de recepção das mensagens (BARDIN, 1979, p.38).

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

Conforme os princípios éticos previstos na Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (1996), este projeto de pesquisa será submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS.

Após a aprovação por este Comitê, a proposta de estudo será encaminhada à Instituição de Longa Permanência denominada Lar dos Velinhos Jacinto Godoy da cidade de Erechim – RS, para o conhecimento do processo de pesquisa.

No momento seguinte será assegurada aos participantes deste estudo, que as entrevistas realizadas são parte integrante no processo para obtenção do título de Mestre do Programa de Pós Graduação (*Stictu Senso*) em Saúde Coletiva da Universidade do Vale do Rio dos Sinos. Serão esclarecidos os objetivos, a finalidade e a metodologia do estudo.

Segundo a Resolução 196/96, do Ministério da Saúde, que dispõe sobre as normas que regulamentam as pesquisas realizadas com seres humanos, as pessoas que participam da pesquisa devem querer participar, estar devidamente esclarecidas sobre os objetivos da pesquisa, sobre os procedimentos utilizados e possibilidades de efeitos colaterais relacionados à pesquisa da qual estão participando.

Foi garantido aos participantes deste estudo a privacidade e confidencialidade dos dados coletados.

Aos participantes foi garantido também o anonimato (os nomes não serão divulgados no estudo), livre acesso aos dados, liberdade de desistência do estudo no momento que desejassem, sem que isso trouxesse qualquer prejuízo ao participante, e o consentimento da divulgação dos resultados encontrados.

A participação no estudo deu-se a partir da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (Apêndice A). Termo este que é elaborado pelo pesquisador em duas vias, onde uma via permanece de posse do pesquisador e a outra em posse do entrevistado.

Ao término do estudo os resultados encontrados foram apresentados à Direção da Instituição de Longa Permanência denominada Lar dos Velinhos – Jacinto Godoy, da cidade de Erechim – RS, bem como aos participantes.

Os resultados deste estudo tiveram como finalidade a elaboração e a defesa de um artigo científico para a conclusão do curso de Mestrado em Saúde Coletiva do autor, e foram divulgados em revistas de cunho científico, apresentados em congressos e em debates com grupos específicos.

5 CRONOGRAMA

ATIVIDADES	PERÍODO DE REALIZAÇÃO
Levantamento do Referencial Teórico	Novembro de 2005 a maio de 2006
Elaboração do Projeto de Pesquisa	Novembro de 2005 a novembro de 2006
Submeter o Projeto ao Comitê de Ética	Julho de 2007
Qualificação do Projeto	Agosto de 2007
Pesquisa de Campo	Outubro de 2007
Análise dos Dados	Outubro de 2007
Elaboração do Artigo	Outubro e Novembro de 2007
Defesa da Dissertação	Dezembro de 2007

6 ORÇAMENTO

ITEM	CUSTO
Xérox	R\$ 100,00
Filmadora	R\$ 1.500,00
Fitas	R\$ 150,00
Serviço do entrevistador	R\$ 1.000,00
Total	R\$ 2.750,00

Os custos para a realização deste estudo foram de responsabilidade do pesquisador.

REFERÊNCIAS

ALVAREZ AM, GONÇALVES LHT. Tendo que cuidar: a vivência do idoso e da família cuidadora no processo de cuidar e ser cuidado em contexto domiciliar. **Texto Contexto Enferm**, 2001.

ASSIS, M. O envelhecimento e suas conseqüências. In: CALDAS, C.P. **A saúde do idoso: a arte de cuidar**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 1998.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1979.

BAUER, M W. **Pesquisa Qualitativa com Texto, Imagem e Som**. Petrópolis RJ: Vozes, 2005.

BEAUVOIR, S. **A velhice**. 2.ed. São Paulo: Difusão Européia do Livro, 1990.

BERQUÓ, E. "Algumas considerações demográficas sobre o envelhecimento da população no Brasil". Em **Anais do I Seminário Internacional Envelhecimento Populacional**. MPAS/SAS, Brasília, 1999, pp. 16-34.

BRASIL. Decreto 1948 regulamenta a lei 8.842, de 4 de janeiro de 1994. **Política Nacional do Idoso e dá outras Providencias**. 1996.

BRASIL. Senado Federal. Lei 10.741, de 10 de outubro de 2003. **Estatuto do Idoso**. Brasília, 2003.

BRINK, J.J. Biologia e fisiologia celular do envelhecimento. In: REICHEL, W. **Assistência ao idoso: aspectos clínicos do envelhecimento**. 5.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 2001.

BRITO, F.C.; RAMOS, L. R. Serviços de Atenção à Saúde do Idoso. In: PAPALÉO NETTO, M. **Gerontologia**. São Paulo: Atheneu, 1996.

CALDAS, C. P. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. **Cad Saúde Pública**. 2003;19(3): 773-81.

CAMARANO, A. A. Mulher idosa: suporte familiar ou agente de mudança? **Estud. av.** v.17, n.49, São Paulo, set./dez., 2003.

CAMARANO, A.A. (org.). **Muito Além dos 60: os novos idosos brasileiros**. Rio de Janeiro: IPEA, 1991.

CHAIMOWICZ, F. **Os idosos brasileiros no século XXI: demografia, saúde e sociedade**. Belo Horizonte: Posgraduate, 1998.

CHAIMOWICZ, F.; GRECO, D. B. Dinâmica da institucionalização de idosos em Belo Horizonte, Brasil. **Rev. Saúde Pública**, out. 1999, vol.33, no.5, p.454-460.

COELHO FILHO, J.M.; RAMOS, L.R. Epidemiologia do envelhecimento no Nordeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. **Rev. Saúde Pública**. São Paulo, v. 33, n. 5, 1999.

DATASUS – Ministério da Saúde. Informações de Saúde. Disponível em <<http://tabnet.datasus.gov.br>>. Acesso em: 2007.

DAVIM R.M.B; TORRES G.V; DANTAS S.M.M; LIMA, V.M. Estudo com idosos de instituições asilares no município de Natal/RN: características socioeconômicas e de saúde. **Rev Lat Am Enferm**. 2004

DEBERT, G. **A reinvenção da velhice**. São Paulo: Edusp, 1999.

DUARTE, Y. A. O. & DIOGO, M. J. D'E. **Atendimento Domiciliar – Um enfoque Gerontológico**. São Paulo: Atheneu, 2000.

ESPADA A. A. & HOZ A. G. De las aplicaciones del grupo terapéutico a sus aplicaciones psicosociales. In: DELGADO, J.M. & GUTIERREZ, J. (orgs.) **Metodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales**. Madrid: Síntesis, 1998.

FERNANDES, M.G. M. Avaliação da capacidade funcional em idosos. **Nursing**, São Paulo, v.2, n.13, p.26-29, jun. 1999.

FREIRE JUNIOR, R. C.; TAVARES, M. F. L. A saúde sob o olhar do idoso institucionalizado: conhecendo e valorizando sua opinião. **Interface (Botucatu)**, set./fev. 2005, vol.9, n.16, p.147-158.

GALLO, J. J.; BUSBY-WHITEHEAD, J.; RABINS, P. V.; SILLIMAN, R. A. & MURPHY, J. B. **Assistência ao Idoso – Aspectos Clínicos do Envelhecimento**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

GEERTZ, C. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: LTC, 1989.

GOFFMANN E. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Perspectiva, 1990.

GOLDANI, A. M. Mulheres e envelhecimento: desafios para os novos contratos intergeracionais e de gêneros. In: CAMARANO, A. A. (org.). **Muito além dos 60: os novos idosos brasileiros**. Rio de Janeiro: IPEA, 1999, p. 75-114.

HAYFLICK, L. Definindo o envelhecimento. In: _____. **Como e porque envelhecemos**. Rio de Janeiro: Campus, 1996.

HERÉDIA, V. B.. A Realidade do Idoso Institucionalizado. **Textos Envelhecimento**. Rio de Janeiro, v.7, n. 2, 2004.

HERÉDIA V.B. M; CASARA M. B; CORTELLETTI I. A; RAMALHO M. H, SASSI A; BORGES, M. N. A realidade do idoso institucionalizado. **Textos Envelhecimento**, 2005. Disponível em: <www.unati.uerj.br/tse>. Acesso em: 2007.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/brasil_em_sintese/default.htm>. Acesso em: 2007.

JUNGES, J. R. **Uma Leitura Crítica da Situação do Idoso no Atual Contexto Sociocultural**. 2003.

LAGO, M.C.S. Identidade: a fragmentação do conceito. In: SILVA, A.L.; LAGO, M.C.S.; RAMOS, R.O. (orgs.) **Falas de gênero: teoria, análise, leitura**. Florianópolis: Mulheres; 1999.

LEHR, U. A revolução da longevidade: impacto na sociedade, na família e no indivíduo. **Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento**, Porto Alegre, v.1, n.1, p.7-35, 1999.

LEITE, M.T. **Cuidando do idoso hospitalizado: a experiência do familiar** [dissertação]. Ijuí: Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, 2000.

LITVOC, J.; BRITO, F. C. **Envelhecimento: Prevenção e Promoção da Saúde**. São Paulo: Atheneu, 2004.

LLOYD-SHERLOCK, Peter. **Ageing, development and social protection: a research agenda**. UNRISD Meeting on Ageing, Development and Social Protection, 2002.

LOURO, G.L. Gênero, história e educação: construção e desconstrução. **Educação & Realidade**, 1995.

MEIRA, E.C.; GONÇALVES, L.H.T; SILVA, J.A.S; SOUZA, A.S.; NÉRI, I.G. Fatores de risco de maus tratos ao idoso na relação idoso/cuidador em convivência intrafamiliar. **Textos Envelhecimento**, 2004.

MENEGHEL, S. N. **Grupos e grupalidade**. São Leopoldo: UNISINOS, 2005 (mimeo).

MERCADANTE, E. Aspectos antropológicos do envelhecimento. In: PAPALÉO NETTO, M. **Gerontologia**. São Paulo: Atheneu, 2002.

MINAYO, M. C. S.; COIMBRA JR., C. E. A. (Orgs.). **Antropologia, saúde e envelhecimento**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002.

MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL (BR). Lei nº 8.842 de 04 de janeiro de 1994. **Dispõe sobre a política nacional do idoso e dá outras providências**. Brasília (DF): Ministério da Previdência e Assistência Social, 1996.

MOTTA, A. B. Gênero, Família e Fases do Ciclo de Vida. **Caderno CRH**, Salvador, n. 29, p. 13-20, jul./dez. 1998.

MOTTA, A. B. Chegando pra idade. In : REUNIÃO DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ANTROPOLOGIA, 19., 1994, Niterói . [Publicado em LINS DE BARROS, Myriam Moraes (org.) **Velhice ou terceira idade?** (Estudos antropológicos sobre identidade, memória e política). Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1998; e em *Alteridades*, n. 2, Mestrado em Sociologia, UFBA., abr./set. 1995].

NEGREIROS, T C. G. M. A Nova Velhice: uma visão multidisciplinar. **Revinter**, Rio de Janeiro, 2003.

NERI, A. L. **Psicologia do envelhecimento**. Temas selecionados na perspectiva de curso de vida. Campinas: Papirus, 1995.

NERI, A. L. (Org.), **Maturidade e Velhice**. Trajetórias individuais e socioculturais. Campinas: Papirus, 2001.

NETTO, M. P. **Gerontologia – A Velhice e o Envelhecimento em Visão Globalizada**. São Paulo: Atheneu, 2002.

OLIVEIRA, É. A.; PASIAN, S. R.; JACQUEMIN, A. A vivência afetiva em idosos. **Psicol. cienc. prof.**, mar. 2001, v.21, n.1, p.68-83.

PEIXOTO C. Entre o estigma e a compaixão e os termos classificatórios: velho, velhote, idoso e terceira idade. In: LINS DE BARROS, M. (org.). **Velhice ou Terceira Idade?** Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas Editora, 1998.

ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS. **Informe de la Segunda Asamblea mundial sobre el envejecimiento**. Madrid, 8 a 12 de abril de 2002. Disponível em: <<http://www.un.org/spanish/envejecimiento/documents.htm>>. Acesso em: 2008.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Plano da ação internacional sobre o envelhecimento - 2002**. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2003. (Série Institucional em Direitos Humanos).

PEIXOTO C. Entre o estigma e a compaixão e os termos classificatórios: velho, velhote, idoso e terceira idade. In: LINS DE BARROS, M. (org.) **Velhice ou Terceira Idade?** Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas Editora, 1998.

PERLINI, NMOG; FARO, A.C.M. Cuidar de pessoa incapacitada por acidente vascular cerebral no domicílio: o fazer do cuidador familiar. **Rev. Esc. Enferm. USP**. 2005;2(39):154-63.

RAMOS, L.R.; COELHO FILHO, J.M. Epidemiologia do envelhecimento no Nordeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. **Rev. Saúde Pública**. São Paulo, v. 33, n. 5, 1999.

RIBEIRO, C. **Idosos e Família: Asilo ou Casa**. 2006. Disponível em: <www.psicologia.com.pt>. Acesso em: 2007.

RIBEIRO, A. S. M.; ALMEIDA, A. M. O. Masculinidade: nova história, velhas representações. In: FARIA, C.; LOUREIRO, M.C.S. (Orgs.). **Representações sociais e práticas educativas**. Goiânia: UCG, 2003.

RICHARDSON, R. J. et al. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. São Paulo: Atlas, 1999.

SANTANA, R. F.; SANTOS, I. [Transcender com a natureza: a espiritualidade para os idosos](http://www.fen.ufg.br/Revista/revista7_2/v7n2.htm). **Revista Eletrônica de Enfermagem** v. 07, n. 02, p. 148 – 158, 2005. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/Revista/revista7_2/v7n2.htm>. Acesso em: 2007.

SARTI, C.A. A velhice na família atual. **Acta Paul Enferm.** 2001;14(2):91-6.

SENADO FEDERAL. Parecer N° 1301, de 2003. **Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras Providências**, 2003. Disponível em: <www.senado.gov.br>. Acesso em: 2007.

SILVA, M.C. O processo de envelhecimento no Brasil: desafios e perspectivas. **Textos Envelhecimento**. Rio de Janeiro, v.8, n. 1, Unati, 2005.

SILVA, A.L. **Cuidado transdimensional: um paradigma emergente**. Tese (Doutorado em Enfermagem). 1997. 177p. Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1997.

SIMÕES, J.A. A maior categoria do país: o aposentado como ator político, pp.13-34. In: LINS DE BARROS, M.M. (org.). **Velhice ou terceira idade?** Estudos antropológicos sobre identidade, memória e política. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1998..

SIQUEIRA, R. L.; BOTELHO, M. I. V.; COELHO, F. M. G. A velhice: algumas considerações teóricas e conceituais. **Ciênc. saúde coletiva**, 2002, vol.7, n.4, p.899-906.

TELLES FILHO, P.C.P.; PETRILLI FILHO, J.F. Causas da inserção de idosos em uma instituição asilar. Escola Anna Nery. **Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v.6, n.1, 2002.

TOBAR, F. & YALOUR, R. M. **Como fazer Teses em Saúde Pública**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.

TRONTO, JC. Mulheres e cuidado: o que as feministas podem aprender sobre a moralidade a partir disso? In: JAGGAR, A.M.; BORDO, S.R. (ed.). **Gênero, corpo, conhecimento**. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1997.

UNITED NATIONS POPULATION DIVISION. **World population prospects: the 2002 revision**. Disponível em: <<http://www.un.org/esa/population/publications/wpp2002/WPP2002>>. Acesso em: 2007.

VELOZ, M. C. T.; SCHULZE, C.N.; CAMARGO, B. V. Representações sociais do envelhecimento. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 12, n. 2, 1999, p. 479-501.

VERAS, R.P.; MURPHY, E. The mental health of older people in Rio de Janeiro. **Int. J. Ger.Psychiatry**, 9: 285-95, 1994.

VERAS, R. **Terceira idade: gestão contemporânea em saúde**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará/UERJ, 2002.

VIEIRA, E.B. **Instituições geriátricas: avanço ou retrocesso?** Rio de Janeiro: Revinter, 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Active ageing: a police framework**. Geneva, 2002.

WONG, R. L. **A projeção da fecundidade – um exercício aplicado ao Brasil para o período 1991-2020**. Encontro Nacional de Estudos Populacionais, 12, Caxambu, 2000. Anais... Belo Horizonte: ABEP, 2000.

ANEXOS

ANEXO 01: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

A pesquisa “**Histórias de Mulheres Institucionalizadas**” tem como tema as histórias das mulheres que vivem em uma Instituição de Longa Permanência, e será realizada por meio de estratégia grupal com idosas residentes neste ambiente, na cidade de Erechim no estado do Rio Grande do Sul.

Todos os dados e informações obtidos a partir da pesquisa serão utilizados para fins de estudo e os participantes não serão identificados. Os objetivos da pesquisa são estudar idosas institucionalizadas e as repercussões da institucionalização na vida das mesmas, e compreender as estratégias de resistência que as idosas institucionalizadas utilizam para fazer frente à institucionalização. Para tal, serão realizados oficinas de reflexão sobre o tema. Esta pesquisa não traz risco ou desconforto e a participação é absolutamente livre, não implicando em nenhum tipo de constrangimento para a pessoa que se recusar a participar. Em qualquer momento da pesquisa serão fornecidos esclarecimentos e, além disso, o participante pode se retirar do estudo quando desejar, sem que isto acarrete qualquer tipo de prejuízo.

A atividade será desenvolvida pelo pesquisador **Fábio José Pavan** e orientada pela professora **Stela N. Meneghel**, pesquisadora do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UNISINOS (telefone de contato: 92946704).

Eu, _____ pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, concordo em participar da pesquisa.

Data: ____/____/____.

Assinatura da Participante

Assinatura do Pesquisador

Este documento será emitido em duas vias, ficando uma delas com os pesquisadores e a outra será arquivada junto a Instituição responsável pelo participante.

ANEXO 2: AUTORIZAÇÃO PARA O USO DE IMAGEM**AUTORIZAÇÃO PARA O USO DE IMAGEM**

Na pesquisa **“Histórias de Mulheres Institucionalizadas”** será efetuada uma intervenção por meio de grupos de reflexão. Os grupos serão filmados e as imagens obtidas utilizadas para registro e divulgação da intervenção. Ao final do trabalho está prevista a edição de um filme, havendo tratamento de imagens para impedir a identificação dos participantes.

Eu, _____, autorizo o uso de minha imagem nesta pesquisa para os fins acima descritos.

Data: ____/____/____.

Assinatura da Participante

Assinatura do Pesquisador

RELATÓRIO DE CAMPO

Este trabalho foi realizado no Asilo Jacinto Godoy – Lar dos Velinhos, na cidade de Erechim/RS. Tiveram início as atividades quando (eu) o pesquisador trabalhava na assistência aos idosos desta instituição e por sua vez observava que muitos daqueles idosos gostariam de sair deste meio, enquanto outros gostavam e elogiavam o funcionamento e a atenção oferecida pela instituição. Através desta observação foi possível realizar um estudo para melhor compreender a real significância do estado de asilamento dos indivíduos no final do seu ciclo vital.

Quando a proposta da realização deste estudo foi apresentada para a direção da instituição, obtive total apoio e incentivo para a prática que seria desenvolvida. Começou então o contato com os demais colegas profissionais da equipe de saúde (médico e enfermeira) os quais poderiam auxiliar no encaminhamento e orientação quanto aos idosos que poderiam ser convidados a participarem do estudo. Como já conhecia grande parte dos residentes do lar, comecei a conversar com os internos e observar que havia histórias que poderiam ser compreendidas sob diferentes ópticas e em diferentes aspectos. Os idosos, em especial as mulheres, manifestavam maior facilidade em relatar/contar suas histórias de vida, então foi direcionado o estudo para um grupo de mulheres que estavam dispostas a contar sua história, ou, pelo menos, parte dela.

Logo no primeiro dia quando foi realizada uma reunião para esclarecimento sobre o estudo que seria realizado, já pode ser observada a vontade manifestada pelas mulheres em contar suas histórias. Marcamos então a data para o primeiro encontro, o qual aconteceu no sábado seguinte.

Ao chegar à instituição para a primeira conversa, algumas das candidatas aguardavam sentadas em frente à sala de fisioterapia, enquanto outras terminavam de se arrumar em seus quartos, afinal elas sabiam que seriam filmadas e haviam relatado em meio à conversa e risos do nosso primeiro contato que gostariam de estar bonitas para esse dia.

Entramos na sala e, sentados em círculo, começamos a conversa sobre: Estórias de mulheres – como elas vieram para a instituição. Para melhor organização solicitei que

falassem uma de cada vez e ao término dos relatos então todas poderiam falar mais alguma coisa que tivessem vontade e que estivesse relacionado à vinda a instituição. Após as fôlas principais, ou melhor, após cada uma contar sua trajetória de vida enfatizando o que foi mais contribuinte para a vinda ao asilo, começamos a conversar então sobre os objetos trazidos pelas participantes. Foi importante observar que todas aquelas que relatam sua vinda ao asilo por opção própria, gostavam de realizar alguma forma de artesanato, trouxeram fotos para mostrar, e relataram que gostavam de sair da instituição para passeios externos com parentes ou amigos. Já aquelas mulheres que relataram ter vindo ao asilo contra sua vontade não trouxeram fotos e relataram não possuí-las, fato que chamou atenção. Talvez as fotografias pudessem remetê-las a um passado de lembranças que causariam dor e saudade de um tempo que hoje não mais existe.

Como esta instituição obedece a normas de funcionamento quanto a muitos critérios de atenção a seus internos idosos, foi tomado o devido cuidado para não atrapalhar horários de medicação e alimentação dos participantes, desta maneira como os encontros eram realizados no turno da tarde no horário das 13h30min, esses encontros deveriam terminar as 15h em virtude do horário do lanche, e neste primeiro encontro as próprias idosas mesmo ressaltaram a importância/necessidade de que o encontro terminasse minutos antes das 15h.

No segundo encontro as idosas apresentaram-se ainda animadas para a conversa, mas também ressaltaram que antes das 15h o encontro deveria acabar em virtude “do lanche”. Talvez isso possa representar o medo de ficar sem o alimento e acabar por ficar com fome até o horário da próxima refeição que é servido as 17h. Iniciamos a conversa e junto com ela as participantes mostravam os objetos que possuíam e que trouxeram conforme solicitado. Começamos a falar sobre como é a vida no asilo, como é o cotidiano. Muitas trouxeram trabalhos artesanais (tapetes, almofadas, quadros pintados, tricô e crochê, que fazem para ganhar um trocado e para passar o tempo), outras trouxeram imagens de santos e santas, além do rosário trazido no bolso, preso junto à roupa ou no pescoço, outra ainda trouxe um quadro com a foto dos pais pintado à mão e que era a única herança que possuía, uma vez que os pais já haviam falecido. Mais uma vez foi observado que aquelas mulheres que estavam asiladas por vontade dos familiares ou por não possuírem outra opção, não trouxeram nenhum objeto para o encontro e ainda relataram que não gostavam do cotidiano vivenciado e então não “faziam nada”, apenas participavam das horas de refeição, assistiam TV e dormiam.

Em nosso terceiro encontro, o tema das discussões em grupo versou sobre o que as idosas fazem para suportar os dias no asilo, buscando identificar estratégias de resistência frente ao fato de estarem vivendo no asilo. Neste encontro a religiosidade mostrou-se mais evidente na maioria das participantes, onde elas relataram o assistir/participar da missa, comungar, rezar o terço as 18h e aceitar a rotina vivenciada mesmo que muitas vezes sem opção de escolha onde o choro, a tristeza, a saudade e a solidão se fazem presentes.

Encerrando este estudo, em nosso quarto e último encontro falamos sobre todos os assuntos abordados nos encontros anteriores e sobre assuntos gerais do cotidiano asilar onde a problemática deu-se em volta das alterações/incapacidades físicas, medicação e dor, uma vez que o tema era de livre escolha e as idosas aproveitaram o momento para fazê-lo em virtude de o pesquisador ser Fisioterapeuta. Este último encontro não constou da análise temática empreendida no estudo.

Transcorrido o período de realização do estudo, no dia a dia da prática que realizo como Fisioterapeuta desenvolvendo acompanhamento geriátrico, ainda me deparo com queixas, lamentações e também elogios em relação à instituição. Além disso, um fato que despertou curiosidade foi a vontade ainda manifestada por essas mulheres em realizar mais encontros para conversação, fato talvez que se atribui a falta de atenção voltada para os idosos.