



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA**  
**ESCOLA DE ENFERMAGEM**

**ROSÂNGELA SOUZA OLIVEIRA**

**O SIGNIFICADO DO ESTAR ASILADO**  
**PARA O IDOSO**

**SALVADOR**  
**2006**

**ROSÂNGELA SOUZA OLIVEIRA**

**O SIGNIFICADO DO ESTAR ASILADO  
PARA O IDOSO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação,  
Escola de Enfermagem da Universidade Federal da  
Bahia, como requisito para obtenção do grau de mestra,  
área de concentração Enfermagem na Atenção à Saúde  
do Adulto e Idoso.

**Orientadora: Profa. Dra. Clarice Oliveira**

**Salvador  
2006**

# **ROSÂNGELA SOUZA OLIVEIRA**

## **O SIGNIFICADO DO ESTAR ASILADO PARA O IDOSO**

**Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação, Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, como requisito para obtenção do grau de mestra, área de concentração Enfermagem na Atenção à Saúde do Adulto e do Idoso.**

**Aprovada em 21 de dezembro de 2001.**

### **BANCA EXAMINADORA**

**Clarice Oliveira \_\_\_\_\_  
Doutora em Enfermagem e Professora da Universidade Federal da Bahia**

**Maura Maria Guimarães de Almeida \_\_\_\_\_  
Doutora em Enfermagem e professora da Universidade Estadual de Feira de Santana**

**Maria do Rosário Menezes \_\_\_\_\_  
Doutora em Enfermagem e professora da Universidade Federal da Bahia**

**Darci de Oliveira Santa Rosa \_\_\_\_\_  
Doutora em Enfermagem e professora da Universidade Federal da Bahia**

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus pela força e luz durante todo este caminho.

Aos meus pais, Celina e Thomaz, pela grande dose de compreensão, amor e dedicação que contribuíram para que eu me tornasse tudo que sou e pudesse realizar mais um projeto de vida.

As minhas irmãs, Patrícia e Ana Célia pela força e ajuda na concretização deste trabalho.

Ao meu amor, Jorge Barreto, pelo carinho, compreensão e incentivo, em todos os momentos desta caminhada.

## FILHO ADOTIVO

Com sacrifícios eu criei meus sete filhos;  
Do meu sangue eram seis;  
E um peguei com quase um mês.  
Fui viajante, fui roceiro, fui andante;  
E pra alimentar meus filhos não comi pra mais de uma vez.  
Sete crianças, sete bocas inocentes,  
Muito pobres mas contentes, não deixei nada faltar;  
Foram crescendo, foi ficando mais difícil,  
Trabalhei de sol a sol mas eles tinham que estudar.  
Meu sofrimento, ah, meu Deus, valeu à pena;  
Quantas lágrimas chorei, mas tudo foi com muito amor.  
Sete diplomas, sendo seis muito importantes;  
Que às custas de uma enxada conseguiram ser Doutor.  
Hoje estou velho, meus cabelos branqueados;  
O meu corpo está surrado, minhas mãos não mexem mais;  
Uso bengala, sei que dou muito trabalho,  
Sei que às vezes atrapalho meus filhos até demais.

Passou o tempo e fiquei muito doente,  
Hoje vivo num asilo e só um filho vem me ver;  
Esse filho, coitadinho, muito honesto,  
Vive apenas do trabalho que arranjou para viver.

Mas Deus é grande, vai ouvir as minhas preces,  
E esse meu filho querido vai vencer eu sei que vai.  
Faz muito tempo que não vejo os outros filhos;  
Sei que eles estão bem e não precisam mais do pai.  
Um belo dia me sentindo abandonado,  
Ouvi uma voz bem do meu lado:  
Pai, eu vim pra te buscar.  
Arrume as malas, vem comigo pois venci;  
Comprei casa, tenho esposa, e o teu neto vai chegar;  
De alegria eu chorei e olhei pro céu;  
Obrigado, meu Senhor! A recompensa já chegou;  
Meu Deus, proteja os meus seis filhos queridos;  
Mas foi meu filho adotivo que a este velho amparou.

(Sérgio Reis)

## **AGRADECIMENTOS ESPECIAIS**

À professora Dra. Clarice Oliveira, pela compreensão e paciência durante todo o período de construção e finalização deste trabalho.

A professora Dra. Darci de Oliveira Santa Rosa, pelas contribuições, sugestões e amizade, pelo apoio e carinho demonstrados no período de realização desta pesquisa, meu muito obrigado.

Aos idosos, por partilharem na construção deste estudo, tornando-o possível e pela oportunidade de repensar e refletir sobre o asilamento.

Gostaria de agradecer à Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia por introduzir em seu Programa de Pós-graduação o curso de Mestrado na área de concentração Saúde do Adulto e Idoso, contribuindo, oportunamente, para a educação e formação dos enfermeiros em Geriatria e Gerontologia.

A todos os professores da Pós-Graduação que conduziram o ensino durante o Curso de Mestrado, sinalizando os caminhos para que eu pudesse atingir meus objetivos.

A professora Marilene Bacelar Baqueiro, pelo amor, carinho e estímulo para que pudesse estar aprendendo um pouco mais sobre o idoso e melhorar o meu conhecimento nessa área.

Aos colegas de Pós-Graduação pela paciência, luta e estímulo para vencermos todas as barreiras e concretizarmos mais um objetivo, em especial, a Jeane Freitas de Oliveira e Ana Paula Pessoa de Oliveira.

Aos amigos do Centro Geriátrico Júlia Magalhães pelo incentivo e pelas contribuições para a construção do trabalho.

A Terezinha Pacheco Ribeiro pela compreensão, paciência e ajuda durante a pós-graduação e na construção da pesquisa.

A todos os amigos que contribuíram, direta e indiretamente, para a realização deste projeto.

## RESUMO

Este estudo tem como objetivo compreender o significado do estar asilado para o idoso. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, baseada no referencial metodológico da análise de conteúdo. Os depoimentos foram colhidos através da entrevista semi-estruturada, a partir da seguinte questão norteadora: o que significa para o senhor(a) estar asilado(a)? Fizeram parte deste estudo 6 idosos, com idade entre 60 e 85 anos, 2 do sexo masculino e 4 do sexo feminino, moradores em um centro geriátrico da cidade do Salvador-Ba, no período de novembro a dezembro de 2000. Os idosos foram entrevistados na Morada de Idosos, numa sala com ambiente favorável, preservando a privacidade de cada um. Os resultados possibilitaram a construção das categorias de análise, assim denominadas: sentindo solidão no asilo, sentindo-se cuidado e amparado, sentindo o abandono familiar, conformando-se através da religiosidade, sentindo o amor e a felicidade, sentindo o asilo como sua casa e sentindo a dificuldade de auto-cuidar-se e o aumento da dependência física. Esses resultados indicaram que o asilamento é um processo complexo, que envolve questões no âmbito biopsicossocial e afetivo e que, no cuidado com o idoso asilado, é necessário a compreensão e o entendimento desse indivíduo em sua totalidade. Desta forma, contribuindo para melhorar sua adaptação a essa nova situação. A análise empreendida permitiu, também, perceber que o envolvimento da família é essencial para melhor aceitação e permanência do idoso no asilo.

Palavras-chave: 1. Idoso Institucionalizado 2. Enfermagem.

## **ABSTRACT**

This study has the objective of understand the meaning of being in an asylum by the point of view of the elderly. It is about na qualitative research, based on the methodological referencial of the content anlysis. The reports were taken from an semi-structured interview, begining from the directive question: What does mean to you to be in an asylum? Six elderly took part of this study, aged from sixty to eighty five years, two males and four females, residents of a geriatric center of the city of Salvador-Bahia-Brazil, from the period of november to december of 2000. The elderly were interviewed in a pleasant room, where the privacy of each one was preserved. The results turn it possible to built some analysis categories, such as : feeling lovely in the asylum; feeling attended and supported; feeling abandoned by the family; conformity by religionsity; feeling love and happinees; feeling the asylum as home and difficulty of selfcare and the raise of physical dependency. This results showed that asylumment is a complex process that involves questions in the biopsychosocial and affective fields and that, taking care of an elderly in an asylum, it is necessary to uderstand. This individual as a whole, contributing for a better adaptation of the elderly to this new situation. The analysis made also allowed the perception of the essential role of the familly for a better acceptance and permanence of the elderly in the asylum.

Key words: 1. Insditudionalised elderly 2. Nursing.

# SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b>	10
<b>2 REFERENCIAL TEÓRICO</b>	15
2.1 PROCESSO DE ENVELHECIMENTO	15
2.2 ASPECTOS PSICOSSOCIAIS DO ENVELHECIMENTO	22
2.3 O IDOSO ASILADO	30
<b>3 PERCURSO TEÓRICO METODOLÓGICO</b>	37
3.1 TIPO DE ESTUDO	37
3.2 SUJEITOS DE ESTUDO	40
3.3 CAMPO DO ESTUDO	41
3.4 QUESTÃO NORTEADORA	42
3.5 A ÉTICA NA RELAÇÃO COM OS SUJEITOS	43
3.6 BUSCANDO AS EXPERIÊNCIAS DOS SUJEITOS	44
<b>4 ANÁLISE DOS DEPOIMENTOS DOS SUJEITOS</b>	46
4.1 REVELANDO O SIGNIFICADO DO ESTAR ASILADO PARA O IDOSO	46
4.2 SENTINDO SOLIDÃO NO ASILO	48
4.3 SENTINDO-SE CUIDADO E AMPARADO	51
4.4 SENTINDO O ABANDONO FAMILIAR	54
4.5 CONFRONTANDO-SE ATRAVÉS DA RELIGIOSIDADE	56
4.6 SENTINDO O AMOR E A FELICIDADE	59
4.7 SENTINDO O ASILO COMO SUA CASA	63
4.8 SENTINDO A DIFICULDADE DE AUTO CUIDAR-SE E O AUMENTO DA DEPENDÊNCIA FÍSICA	65
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	69

<b>REFERÊNCIAS</b>	72
<b>APÊNDICES</b>	78
<b>APÊNDICE A - CARTA DE APRESENTAÇÃO DA INSTITUIÇÃO</b>	79
<b>APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO</b>	80
<b>APÊNDICE C - ROTEIRO DA ENTREVISTA</b>	83
<b>APÊNDICE D - TRANSCRIÇÃO DOS DEPOIMENTOS</b>	84

# 1 INTRODUÇÃO

O crescente aumento da população idosa em países em desenvolvimento, nas últimas décadas, especificamente no Brasil, passou a ser motivo de grande preocupação para os estudiosos de todas as áreas do conhecimento humano, destacando-se o da enfermagem.

Para a Organização Mundial de Saúde (OMS), são considerados idosos as pessoas com mais de 65 anos. Esse referencial, entretanto, é válido para os habitantes de países desenvolvidos. Nos países em desenvolvimento, como o Brasil, a terceira idade começa aos 60 anos. O aumento do percentual de idosos, em uma determinada população, como o que vem ocorrendo, é denominado envelhecimento demográfico. Esse traz várias conseqüências sociais, médicas e econômicas. Entre as conseqüências sociais, podemos observar a convivência de três ou quatro gerações, cada família possuindo um ou mais velhos, e a existência de mais mulheres, já que sua longevidade é maior. Outro fator importante é o maior número de pessoas idosas vivendo em instituições. (BRASIL, 1997).

Embora a estrutura etária do Brasil pareça ser bastante jovem, o grande número de pessoas mais velhas tem chamado a atenção para as questões gerontológicas e geriátricas, o que coloca essa faixa etária numa posição de destaque na política de saúde.

Segundo estudos de Kalache et al. (1987), o envelhecimento da população mundial é um fenômeno novo, ao qual, mesmo os países mais ricos e poderosos, estão tentando se adaptar. O que era no passado um privilégio de alguns, passou a ser experiência de um número crescente de pessoas em todo o mundo.

Muitos pesquisadores têm se interessado pelo envelhecimento humano, ocasionando o surgimento de uma multiplicidade de opiniões e avaliações objetivas e subjetivas sobre a velhice. As avaliações objetivas, em sua maioria, focalizam as transformações no cabelo que embranquece, na pele que se enruga, no andar que já não é tão rápido e fácil, alterando a postura corporal, bem como ocasionando modificações nos diversos órgãos e nos sistemas do corpo que envelhece.

As avaliações subjetivas preocupam-se com o que acontece com o indivíduo que atravessa essas etapas, qual o seu sentimento e entendimento dessa situação: seus ganhos e perdas psicológicas, suas frustrações e aspirações.

Desse modo, por se tratar de um processo comum a, praticamente, todos os seres vivos, o envelhecimento deveria ter suas bases fisiológicas melhor conhecidas, à semelhança de outros fenômenos orgânicos que caracterizam a concepção, o desenvolvimento e a evolução do ser humano.

Mas, em cada sociedade, a velhice assume um significado diferente, pois a imagem que se tem dos velhos é afetada pela própria subjetividade e pela influência dos valores e da cultura em que se está inserido.

Minha primeira experiência com os idosos ocorreu durante o curso de graduação, no ano de 1996, quando cursei a disciplina Enfermagem na Atenção à Saúde do Idoso, como parte da grade curricular do Curso de Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal da Bahia. Nesse período, tive a oportunidade de trabalhar com as questões relacionadas à saúde do idoso. Durante os estágios, deparei-me com idosos asilados e em unidades de internação, tempo em que percebi a carência e a necessidade de assistência humanizada desses idosos, procurando entendê-los em sua totalidade, levando em consideração a história de vida e os tipos de sentimentos dos mesmos.

Ainda nesse período, tive a oportunidade de conhecer o Núcleo de Estudos e Pesquisa sobre o Idoso (NESPI), e dele participar como bolsista, por seis meses através do Projeto de Atenção à Saúde do Idoso (PROASI), no bairro de Mussurunga. Nesse período, pude me aproximar muito mais das pessoas idosas, o que me proporcionou compreender as necessidades psicológicas, sociais e físicas dessa faixa etária.

O NESPI é um núcleo, criado em 1973, pelo Departamento de Enfermagem Médico Cirúrgica e Administração em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia (UFBA), com a finalidade de desenvolver estudos e projetos de pesquisa e de extensão na área do idoso. Em 1993, em parceria com a Secretaria do Trabalho e Ação Social (SETRAS), deu início ao Projeto de Atenção à Saúde do Idoso com a implantação no bairro de Mussurunga e, posteriormente, em outros bairros da cidade de Salvador.

Desse projeto participam docentes e discentes da graduação e pós-graduação, bolsistas e profissionais da Escola de Enfermagem da UFBA e de outras instituições que têm, no seu quadro, enfermeiros, nutricionistas e assistentes sociais. Com esse grupo interdisciplinar, o projeto realiza atividades em Centros Sociais Urbanos da cidade do Salvador, junto à população idosa da área de abrangência desses centros, inscritas no mesmo. Atualmente, são realizados trabalhos em Centros Sociais Urbanos nos bairros de Mussurunga,

Pernambúes, Cosme de Farias, Liberdade e Narandiba.

As atividades desenvolvidas no projeto incluem a realização de trabalhos com os grupos de hipertensos e diabéticos através de ações educativas, vivências e o estímulo ao auto-cuidado.

Continuei o meu interesse pelos estudos no curso de Especialização em Enfermagem na Atenção à Saúde do Idoso. Durante o curso, em experiências práticas realizadas, pude perceber que muitos deles expressavam se sentirem abandonados. Naquele momento, compreendi que essa sensação faz com que os idosos fiquem à margem do processo de integração social na instituição, gerando, conseqüentemente, desinteresse por tudo aquilo que proporcione o entrosamento grupal.

Enquanto enfermeira especialista em Enfermagem Geriátrica e Gerontológica, trabalhando em um centro geriátrico, que assiste idosos asilados, pude, ainda, perceber com mais profundidade, questões sobre o asilamento, o afastamento da família, a sua inserção em atividades no asilo e sua adaptação à nova realidade.

O interesse em investigar o significado do estar asilado para o idoso surgiu da convivência com eles, ao demonstrarem suas percepções individuais, sentimentos, satisfações e insatisfações com a institucionalização.

Quando se fala em instituições para idosos, o termo que logo nos ocorre é asilo, com as imagens correspondentes de um lugar sombrio, malcheiroso, onde idosos, em estado de semitorpor, esperam não se sabe o quê. (PAPALÉO NETTO, 1996).

Evidentemente, a internação deve ser a última alternativa, depois que todas as outras foram pensadas e esgotadas tanto por considerarmos aspectos de ordem econômica, como de ordem humana. Feliz o idoso que pode permanecer, até o fim dos seus dias, na sua própria casa, cercado por familiares que aliam amor e competência técnica para cuidarem dele, dispondo, também, de espaço habitacional e dinheiro para prover suas necessidades.

Por outro lado, o asilamento do idoso, de uma forma ou de outra, se constitui em uma espécie de afastamento do âmbito social, pois ele perde o seu papel, ou seja, sua identidade dentro da sociedade e tem que se moldar a uma realidade mais “fechada” e limitada. Esse afastamento do convívio social favorece ao idoso o sentimento de inutilidade e futilidade.

Segundo D'Alencar (1988), o isolar-se, gerado, quase sempre, pela falta de atenção e de estímulo, leva o idoso à diminuição das atividades, o que evolui para a modificação da

conduta e o aparecimento das doenças ditas da velhice. Aos poucos, o idoso se transforma num ser egoísta, queixoso, num grave enfermo que o meio ambiente rejeita.

O sentimento de solidão no idoso é um grande problema que interfere, direta ou indiretamente, na qualidade de vida desses indivíduos, principalmente daqueles que se encontram asilados.

De acordo com Burnside (1973) existe, na sociedade, uma ampla atitude “negativa” com relação aos idosos, e os enfermeiros não estão isentos dessa atitude. Afirma, ainda, que a profissão tem que inserir o ensino de Gerontologia no “currículo” de enfermagem, em todos os níveis de educação e divulgar seus conhecimentos em outras disciplinas.

Ainda segundo a autora, a preocupação dos profissionais, em função de toda essa realidade constatada é prevenir, recuperar, adaptar, reabilitar e reintegrar o idoso na família e na sociedade, o que implica em responsabilidade vital de cada elemento envolvido nesse contexto.

Em conversas com os idosos asilados, pude perceber que cada um tinha um conceito, uma imagem e um significado sobre o asilamento, que, muitas vezes, difere da imagem que a sociedade tem do asilo, pois muitos idosos demonstram alegria e satisfação e escolheram estar institucionalizado. A partir dessa observação, surgiram inquietações que me induziram a buscar e visualizar como os idosos experienciam a vida no asilo e o significado que os mesmos possuem sobre a vida asilar, acreditando que este estudo representa uma contribuição para a enfermagem e outros profissionais que se dedicam a pesquisas sobre a saúde do idoso.

Partindo da experiência pessoal do idoso encontrar-se asilado; e entendendo que só o próprio sujeito pode objetivar a sua própria percepção pela linguagem, a proposta que apresento, neste estudo, tem como objeto:

***O significado do estar asilado para o idoso.***

Assim sendo, tracei como objetivo deste estudo:

***Compreender o significado do estar asilado para o idoso.***

Nesse momento, surgiu a oportunidade de realizar um estudo referente ao significado do estar asilado para o idoso, utilizando como abordagem a Análise de Conteúdo. Ponderei que, ao identificar como se configura o objeto significado do estar asilado para o idoso, avançaria no sentido de melhor compreender seus comportamentos, suas necessidades, suas atitudes, suas crenças, seus valores, suas expectativas, como, também, conhecer aspectos relacionados aos vínculos familiares, à sociedade e ao próprio asilo. E assim direcionei o meu trabalho.

A estrutura desta pesquisa é constituída de quatro partes:

A primeira parte discorre sobre o referencial teórico, abordando aspectos acerca do processo do envelhecimento, aspectos psicossociais e a condição do idoso asilado.

A segunda parte discorre sobre o percurso teórico metodológico, abordando o tipo de estudo, referencial teórico, a trajetória do estudo, apoiada na abordagem da Análise de Conteúdo e nos encontros para obtenção dos depoimentos.

A terceira parte trata da análise dos depoimentos, tentando compreender o significado do estar asilado, através dos significados das falas.

A quarta e última parte contém as considerações finais da pesquisa.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1 PROCESSO DE ENVELHECIMENTO

O processo de envelhecimento desenvolve-se de forma gradativa e lenta, com perdas no plano biológico, psicológico e social. Acredita-se que o envelhecimento do corpo e a perda da função social, esta provocada pela aposentadoria sejam um dos maiores problemas que o idoso deve enfrentar, pois cada um desses traz conseqüências difíceis de serem contornados numa etapa de vida em que as defesas já estão enfraquecidas. Agora, com o novo “status” de aposentado(a), torna-se necessário aprender a conviver com a situação de ser velho(a), sozinho(a), por vezes, dependente e, como conseqüência, ser asilado(a)

Reagir contra o envelhecimento, que deforma e enfeia, que desalenta e desencanta, obscurece a inteligência e sacrifica o pensamento, que desfaz a beleza e inibe o espírito, limita a idéia e cerceia a ação e o entusiasmo, que reprime os impulsos físicos e apaga os lances de imaginação, foi, através de todos os tempos, o anseio dominante no homem e na mulher. (BARROSO, 1980, p. 280).

Para Serro Azul (1981) envelhecimento é um processo dinâmico, progressivo, na qual se operam modificações morfológicas, fisiológicas, bioquímicas e psicológicas.

O conceito de envelhecer traduz, na maioria das vezes, uma concepção pura e simples de idade cronológica. No entanto, essa idade pode não corresponder à idade biológica, pois outros fatores de ordem psicológica e social contribuem, de modo significativo, para acelerar ou reduzir o fenômeno do envelhecimento. (MENEZES, 1985).

Oliveira M.(1993) expressa que a velhice pode ser considerada como a coroação da escala da vida. O indivíduo que chega à velhice possui um acúmulo de experiências e conhecimentos adquiridos através dos acertos e desacertos que a vida oferece. Santiso (1983) afirma que o ser humano, ao atingir a plenitude de sua idade, representa o resultado de suas experiências, ou seja, das múltiplas decisões e opções assumidas no decorrer de toda a sua existência.

Beauvoir (1990, p. 99), completa o raciocínio anterior ao afirmar que: “como todas as situações humanas, a velhice tem uma dimensão existencial, que modifica a relação do indivíduo com o tempo e, portanto, sua relação com o mundo e com a sua própria história”.

Referindo-se ao “quando se envelhece”, Stiglitz (apud RIBEIRO, 1982) dividiu o envelhecimento em três fases: a primeira situa os idosos entre 40 a 60 anos, caracterizando-se como grupo etário da maturidade avançada; a segunda engloba as pessoas de 60 a 75 anos, com traços do processo de envelhecimento mais evidentes; a terceira iniciada aos 75 anos que tem como característica a senilidade, que significa a velhice da mente e do físico.

É sabido que o envelhecimento é um fenômeno inexorável e irreversível, mas que, nem por isso, o envelhecimento é causa primária de doença ou de morte, mas, sim, como afirma Serro Azul (1981), um declínio funcional do organismo humano de maneira proporcionada e compatível com as normas do homem.

Silva, A. (1981 p. 81) afirma “que o homem, como ser vivo que é, não escapa às leis impostas pela natureza, as quais obedecem a uma seqüência fatal e irreversível: nascer, crescer, reproduzir, amadurecer, envelhecer e morrer”. Tais fenômenos, apesar do grande avanço científico, extrapolam a compreensão e desafiam a inteligência humana.

Muitos foram os fatores que impediram o progresso desse conhecimento, mas o mais importante, indiscutivelmente, foi à constância com que o envelhecimento natural foi erroneamente caracterizado como um estado patológico, o que estimulou muito mais a tentativa de combatê-lo do que entendê-lo.

Baqueiro (1985), afirma que diagnosticar velhice biológica é mais fácil pela evidência de sinais e sintomas físicos, enquanto para o diagnóstico psicológico e social, o profissional não dispõe de dados precisos.

Não obstante os poucos conhecimentos de que a ciência dispõe sobre as causas do processo de envelhecimento normal, a esse mesmo processo sabe-se que a responsabilidade, de acometimentos em órgãos, aparelhos e sistemas orgânicos, com repercussões clínicas as mais variáveis. Todavia, impõe-se assinalar, conforme Rowe (1988), que os efeitos do envelhecimento fisiológico devem ser atendidos, não apenas como reflexos isolados por si só, mas, sobretudo, por servirem de substrato fisiológico para apresentação de doença, das suas respostas ao tratamento e das complicações que podem surgir.

Para Batista (1985), o envelhecimento é um processo gradual e contínuo que se inicia

com o nascimento e termina com a morte, é também um fenômeno universal, que produz mudanças e limitações em todas as funções do corpo.

A teoria do envelhecimento tem sido tema de estudos e polêmicas nos últimos anos, e diversos cientistas tentam explicá-la através das mais variadas teorias.

Toro (1983, p. 45), em alguns estudos realizados sobre o envelhecimento, cita algumas das teorias mais importantes sobre o processo:

a) A teoria de CATES e DU NOUY, ou do envelhecimento natural, postula que todos os órgãos têm uma lei de crescimento e outra de diminuição da atividade, na medida em que o tempo passa.

b) A teoria celular de CHILD formaliza que o processo do envelhecimento ocorre em consequência dos componentes celulares estarem ligados a sua carga elétrica, de modo particular aos íons negativos.

b.1) A teoria do erro na síntese das proteínas, de SCHOCK, considera o acúmulo de proteínas deficientes como a fonte mais importante de deteriorização da capacidade fisiológica das células.

c) A teoria bioquímica de HARNAN diz que a velhice é atribuída preferencialmente aos radicais livres e aos peróxidos endógenos, estando, pois, o envelhecimento na dependência de alterações mais a nível celular e tecidual.

d) A teoria de METCHNIKOV, ou da auto-intoxicação, fundamenta-se na causa do envelhecimento do organismo humano como decorrência dos produtos do metabolismo e da putrefação intestinal.

e) A teoria de BOURLIERRE ou da programação genética, que se refere à velhice como consequente a acidente geneticamente programados na cadeia dos DNA.

f) A teoria de BASTAI e DOGLIOTTI ou capila-rospatia senil, que admite que os capilares da pele dos idosos apresentam um certo número de alterações degenerativas da mesma natureza dos capilares de todo o organismo.

g) A teoria endócrina de LORAND indica que a causa mais freqüente do envelhecimento se deve a exaustão das glândulas sexuais.

As mutações de ordem biológica, verificadas no declínio do organismo humano decorrem, fundamentalmente, do processo de senescência responsável por perdas orgânicas e funcionais. Entretanto, o organismo humano pode também decair em sua força e função por moléstia, por utilização inadequada de medicamentos ou, mesmo, por má nutrição. Assim, nas

considerações sobre o declínio funcional do organismo humano, deve-se introduzir questões que estabeleçam e diferenciem as condições normais das condições patológicas do processo de envelhecimento, a fim de que se possa conhecer as reduções irreversíveis e as que podem ser evitadas. Por outro lado, pesquisas realizadas em todo o mundo têm comprovado que a decadência física, inerente ao organismo na época da velhice, resulta, em grande parte, não dos anos acumulados ou vividos por cada indivíduo, mas, sim, de condições inadequadas a que foi submetido o organismo em etapas anteriores da própria vida.

Diante do exposto, vejamos a seguir as repercussões que acompanham o processo fisiológico do envelhecimento.

Com relação aos órgãos sensoriais, eles se tornam menos eficientes. As maiores alterações ocorrem na acuidade auditiva e visual, na percepção de luz e de profundidade, na adaptação ao escuro e tempo de acomodação.

Schilder (1994) afirma que metade de todas as cegueiras ocorre acima de 65 anos. Para o mesmo autor, metade desses casos poderiam ser evitados, se, porventura, a causa tivesse sido descoberta a tempo.

Essas alterações, geralmente, levam o idoso a se tornar dependente, contribuindo para o seu isolamento, o que, muitas vezes, acarreta a institucionalização do idoso.

Além das alterações visuais e auditivas, o sentido gustativo também diminui, porém o tato e o olfato são os que menos se alteram com o envelhecimento.

As modificações ocorridas no sistema nervoso são alterações anatomofuncionais, caracterizadas pela diminuição de volume e peso do cérebro, perda de neurônios, diminuição do consumo de oxigênio e fluxo sanguíneo cerebral. Acentua Kenney (1982) que o cérebro é a parte mais difícil do organismo para separar as mudanças fisiológicas do envelhecimento, da doença.

Salgado (1980) acredita que não se pode afirmar, cientificamente, que exista uma redução da capacidade mental e intelectual pelo envelhecimento e acrescenta que, enquanto as sociedades insistirem em definir o idoso como incapaz e senil, sem condições de autogestionar a sua vida e sem futuro, ele assim se comportará por toda uma pressão social e psicológica.

Assim, torna-se crítica a demarcação entre o envelhecimento fisiológico e o patológico a nível cerebral, uma vez que a menor capacidade de adaptação, a perda da auto-

estima e das relações interpessoais, o descontrole emocional, as modificações da memória e do pensamento podem resultar de ambos os tipos de envelhecimento.

Em relação às repercussões na pele, Campedelli (1983) assinala que, com o envelhecimento, algumas alterações vão se apresentando na pele, de forma variada, no homem e na mulher, após os 40 anos, dentre as quais pode-se destacar: pele mais seca e fina, com menor elasticidade. As glândulas sudoríparas, responsáveis pelo suor, diminuem em atividade e número. Ocorre diminuição do tecido gorduroso que se situa abaixo da pele, fato que provoca o aparecimento das rugas.

Ainda conforme a autora, as unhas tornam-se mais espessas, quebradiças e seu crescimento é retardado. O cabelo torna-se mais ralo e as raízes enfraquecem. Às vezes, as células que são responsáveis pela coloração da pele acumulam maior quantidade de pigmentos causando “as manchas escuras”, que os idosos referem como manchas da velhice. A pele de pessoas mais claras que se expõem com frequência ao sol forte pode apresentar pontos mais claros ou escuros nos antebraços, nas mãos, nas pernas, no rosto e no colo.

Com relação aos sistemas cardiovascular e respiratório, as alterações anatomofuncionais com repercussões estão ligadas à aorta, ao miocárdio e ao aparelho valvar. Segundo Jacob Filho e Souza (1994), dilatação, diminuição das fibras elásticas e deposição de cálcio apresentam-se na aorta, devido ao processo de envelhecimento; artérias de menor calibre, como carótidas, arteríolas renais são também atingidas. O coração tende a aumentar de tamanho, havendo um maior depósito de fucsina nas células cardíacas. Das válvulas, a mitral e a aórtica sofrem espessamento e depósito de placas.

Rodrigues (2000) afirma que a função respiratória está, progressivamente, comprometida na velhice, devido à perda de tecido elástico que envolve os alvéolos e ductus alveolares; aumento do colágeno vascular; diminuição da espessura da parede alveolar e diminuição do número de capilares. A expansão torácica está diminuída pela calcificação das cartilagens costais e das vértebras, resultando numa respiração menos profunda, na diminuição do reflexo da tosse e da sua eficácia, facilitando o aparecimento de infecções pulmonares. A capacidade pulmonar total está discretamente diminuída. Contudo, a ventilação não é prejudicada e o velho tem a sua necessidade respiratória satisfeita.

De igual modo ao coração e sistema nervoso, também no sistema endócrino (responsável pela produção de hormônios), é grande o desafio em responsabilizar-se tão somente o envelhecimento biológico, pelas alterações que apresenta. Do ponto de vista

anatomofuncionais, são apontadas as seguintes modificações à medida em que se envelhece: diminuição do peso da glândula tireóide, a qual pode, por vezes, assumir um aspecto atrófico, além do comprometimento nas células glandulares, na secreção hormonal, nos receptores hormonais e nas células-alvo. Para Rowe (1988), há um declínio dos níveis sanguíneos de testosterona, insulina, andrógenos, supra-renais, hormonais tireodianos ao lado das gonatropinas, paratormônio, enquanto mantêm-se inalterados o hormônio do crescimento, prolactina e o glucagon.

Em relação ao sistema endócrino também, não se mostra fácil a distinção entre o envelhecimento normal e doença no sistema imunológico. “É relevante trazer à mente” coloca Jurivich e Conhen (1988, p. 27), que nem todas as alterações no sistema imune, decorrentes da idade, podem ser consideradas deletérias. Ao contrário, muitas mudanças representam um ajuste a diferentes fatores relacionados com a idade.

Os autores afirmam, ainda, que, entre as principais mudanças, estão apontadas alterações quantitativas, alterações funcionais, alterações bioquímicas além de modificações na imunidade local. Entre as primeiras, a involução do timo é a mais característica, uma vez que, estudos morfológicos dos elementos periféricos do sistema imune não parecem apresentar evidências de alterações.

A involução do timo ocorre universalmente acompanhando o envelhecimento. A perda da massa térmica no homem começa aos 30 anos, continuando até os 50 anos, nessa etapa encontra-se apenas 5 a 10% da massa máxima do timo. As células do timo são responsáveis por funções imunológicas contra patógenos microbianos e seu declínio provoca redução da imunidade humoral e auto-tolerância, predispondo os idosos à emergência de fenômenos auto-ímmunes com a reduzida resposta a antígenos estranhos. (HIRSCH, 1990).

Com relação ao sistema Músculo-Esquelético, o avançar dos anos provoca uma atrofia generalizada da massa muscular com substituição por tecido fibroso. Com isso, o velho sofre uma diminuição geral da força, da agilidade e resistência dos músculos.

Na velhice, as estruturas relacionadas à locomoção também estão alteradas. Os ossos ficam mais frágeis e, portanto, com maior risco de fraturas; ocorre perda da massa e da força muscular, gerando dificuldade de manter o equilíbrio e, como consequência, o idoso pode apresentar o andar lento e arrastado, e ainda diminuição da agilidade. Em virtude das alterações das estruturas das juntas (endurecimento), artrose, pode haver diminuição da estrutura (altura) e o idoso tende a se inclinar para frente (em consequência da curvatura do

osso). (RODRIGUES, 2000, p. 13).

Quanto ao sistema urinário, na velhice, ocorre diminuição da estrutura e da função dos rins. Segundo Rodrigues (2000, p. 14), a bexiga pode deixar de se esvaziar completamente durante o ato de urinar, sobretudo nos homens. A incontinência urinária, isto é, a perda involuntária de urina, é bastante freqüente entre os idosos, tornando-se, também, um sério problema.

Esse problema, na minha prática de trabalho, é observado como sendo um dos fatores que contribuem para a família institucionalizar o idoso, pois os mesmos não conseguem lidar com essa situação.

Para Neri (1991), as perdas da autonomia relacionadas aos problemas de saúde são, na sua maioria, de ordem crônico-degenerativa, aspecto observado na maior parte das pesquisas em Geriatria.

O aumento de dependência no idoso terá, muitas vezes, origem na deterioração do processo de envelhecimento, na qual as perdas, nomeadamente a nível de coordenação motora, se aliam a medos crescentes.

Nesse sentido, Litvin (apud NERI, 1991), afirma que cada pesquisa sobre satisfação da velhice mostra que ela é comumente associada à perda de controle pessoal, sentimentos de solidão, percepção de afastamento e desamparo, incerteza em relação ao futuro e conflitos familiares; situações estas, típicas da transição de status, decorrentes da perda de autonomia.

Ao falar no processo de envelhecimento, não podemos dar datas apenas no aspecto biológico, social ou no psicológico. Todos esses fatores contribuem para o envelhecimento humano em igual importância.

Para Robischon e Akan (1979), o efeito acumulativo, tanto dos fatores fisiológicos, quanto psicológicos e sociais, pode ser visto como uma dimensão positiva no processo de vida, com novas oportunidades para o crescimento e realização, mas isto não nega os problemas e desafios da idade. Os autores caracterizam o envelhecimento como um processo contínuo que incorpora as experiências anteriores, estilos de vida, padrão e traços de personalidade.

Pode parecer ilusória a vontade de manter o idoso na vida social até o seu último momento. Mas, o que parece estar ao alcance de todos é que o idoso, sadio ou doente, não se

constitua num empecilho à família ou à sociedade, embora muitos desses idosos vão provavelmente, necessitar de um abrigo por questão de sobrevivência.

Pelo exposto, pode-se concluir que são, os fatores biológicos e psicológicos que, ao lado dos sociais, irão determinar o nível de ajustamento ou de inadaptação do idoso ao seu próprio envelhecimento. A seguir trago algumas considerações acerca dos aspectos psicossociais, através das quais, serão enfocadas questões relacionadas à condição do idoso na sociedade, em relação à família e a aposentadoria.

## 2.2 ASPECTOS PSICOSSOCIAIS DO ENVELHECIMENTO

A velhice não é algo que chega de repente, vindo de fora e dirigindo a personalidade do indivíduo à mercê do seu poder de reflexão e escolha. Os padrões estabelecidos em anos anteriores continuam influenciando o idoso em seu comportamento, inclusive, quanto ao significado do envelhecimento para si e para os demais. (OLIVEIRA, M., 1993).

A maior parte das características do idoso não são peculiaridades de uma faixa etária. Uma pessoa não passa a ter determinada personalidade porque envelheceu, ela simplesmente mantém ou acentua características que já possuía antes.

Conforme Zimmerman (2000), idoso é aquele que tem diversas idades: a idade do seu corpo, da sua história genética, da sua parte psicológica e da sua ligação com sua sociedade. É a mesma pessoa que sempre foi. Se foi um batalhador, vai continuar batalhando; se foi uma pessoa alegre, vai continuar alegrando; se foi uma pessoa insatisfeita, vai continuar insatisfeita; se foi ranzinza, vai continuar ranzinza.

A situação dos idosos, na sociedade atual, não deixa de ser uma consequência das mudanças sociais que se processam em nosso meio, decorrente do próprio processo de evolução de nossa sociedade. Evidentemente, as mudanças não se processam de um momento para o outro, nem de modo uniforme em todas as sociedades, e nem mesmo, dentro de todos os setores de uma mesma sociedade. Mesmo assim, de qualquer modo, ocorrem profundas redefinições de status e papéis em toda parte. (BAQUEIRO, 1995).

Tanto o homem como a mulher, são atingidos por esse processo estimulador, uma

vez que as estruturas de sociabilidade estão centradas no trabalho, na família e, secundariamente, nas relações de vizinhança, sobretudo nas de lazer.

A perspectiva de crescimento populacional de pessoas idosas afeta a todos de forma muito profunda, haja vista a situação de dependência econômica e física que toma conta de grande contingente de idosos, sobretudo daqueles que não possuem aposentadoria ou recursos suficientes para desfrutar de sua velhice com tranquilidade.

As estatísticas apontam para um perfil de população na qual, cada vez mais, a parcela correspondente aos idosos será mais e mais significativa. Se, por um lado, eles serão os principais consumidores do futuro, a retirada pura e simples dos mesmos dos grupos de homens produtivos também pode ser questionada.

Assim sendo, parece que se chega ao início deste século, observando a falência do nosso sistema de trabalho, por ser escravizante do homem e, também, castrador de seus sonhos e ideais. Tal forma de atividade desconhece o entusiasmo e a ausência deste, carregando consigo a morte existencial.

Magalhães (1989) afirma que, com a perda da função produtiva, as estruturas de sociabilidade se enfraquecem, o mesmo ocorrendo com a perda dos papéis ligados à vida familiar. Os demais papéis, espontâneos, exercidos por grupos secundários e de vizinhança também se enfraquecem, exceto os que se institucionalizam, deliberadamente, para compensar as perdas.

Burside (1979) relata que, durante a II Guerra Mundial, quando houve uma falta aguda de mão-de-obra, muita gente idosa voltou a trabalhar, quando teve a oportunidade de aprender novos serviços, às vezes cansativos. Mesmo assim, demonstraram maior dedicação no desempenho de suas atividades em comparação aos mais jovens. Parece que eles, realmente, se esforçavam mais para fazer um bom trabalho, já que estavam satisfeitos por serem úteis. Quando não foram mais necessários, voltaram, de novo, à inatividade, considerados então como fracós.

Beauvoir (1990) considera a necessidade de que o velho se mantenha no exercício de alguma atividade para se defender de uma inércia, em todos os sentidos, nefasta. Não importa a natureza dessas atividades. O mais importante é que elas trazem uma melhoria ao conjunto de suas funções.

Vendo por esse prisma, acredita-se que o trabalho tem uma outra função importante, além da produção, que é da ocupação com a criação. Ao se pensar no idoso asilado, pensa-se

logo na humanização da atividade de trabalho, por se acreditar que há, nesse fator, uma parcela de contribuição para o desenvolvimento do homem como espécie, ou seja, do homem enquanto ser.

Segundo Goldman e Goldman (1977), os mais freqüentes conflitos na velhice têm sido os problemas financeiros ligados à urbanização, industrialização e os deles decorrentes: isolamento social, confinamento em asilos, desolação, dependência, desvalorização, desprestígio, preconceitos, hostilidades, agressividades, desconfianças, ansiedade, atividade defensiva, perda de autoridade e de auto-afirmação. Esses problemas atingem todas as faixas etárias, podendo ser agravados pela idade.

Segundo Baqueiro (1985), as pessoas idosas passaram a sofrer uma clara discriminação com relação ao trabalho. A necessidade de mãos vigorosas para as fábricas, ao tempo em que a tecnologia começava a substituir o trabalho braçal na agricultura e aperfeiçoava os instrumentos e métodos de produção industrial, tudo isso em função de um aumento de produtividade, criou condições geradoras do isolamento dos velhos, que, por suas limitações biológicas, passaram a ser considerados como causadores de redução de produtividade, tornando-se socialmente dispensáveis.

Os idosos sofrem os efeitos cruéis da economia, da velhice marginalizada assim como os efeitos da frustração, decorrentes da impossibilidade de integrar-se na economia consumidora. Do ponto de vista da família, são, sem dúvida, relegados a plano secundário ou pressionados a buscar soluções institucionais e de asilamento, na medida em que a maior parte das famílias tem pouca ou nenhuma condição de abrigá-los e prestar-lhe assistência.

Uma das causas de desajuste dos velhos, na família e na sociedade, é a falta do que fazer, deixando-os irritados, descontentes e com um forte sentimento de nulidade.

Martins (1980, p. 335), abordando a marginalidade a que é submetido o idoso na sociedade atual, nos diz: “marginalizado e ignorado pelas gerações mais jovens que os vêem com restrições, como alguém superado e defasado, o velho tornou-se sinônimo de solidão e recolhimento, isto quando não é levado em camisa de força para os abrigos, sanatórios e/ou casas similares”.

Segundo Santiso (1983, p. 26),

é muito diferente a pessoa de idade que vive na zona rural, integrada à sua família, cumprindo um papel na economia de sua casa e de seu meio, transmitindo aos seus o tesouro de sua experiência e de sua afetividade, da pessoa que vive sozinha na cidade, num meio urbano que pode lhe ser hostil e, no qual, pode sentir-se mais agredida, insegura, impelida a um isolamento defensivo.

Menezes (1985) diz que o isolamento vivenciado pelo velho na sociedade é devido ao significado dado ao envelhecer, com a perda da identidade, do “status” e, conseqüente inutilidade.

A aposentadoria introduz, na vida do homem, uma descontinuidade radical: existe uma ruptura com o passado e, aí, o velho necessita adaptar-se a uma nova situação que, por um lado, traz-lhe vantagens, como descanso e lazer, mas, de outro lado, apresenta desvantagens, como empobrecimento, desqualificação e um sentimento de desvalorização.

Através dos anos, a aposentadoria tem sido selo da velhice e da inutilidade social, caracterizando esse período como decadente. A denominação de inativo ou aposentado, isto é, aquele que fica no aposento, indica isso claramente. A passagem de um período ativo para outro sem motivações objetivas e reconhecimento social, com diminuição do padrão de vida, além das exteriorizações físicas do envelhecimento, leva, freqüentemente a perdas acentuadas do status social e financeiro do indivíduo. (SALGADO, 1982).

A aposentadoria representa uma perda de status e o redirecionamento exclusivo para a família, o que pode significar um novo equilíbrio ou um isolamento social. Ao admitir que a aposentadoria provoca uma mudança de comportamento do sujeito, aceita-se, implicitamente, uma relação muito forte entre o comportamento e a estrutura social que determina os papéis profissionais. Ela é a interrupção de um certo ritmo de vida que se prolonga por quase quatro décadas. (KALACHE et al., 1987).

Na minha percepção, essa diminuição de padrão, associada a perdas físicas e sociais, leva, muitas vezes, idosos à institucionalização, pois os mesmos não conseguem manter os padrões mínimos necessários para sobreviver.

A aposentadoria, no entanto, pode ser vivenciada de outra forma se o idoso conseguir adaptar-se a essas mudanças trazidas por essa etapa da vida. Ela pode ser um período de descanso merecido ou de realização de sonhos, projetos, mudança profissional, aperfeiçoamento de novas habilidades, participação de grupos e outras atividades que, durante a vida, não puderam ser realizadas. Mas, para isso, é necessária uma preparação adequada.

Conforme Moragas (1997), a experiência mais importante do idoso não se relaciona a seus conhecimentos técnicos, mas ao conhecimento dos problemas psíquicos e sociais que ele possui, pois, pelo simples fato de ter vivido mais esse idoso poderá contribuir na sociedade com seu saber psicossocial por tê-los experimentado durante mais tempo.

Muitos idosos apresentam sinais de desvalorização social quando referem problemas com crescente sensação de não pertencer ao meio social, falta de obrigações diárias, incapacidade de contribuir para a vida ou dar algo aos outros. (OLIVEIRA; FORTES, 1999).

Para muitos ricos, a aposentadoria permite viver seus sonhos, como viajar, dedicar-se aos *hobbies* preferidos, praticar esportes, freqüentar festas e outros.

O aposentado de classe média, em geral, conserva seu padrão de vida anterior, podendo fazer compras de móveis e imóveis com a poupança que fez durante sua vida ativa. Já para o trabalhador que recebe um salário apertado, a aposentadoria representa a queda do padrão de vida, visto que o dinheiro que recebe não possibilita formação de patrimônio.

De acordo com Magalhães (1989), no meio operário, os baixos salários dos idosos que se aposentam obriga-os não somente ao afastamento do seu trabalho, bem como ao afastamento dos amigos, pois os mesmos acham que aqueles que se aposentam do âmbito profissional se aposentam da vida também. Sendo assim, com o acúmulo de perdas, o idoso tende a desenvolver sentimentos de insegurança e tristeza, tendendo a isolar-se, sentindo-se sozinho e desamparado.

No atendimento ao idoso, torna-se necessário identificar suas necessidades humanas básicas, pondo em prova a capacidade do profissional em levantar não só as relacionadas aos aspectos biológicos, mas, também, as relacionadas aos aspectos psicológicos e ambientais.

Assim sendo, uma ação educativa junto à cultura, e dentro dela, ao próprio idoso, se faz necessária no acompanhamento das ações políticas e econômicas. Para que o homem se torne o autor de sua própria história, precisa desenvolver sua consciência e aprimorar sua percepção, a fim de suprimir o estado de alienação em que está inserido, para que, assim, possa aflorar todo o seu potencial. Ao atingir esse estágio, se supõe que ele terá modificado a si mesmo e ao estereótipo cultural, construindo, dessa forma, um novo referencial, com maior grandeza, a cerca do envelhecimento.

É importante, pois salientar-se que o indivíduo, ao iniciar o processo de envelhecimento, deve realizar determinados ajustamentos pessoais, pois a vida é um contínuo

processo de adaptação.

É nesta fase de adaptação que a família possui um papel importante na tentativa de evitar que a pessoa idosa encare as mudanças ocorridas com medo ou com um certo receio, fazendo com que ela, dificilmente, assuma atitudes positivas para com a velhice ou demonstre aceitação para o próprio envelhecer.

A seguir, destacar-se-á a importância da participação da família na sua vida pessoal e afetiva.

O papel da família é de extrema importância para o idoso. A sua aceitação no seio familiar contribui gradativamente no aspecto afetivo, para a criação de sua auto-imagem. Sua necessidade de amor, auto-estima, compreensão e segurança aumentam com a idade. (GONÇALVES et al., 1989).

Segundo Oliveira C. (1985), a família, no seu conceito mais amplo, é constituída por pessoas interligadas por escalas de valores e desempenho de papéis determinados e, sucessivamente, delegados aos descendentes. Vários grupos etários estão envolvidos na unidade familiar, proporcionando uma seqüência de idéias, atitudes e comportamentos, determinados pelos padrões sociais vigentes e pelas próprias condições sócio-econômicas e culturais do grupo social.

Há tempo, a família passou a ser nuclear, constando de pai, mãe e poucos filhos. Mas, mesmo sendo a família nuclear hoje prevalente em nosso meio e considerada como unidade duradoura, ela, também, vem passando por alterações em todos os sentidos, inclusive no interior e na estrutura desse modelo familiar. (ROMANELLI, 1991).

Moragas (1997) enfatiza que a família satisfaz a inúmeras necessidades de seus componentes: as físicas, que são as de alimentação, habitação e cuidados durante doenças; as psíquicas, que se constituem na formação da auto-estima, no amor, afeto e equilíbrio psíquico e as sociais, que se fundamentam na identificação da relação, comunicação e no pertencer a um grupo. Muitas necessidades estão sendo atendidas por organizações alheias à família, embora as decisões fundamentais continuem sendo tomadas no seio desta.

Em todas as famílias, em maior ou menor grau, há uma transmissão de valores, crenças e condutas. Se as crianças acostumam-se a ir com os pais, visitar os avós, tem a oportunidade de perceber essa preocupação com o cuidado do idoso, certamente introjetarão esse comportamento como algo importante e desejável. Por outro lado, as pessoas que, desde

pequenas, acostumaram-se com o egoísmo dos pais, a não terem suas necessidades materiais e afetivas satisfeitas e presenciaram o abandono e a desvalorização do idoso na família, tenderão a repetir essas ações quando forem adultas.

A desvalorização do idoso, dentro de sua família, é o reflexo da profunda representação negativa da velhice que a sociedade atual desenvolveu. A raiz desse fenômeno deve ser buscada nos valores que caracterizam nossa cultura. Nossa herança cultural e nossa história são vistas como sem importância. Entende-se a experiência dos velhos como inútil, algo ultrapassado. A terceira idade não produz, o que o sistema considera importante e não consome ou, quando o faz, é em pequena escala, pois os rendimentos previdenciários são, geralmente, muitos baixos. (FIRRIGNO, 1991).

Apesar de se constatar que as relações entre familiares e idosos vêm-se deteriorando ao longo do tempo, não se considera que a família, em si, seja a única responsável por tal fenômeno, uma vez que as dificuldades de ordem econômica, em conjunto com o acelerado ritmo da vida moderna, têm contribuído, de forma significativa, para que os familiares reduzam seus contatos ou deixem de prestar uma assistência mais adequada aos seus idosos.

As alterações que ocorrem no atual modelo familiar, o nuclear, tem trazido repercussões e efeitos em sua estabilidade e continuidade. Quando um idoso precisa ser incluído nessa família, ele a amplia, por conseguinte, essa deixa de ser nuclear e torna-se uma família ampliada. O idoso sai de sua família de procriação, na qual possuía papéis, funções e espaço bem definidos, como o de chefe, tutor e protetor, e vai para a família do outro, que já tem um chefe. Essa passagem de uma família para outra, nem sempre, é tranqüila, pois, mudar-se-ão os papéis e funções e, ainda, exigir-se-á do idoso que ele se disponha a conquistar o seu novo espaço. (FIGUEIREDO, 1998).

O autor acima ressalta que, mesmo não estando doente, dependente dos cuidados de terceiros, o idoso será visto e, talvez, passe a ver de uma forma diferente, negativa, em virtude das rápidas e aceleradas mudanças que, nem sempre, ele consegue acompanhar, o que, somado à dependência que foi adquirindo, poderá contribuir para ser visto como um “estorvo”. Por mais que ele procure encaixar-se nos novos projetos dos filhos e da sociedade e corresponder às expectativas e exigências desses, não o consegue. Assim, o idoso, muitas vezes, é percebido e se percebe como um “estorvo” na vida dessa nova família, que se tornou uma família ampliada.

Embora, hoje, o abandono dos idosos pelos seus familiares, dentro do próprio lar ou nos asilos, venha se tornando cada vez mais freqüente, nota-se, também, que há casos em que os idosos mantêm um relacionamento positivo ou mais próximo com seus familiares. Para esses idosos, a redução salarial imposta não é tão fortemente sentida, porque a união e o hábito de cooperação, características desses familiares, não permitem que os idosos sejam esquecidos ou abandonados.

Mesmo assim, algumas situações já citadas, como a de ordem econômica e mesmos os espaços menores em residências, muitas vezes, levam esses familiares a retirar o idoso do meio familiar e colocá-lo em uma instituição asilar.

Por outro lado, alguns desses idosos preferem morar em asilos devido ao isolamento dentro de sua casa com seus familiares ou porque tem alguma dependência e não conseguem se manter economicamente.

É comum estar cercado de pessoas e sentir-se solitário. Isso significa que sentir solidão não é a mesma coisa de estar sozinho. Mas, em geral, o que faz surgir a solidão, segundo D'Alencar (1988), é a incapacidade ou diminuição da auto-estima, que interfere na busca do outro. Geralmente, as pessoas solitárias e melancólicas não costumam ser boas companhias, especialmente, quando estão sempre reclamando e cobrando atenção daqueles que os cercam.

A valorização da auto-estima é importante para o idoso, já que uma baixa auto-estima leva à depressão, isolamento e solidão, promovendo, no sujeito, uma queda da resistência a problemas físicos e psicológicos. (PEDREIRA, 1999).

O crescimento da população idosa levou, inevitavelmente, a um aumento dos problemas relacionados a essa população, e alguns deles já foram abordados neste capítulo. Os problemas de saúde, o respeito aos direitos e o atendimento diferenciado nos diversos serviços de saúde existentes na sociedade fizeram com que esses idosos, através de organizações representativas, reivindicassem uma política específica, direcionada ao atendimento das suas necessidades.

Esses movimentos organizados, juntamente com os impactos da dinâmica demográfica, contribuíram para a aprovação da Lei nº 8.842 de 4 de janeiro de 1994, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso (PNI) e Conselho Nacional do Idoso (CNI), que resultaram na criação do Plano Integrado de Ação Governamental para o Desenvolvimento da Política Nacional do Idoso, que é coordenado pela Secretaria de Assistência Social – SAS e

mostra a preocupação e o empenho dos órgãos governamentais em oferecer programas e serviços que garantam um boa qualidade de vida na velhice. (CIDADANIA, 1998).

Dentre essas preocupações, destacam-se: a reforma da previdência, a concessão do benefício de prestação continuada, a capacitação de recursos humanos na área de Gerontologia e Geriatria, visando a sua empregabilidade, apoio a programas, projetos e pesquisas governamentais. (CIDADANIA, 1998).

A PNI tem como objetivo assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade. Além disso, defende os princípios em que a família, a sociedade, e o estado têm o dever de assegurar ao idoso todos os direitos da cidadania, defendendo sua dignidade, bem-estar e o direito à vida. Conseqüentemente, assegura ao idoso o direito de exercer sua cidadania.

A PNI propõe que o processo de envelhecimento diz respeito à sociedade em geral, devendo ser objeto de conhecimento e informação para todos, e que o idoso não deve sofrer discriminação quanto a sua participação no mercado de trabalho e ao setor público e privado.

Mesmo com essa política, todos esses direitos ainda não são assegurados, e a problemática do idoso ainda é visível. Os custos elevados na atenção à saúde, somam-se ao número reduzido de instituições especializadas, à carência de recursos humanos preparados para cuidados a tais pacientes. Sendo assim, torna-se difícil compreender que, num considerado país já envelhecido, não se tenha despertado para adotar ações concretas, visando melhorar à saúde do idoso, manter sua integridade, proporcionando-lhe inserção no mercado de trabalho, assegurando-lhe uma melhor qualidade de vida.

Seguem-se considerações sobre o idoso asilado, buscando-se esboçar uma dimensão do referencial do idoso que é levado para o asilo e o que vai por opção pessoal.

### 2.3 O IDOSO ASILADO

A questão da utilização das instituições para os idosos tem merecido, até o presente, pouca atenção dos profissionais que se interessam pelos problemas do envelhecimento no

Brasil. No entanto, historicamente, essas instituições precederem o surgimento da moderna Medicina Geriátrica e da Gerontologia no atendimento aos problemas da população que envelhece.

Elas nasceram de trabalhos de beneficência inspirados em motivações religiosas ou de associações de ajuda de grupos de imigrantes, portugueses, italianos, alemães, japoneses, com o objetivo de assim terem alguma reserva econômica, capaz de lhes assegurar uma velhice tranqüila. Algumas eram, no início, verdadeiros asilos de mendicidade, que lembravam os “Almas Houses” da antiga Inglaterra, regida pela Lei Elisabetana dos Pobres de 1601, onde eram internados os pobres considerados incapazes: o doente, o velho, o cego, o surdo-mudo, o inválido, o demente e mães com crianças pequenas.

No fim do século XIX, foi fundado em São Paulo, o Asilo Dom Pedro II, da Santa Casa de Misericórdia, destinado aos mendigos da capital paulista. Com o crescimento da população idosa, em 1964, estabeleceu-se como uma instituição geriátrica.

Nas sociedades em geral, ainda é freqüente a prática do asilamento como opção para os problemas da velhice.

Em nossa sociedade, ao longo dos anos, essa modalidade de assistência tem sido praticamente exclusiva como resposta institucional para o segmento dos idosos necessitados. O Decreto nº 1948, Art. 3º, que regulamenta a Lei nº 8842, de 04.01.94, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, diz:

“(...) entende-se por modalidade asilar o 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”. (BRASIL, 1996).

A Assembléia Mundial sobre o Envelhecimento, convocada pelas Nações Unidas (Viena, 1982), nas suas conclusões, recomenda que,

quando a institucionalização da pessoa idosa for necessária ou inevitável, todo esforço deve ser feito para garantir uma qualidade de vida institucional que corresponda a condições normais nas suas comunidades, com pleno respeito pela sua dignidade, crenças, necessidades, interesses e privacidade; o Estado deve ser encorajado a determinar os padrões mínimos e assegurar melhor a qualidade de vida institucional.

Sete anos depois, em 22 de setembro de 1989 o Ministério da Saúde, por meio da portaria 810, aprovou as Normas e os Padrões para o Funcionamento de Casas de Repouso, Clínicas

Geriátricas e outras instituições destinadas ao atendimento de idosos. A Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG) foi integrante da comissão que elaborou tais diretrizes.

Diante da perspectiva de aumento da população idosa, não se pode mais ignorar o papel das instituições asilares na assistência ao idoso, nem relegá-lo a um lugar menor. Evidentemente, o seu papel deve ser pensado como parte integrante de um plano global de atenção ao idoso e sujeitos as devidas reformulações para que se adeque às necessidades emergentes de uma sociedade em processo de envelhecimento.

Alguns autores definem a instituição como um instrumento de controle e de utilização da energia social, sendo, ao mesmo tempo, uma estrutura decorrente de necessidades sociais. Segundo Vieira (1996), as instituições assumem um caráter asilar quando tutelam um indivíduo, retirando-o do meio social em que vive, para colocá-lo em um lugar isento das leis gerais, sob representação social da instituição.

Conforme Oliveira, A. (1999), atualmente, muitas instituições asilares procuram adequar-se às novas demandas, reformando suas instituições, construindo outras e contratando profissionais.

No Brasil, dadas as condições econômicas extremamente desfavoráveis de uma grande parte da população, o envelhecimento torna-se mais um castigo do que um prêmio para muitos idosos; sua aposentadoria irrisória tende a sofrer achatamento, sua saúde está em declínio por más condições de trabalho e vida, e, ainda, poucos cultivam hábitos saudáveis. O idoso, quando enfermo, só pode valer-se da rede pública de saúde, e essa rede se encontra em estado falimentar; quando perde a autonomia ou sua moradia é inadequada, caso procure uma instituição, seus recursos só lhe permitem pagar uma casa de repouso de baixo padrão ou esperar vaga numa entidade filantrópica. (BORN, 1996).

Muitas instituições para idosos, em grandes centros urbanos, enfrentam problemas semelhantes aos dos países ricos, mas sem recursos econômicos e tecnológicos correspondentes. Para agravar o quadro, a ausência de um programa de saúde acessível para a maioria da população idosa reflete-se nos novos pedidos de internação que batem às portas das instituições, tornando as perspectivas assustadoras.

De alguma forma, a mudança no estatuto social do “futuro interno” ou seja, os “ritos de passagem” do processo de institucionalização, promovem um esvaziamento do discurso do idoso e um desengajamento social importante, pois é possível aproximar a instituição Geriátrica de um espaço de promoção de saúde e de cuidados específicos, afastando-se da

essência das instituições privativas de liberdade. Um indicador significativo de que é possível uma transformação de estrutura asilar é o fato de que, em muitas instituições, estão se desfazendo o silêncio compulsório, a automatização dos atos e a total ausência de atividades, passando a promover a expressão das subjetividades, o exercício da linguagem e a participação crítica e ativa do idoso.

É imprescindível, para os idosos, que a instituição tenha contato com a comunidade, evitando o isolamento destes numa realidade fechada. Esse contato poderia ser viabilizado através de oportunidades oferecidas aos grupos locais para visitarem a instituição, organização de atividades conjuntas, tanto de jovens como de idosos, com os residentes, bem como, proporcionar saídas freqüentes dos idosos para passeios e atividades de lazer. (OLIVEIRA A., 1999).

Segundo Vieira (1996), geralmente, a crítica às instituições asilares centra-se na ausência de uma prática terapêutica nos asilos.

Uma instituição para idosos deve combinar liberdade e flexibilidade com limites e restrições. Brocklehurst (1979) recomenda que, tratando-se de sua morada, onde, provavelmente, irá passar os últimos anos da sua vida, é importante que o idoso possa desfrutar de um ambiente descontraído, dedicar-se ao que lhe seja prazeroso. No entanto, a convivência de um grande número de pessoas exige o cumprimento de horários e regulamentos que assegurem o bem comum, higiene e segurança.

É importante salientar que, o idoso não tem apenas direito. Para existir uma convivência harmoniosa e com respeito mútuo, é importante que sejam também, estabelecidos deveres para ele.

Born (1996) refere que é imprescindível que se tenha uma rotina diária na instituição, a fim de que o processo de trabalho flua numa ordem cronológica das ações, facilitando uma assistência contínua e sistemática. Respeitar o idoso é, antes de mais nada, criar condições para que ele possa exercer sua autonomia, ainda que limitada por incapacidade física ou deficiências sensoriais. No entanto, se não houver uma programação para os idosos, de preferência com a sua participação, se não se desenvolvem esforços para marcar os vários momentos do dia, a rotina diária do idoso na instituição tende a ser extremamente monótona e, quanto maior a perda da autonomia, maior a monotonia.

Bosanquet (1977) propõe sugestões para amenizar a principal queixa dos idosos referente à perda de sua autonomia e capacidade de fazer suas próprias escolhas na instituição,

como, por exemplo, escolher o local que quer ficar, tendo a liberdade de sair à hora que quiser, manter o vínculo com as pessoas da comunidade da qual vieram, participar de atividades, tais como fazer chá, café, cuidar de objetos e roupas pessoais ou qualquer outra que esteja dentro de suas possibilidades, enfim, criar oportunidades para que o idoso possa satisfazer seus desejos e preferências.

Um dos problemas psicológicos mais sérios que o velho apresenta é o da preservação da identidade psicológica. É de fundamental importância, posto que, ajuda o homem a adaptar-se às demandas do mundo externo e a aceitar, com serenidade, a perda progressiva da capacidade física e todas as outras limitações impostas pelo processo de envelhecimento.

Mas, o que se tem observado, nos últimos anos, é que a sociedade brasileira não identifica a realidade e a dimensão do processo de envelhecimento como uma questão importante para o desenvolvimento social do país.

É muito difícil analisar profundamente a questão da velhice, quando se constata que uma pessoa passa a vida inteira trabalhando, se sacrificando e, quando chega à etapa final da vida, quando deveria descansar e ter paz de espírito, acontece, exatamente o contrário, ou seja, a saúde se torna precária, a sociedade o recrimina e, muitas vezes, a família o considera como “fardo”, colocando-o em uma instituição asilar, levando-o ao sentimento de rejeição, contribuindo para aceleração do processo de envelhecimento.

Por sua vez, os idosos, insuficientemente informados e desestimulados, deixam de assumir uma postura de cidadania, não reivindicando direitos, não se preocupando com uma sociedade mais humana e responsável pelo bem comum. Nessa perspectiva Gaiarsa (1989, p. 82) afirma: “a velhice é, antes de mais nada, um problema social”.

O que se observa é o aumento do contingente de idosos, constituindo-se em um problema para a sociedade, uma vez que, sendo indivíduos de baixa renda, sem condições econômicas favoráveis, às vezes doentes e dependentes, resta-lhes apenas a mendicância, o abandono e as instituições públicas asilares.

Segundo Oliveira, C. (1985), o abrigo recebe um idoso que, além da problemática inerente ao processo do envelhecimento, traz consigo toda esta carga de carências decorrentes da transformação familiar.

A mesma autora ressalta que, além disso, o idoso é retirado bruscamente do seu meio familiar, onde passou uma longa vida e colocado em uma instituição, onde vai conviver com pessoas de sua faixa etária, ou mais velhas, totalmente estranhas ao seu convívio social.

A família, os vizinhos, os amigos constituem uma rede de apoio natural e, muitas vezes, suficientes para proporcionar uma qualidade de vida ao idoso. Entretanto, se esta rede de apoio não existir, ou que for instável devido a dificuldades no relacionamento interpessoal ou deteriorada pela sobrecarga de trabalho da família, ela poderá ser levada a asilar o idoso.

A enorme demanda pela instituição geriátrica e o padrão atual das mesmas fazem com que a questão da qualidade de vida do idoso institucionalizado assumam não só relevância como urgência a ser discutida no momento atual.

Conforme Papaléo Netto (1996), muitas de nossas instituições para idosos originaram-se de asilos de mendicidade. Os aí residentes foram, gradativamente, sendo substituídos por idosos e essas instituições passaram a ser então, predominantemente, gerontológicas. Os idosos que as procuravam ou para elas eram levados o faziam em busca de segurança e assistência, recursos estes que a comunidade na qual estavam inseridos foi incapaz de prover. Tais cuidados eram ministrados, geralmente, por religiosos ou voluntárias.

Papaléo Netto (1996, p. 406) acentua que os principais motivos de inserção dos idosos em instituições são:

- abandono familiar (dificuldade de moradia, indigência, cárcere privado);
- precariedade ou ausência de recursos financeiros (baixa renda familiar, baixa renda do idoso, ausência de aposentadoria);
- rejeição familiar (ausência de afinidade com a família, dificuldades no convívio com os mais jovens da família, ausência de espaço nas relações familiares);
- inexistência de parentes de primeiro grau (viúvos, solteiros, ausência de irmãos, ausência de núcleo familiar);
- falta de recursos humanos (cuidadores) para assistência (todos os membros da família trabalham ou estão ausentes da casa durante um período prolongado);
- dependência física, exigência de cuidados especiais.

Pode-se observar a predominância de questões sociais como determinantes da institucionalização, bem como da incapacidade assistencial familiar.

A instituição geriátrica pode não ser um dos maiores conflitos do idoso, mas as crenças fortalecidas e idealizadas sobre o que eles pensam e desejam se codificam e criam os mitos, que adquirem status de universalidade. O mito não tem um sentido de crença falsa ou

imprecisa, mas um aspecto simbólico que lhe confere significados mais duradouros e permanentes sem, no entanto, estar acima e além da razão. (VIEIRA, 1996).

Se o asilo é uma estrutura decorrente de necessidades sociais, ela não é instância primária, natural, sendo possível de ser influenciada e modificada em função da mudança dessas necessidades. Conseqüentemente, essa estrutura será adaptada à nova demanda.

A crescente procura por esse tipo de assistência tem conduzido à necessidade de reconstrução dos paradigmas gerais da instituição, entendendo a dimensão institucional não só enquanto “fato social” mas como prática vivida. (LAPASSADE, 1997).

### 3 PERCURSO TEÓRICO METODOLÓGICO

Neste trabalho, utilizamos a abordagem qualitativa, com o objetivo de compreender o significado do estar asilado para o idoso, fundamentadas na análise de conteúdo por achar que seus pressupostos são os que melhor se adequam ao objeto de estudo, partindo da perspectiva de que o processo de asilamento envolve condições sócio-econômicas, estado psicológico das pessoas, expressão de atitudes, interesses e valores pessoais e grupais. Segundo Bardin (1977), a análise de conteúdo procura conhecer aquilo que está por trás das palavras sobre as quais se debruça, é uma busca de outras realidades através das mensagens (...), visa ao conhecimento de variáveis de ordem psicológica, sociológica, histórica, por meio de mecanismo de dedução, com base em indicadores reconstruídos a partir de uma amostra de mensagens particulares.

Minayo (1993) afirma que o material principal na pesquisa qualitativa é a fala cotidiana, que é capaz de revelar valores, símbolos, normas e representações, ou seja, exatamente aquilo que essa pesquisa procura para se realizar. Dentro dessa perspectiva, a análise de conteúdo se apresenta como a metodologia mais adequada.

#### 3.1 TIPO DE ESTUDO

As definições de análise de conteúdo têm mudado através do tempo, à medida que se aperfeiçoa a técnica e se diversifica o campo de aplicação, com a formulação de novos problemas e novos materiais.

De acordo com Bardin (1977, p. 42), designa-se sob o termo de análise de conteúdo:

um conjunto de técnicas de análise das comunicações, visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção (recepção) (variáveis inferidas) dessas mensagens.

A análise de conteúdo, na sua história mais recente, isto, é, enquanto técnica de tratamento de dados considerada cientificamente, é caudatária das metodologias quantitativas, buscando sua lógica na interpretação cifrada do material de caráter qualitativo.

Em suma, a análise de conteúdo é um conjunto de instrumentos metodológicos, cada dia mais aperfeiçoado, que se aplica a discursos diversos.

Como afirmam Henry e Moscovici<sup>1</sup>, (apud BARDIN, 1997), “tudo o que é dito ou escrito é susceptível de ser submetido a uma análise de conteúdo”.

A análise de conteúdo procura conhecer aquilo que está por trás das palavras ou das mensagens em estudo. É uma busca de outras realidades que não foram explicadas por meio da linguagem escrita ou oral. “Esta técnica procura reduzir o volume amplo de informações contidas em uma comunicação a algumas características particulares ou categorias conceituais, que permitam passar elementos descritivos à interpretação...” (Chizzotti, 1995, p. 99). É uma técnica que visa aos produtos da ação humana, voltada mais para o estudo das idéias que das palavras em si. Permite verificar as interações nos grupos, o estado psicológico das pessoas envolvidas e a expressão de atitudes, interesses e valores pessoais e grupais.

A partir de 1960, foram classificadas as seguintes pesquisas que podem utilizar a análise de conteúdo: pesquisa quantitativa, que estuda algumas características na mensagem; pesquisa relacionada à comunicação não-verbal e aqueles que trabalham com a lingüística. No entanto, a análise de conteúdo constitui-se em uma temática válida para todas as ciências humanas e, com o passar do tempo, tornou-se instrumento importante para estudos referentes à interação entre os indivíduos. (RICHARDSON et al., 1989).

Historicamente, a análise de conteúdo está entre o rigor da objetividade dos números e a subjetividade dos discursos, sendo, porém, a expressão mais comum quando se deseja representar o tratamento dos dados de uma pesquisa qualitativa, como parte de uma histórica busca teórica e prática no campo das investigações sociais.

Na atualidade, a tendência francesa está relacionada ao estudo das variáveis de aspectos formais de um discurso, considerando os elementos de níveis lingüísticos diferentes (de um lado, o fragmento do discurso e, de outro, os elementos que o compõem). Enquanto isso, os trabalhos norte-americanos estudam relações entre elementos de um mesmo nível lingüístico (temos objetivos e atributos de um tema), aplicando técnicas quantitativas.

---

<sup>1</sup> HENRY, B. & MOSCOVICI, S. Problemas de l'analysis de contenu apud Bardin, 1997, p. 32.

Portanto, a análise de conteúdo é um tema central para todas as ciências humanas e, com o transcurso do tempo, tem-se transformado em um instrumento importante para o estudo da interação entre os indivíduos. (RICHARDSON, 1989).

A análise de conteúdo é, também, uma técnica, que, conforme afirmam Marconi e Lakatos (1993), visa aos resultados da ação do indivíduo, voltando-se para o estudo de suas idéias e não das palavras em si.

A função heurística da análise de conteúdo enriquece a tentativa exploratória, aumentando a possibilidade de descoberta e a administração de prova, envolvendo uma análise sistemática, que serve para confirmação do sentido apreendido ou interpretado, traduzindo-se em “prova”.

Como técnica de análise, a de conteúdo, segundo Richardson et al., (1989), possui três características básicas: a objetividade, que se refere a discriminação de todos os procedimentos, das regras utilizadas em cada etapa da pesquisa; a sistematização que é a utilização das regras da metodologia científica e a inferência, traduzida pela aceitação de uma proposição devido à relação que mantém com outras já aceitas, tendo como finalidade, segundo Bardin (1994), possibilitar a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção (ou eventualmente, de recepção), ocorrendo por indicadores (quantitativos ou não).

Para que essa técnica se desenvolva, é necessário, segundo Bardin (1994), a execução das seguintes etapas: organização da análise, codificação dos dados, categorização, inferência e tratamento informático, podendo ser utilizada uma das seguintes técnicas: a análise categorial, análise de avaliação, análise de enunciação, análise de expressão, análise das relações, análise do discurso e análise temática.

Nesta pesquisa, optamos pela análise temática, por entendermos que ela atende aos nossos objetivos, e procuramos seguir os pressupostos teóricos de Bardin (1994, p. 105) quando refere que a análise temática objetiva: “descobrir os núcleos de sentido que compõem a comunicação, cuja presença ou frequência de aparição podem significar alguma coisa para o objetivo analítico escolhido”.

Do ponto de vista operacional, a análise de conteúdo parte de uma literatura de primeiro plano para atingir um nível mais aprofundado: aquele que ultrapassa os significados manifestos. Para isso, a análise de conteúdo, em termos gerais, relaciona estruturas semânticas (significantes) com estruturas sociológicas (significados) dos enunciados, articulando a superfície

dos textos descritos e analisados com os fatores que determinam suas características: variáveis psicossociais, contexto cultural e processo de produção de mensagem.

Como enfermeira e mestranda em enfermagem na área de concentração de Atenção à Saúde do Adulto e Idoso, considere o método de análise de conteúdo importante para orientar a presente pesquisa, pois se trata de um método que, aplicado a uma situação especial como é a dos idosos, permite aos sujeitos expressar suas percepções e sentimentos à cerca da institucionalização.

“Comunicação com pacientes impossibilitados de falar: Concepções de enfermeira intensivistas”, é um exemplo de pesquisa de enfermagem, que utiliza a análise de conteúdo como caminho metodológico. Trata-se de Dissertação de Mestrado em Enfermagem realizada em 2001, por Rosana Maria de Oliveira Silva e orientado por Dr. José Lucimar Tavares, docente da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia.

Assim, entendo que, em decorrência da subjetividade do tema, a análise de conteúdo é necessária para a compreensão do significado do estar asilado para o idoso, visto que ela possibilita o atendimento do objetivo deste estudo.

### 3.2 SUJEITOS DO ESTUDO

Fizeram parte deste estudo, idosos, moradores em um centro geriátrico da cidade de Salvador-Ba, com idade, entre 60 e 85 anos, asilados há pelo menos 06 meses. Esse período foi escolhido por que permite observar se eles ainda estão em fase de adaptação, quando costumam reagir negativamente a institucionalização. A opção por esses idosos deu-se por já ter realizado pesquisa com eles, o que facilitou a aproximação com os sujeitos da pesquisa.

Outro critério de escolha dos sujeitos foi a condição de lucidez e orientação, pois os participantes não deveriam apresentar nenhum déficit cognitivo ou doença neurológica, considerando-se que essas alterações levam a uma desorientação e perda do contato do indivíduo com a realidade, podendo não apresentar condições de responder, com coerência, aos questionamentos realizados durante a entrevista.

### 3.3 CAMPO DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada na morada de idosos de um Centro Geriátrico de um hospital filantrópico na cidade do Salvador-Ba, no período de novembro a dezembro de 2000.

O Centro Geriátrico tem como missão prestar assistência integral ao idoso, independente da sua capacidade funcional ou situação social, nos níveis ambulatorial, hospitalar e assistência social, oferecendo tratamento preventivo e curativo, reabilitação e moradia, através de equipe multidisciplinar.

A atuação multidisciplinar é de fundamental importância, visto às modificações físicas, psicológicas e sociais próprias do envelhecimento. O somatório dos conhecimentos e habilidades específicos dos diversos profissionais parece ser a melhor alternativa para estruturação da atenção à saúde do idoso.

Vieira (1996) refere que a avaliação do idoso pela equipe multidisciplinar é importante por trazer uma visão global das reais necessidades, facilitar a formulação de diagnósticos, proporciona a melhor evolução dos casos e a maior eficácia do programa terapêutico proposto.

O Centro Geriátrico é composto pelo hospital Geriátrico, Morada de Idosos e Clínica Geriátrica. Na Morada de Idosos, residem 80 mulheres e 64 homens com idade igual ou superior a 60 anos, sendo que a maioria desses idosos tem algum déficit cognitivo. Todos têm atendimento médico, nutricional, de enfermagem, de psicologia e fisioterapia. Esses idosos são atendidos na própria instituição e fazem parte de grupos de hipertensão e/ou diabetes, ministrados por duas nutricionistas, e do grupo de convivência, coordenado pela assistente social.

O quadro de profissionais que compõe o atendimento dessas moradas é formado por três enfermeiras, dois médicos geriatras, três médicos(as) residentes, especializados em geriatria, uma assistente social, duas psicólogas, duas nutricionistas, uma fisioterapeuta, todos com formação básica em Gerontologia, uma professora de artes e dezesseis cuidadores de idosos.

Os idosos, para serem asilados em uma dessas moradas, passam pela Clínica Geriátrica, onde são avaliados pela equipe multidisciplinar e se, atenderem aos critérios

poderão tornar-se moradores.

As atividades desenvolvidas na morada de idosos incluem: banho de sol, passeios, grupo de socialização, grupo de artesanato, assembléias mensais de moradores, comemorações de datas festivas, salão de beleza mensal, atividade física, grupo de diabetes, hipertensão e oficinas (jogos, artes, histórias e contos).

A assistência do Centro Geriátrico é extensiva também aos familiares dos seus moradores, através de palestras e de visitas sociais às suas casas. Para os moradores, existe, também, a socialização do idoso com o seu núcleo familiar.

A estrutura física é composta de nove quartos em cada morada, dois postos de enfermagem, uma sala do serviço social, uma sala multiprofissional, uma copa, uma rouparia, um refeitório, onde realizam suas refeições, assistem televisão e, também, onde são realizadas as comemorações durante o ano, e utilizada, ainda como área de lazer, onde, geralmente, eles ficam para tomar sol, descansar, conversar com os outros idosos e uma capela.

Fiz opção por este campo de estudo por estar exercendo a função de enfermeira na instituição, o que possibilitou uma maior aproximação com os idosos e sua problemática, objetivando o andamento da pesquisa.

### 3.4 QUESTÃO NORTEADORA

Na compreensão de Sales (1997), para formular uma questão, é necessário que se verbalize, de forma clara, uma pergunta, de tal modo que possibilite não apenas uma resposta simples ou definições, mas, sim, que os sujeitos possam expressar, natural e espontaneamente, as situações vivenciadas por eles e presentes no seu mundo-vida. Isso pode significar uma descrição das experiências que envolvam pensamentos e sentimentos sobre a realidade vivida.

Partindo das minhas indagações sobre o que é para o idoso estar asilado, formulei a seguinte questão norteadora: **O que significa para o(a) Senhor(a) estar asilado?**

### 3.5 A ÉTICA NA RELAÇÃO COM OS SUJEITOS

Nos últimos anos, tem-se observado uma preocupação, cada vez maior, com a ética na pesquisa e com os sujeitos, e estas questões estão profundamente associadas aos estudos que envolvem relações interpessoais. (ROWE; BESDINE, 1988).

No desenvolvimento da pesquisa, os aspectos éticos foram cumpridos segundo as exigências contidas na legislação pertinente. Inicialmente, foram feitas a apresentação e o convite ao idoso para participar da pesquisa, sendo explicados seus objetivos e a relevância da mesma, deixando-o livre para decidir sobre a sua participação, dando-lhe a possibilidade de marcar a entrevista no momento que lhe fosse conveniente.

No momento da entrevista, foram explicados novamente os objetivos da pesquisa, dando-lhes ainda a possibilidade de continuar ou não. Foi colocado para a pessoa idosa a importância do seu consentimento por escrito, autorizando a sua participação no trabalho, assegurando-lhe a confiabilidade, sigilo e privacidade.

Por questões éticas foram preservados os nomes da Instituição e dos depoentes. Foram substituídos por nomes fictícios, escolhidos entre os nomes de flores: Lotus, Tulipa, Cravo, Orquídea, Jasmim, Rosa e Margarida, pois as flores têm suas características próprias que encantam, de uma forma especial, as pessoas diferentes e porque representam algo na vida de quem recebe e aprecia.

Todas essas medidas respeitam a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que contém diretrizes e normas regulamentadas para que as pesquisas sejam efetuadas, preferencialmente, com pessoas com autonomia plena, devendo elas próprias decidir quanto a sua participação ou não na pesquisa, considerando os seus valores ético-morais, culturais, sociais e religiosos, respeitados no fundamento de suas decisões. (FORTES, 1998).

Ainda segundo Fortes (1998), o sujeito da pesquisa tem o direito de revogar a decisão da participação, a qualquer momento, sem que sofra prejuízo de qualquer cuidado que venha recebendo.

Foram anotados, durante a entrevista, em apontamentos, as expressões, os gestos, os silêncios, os choros e outras manifestações que contribuíram para a compreensão da experiência do idoso.

### 3.6 BUSCANDO AS EXPERIÊNCIAS DOS SUJEITOS

A aproximação com os idosos não foi difícil, pois eles já tinham algum contato comigo, uma vez que trabalho na instituição onde foi realizada a pesquisa. Para manter a aproximação com esses idosos entrevistados, apresentei a pesquisa para eles e expliquei como seria realizada e, logo após conseguir o consentimento, marquei a entrevista para um horário que lhe agradasse e lhe fosse conveniente.

Buscando definir a entrevista, Haguete (1997, p. 86) diz que se trata de um processo de interação social entre duas pessoas, no qual, uma delas, o entrevistador, tem por objetivo obter informações por parte do outro, o entrevistado.

Conforme a mesma autora, o processo de entrevista contém quatro componentes: o entrevistador, o entrevistado, a situação da entrevista, o instrumento de coleta de dados ou roteiro da entrevista, que devem ser explicados, levando-se em consideração suas vantagens, desvantagens e limitações.

Realizei as entrevistas em sala privativa, em um ambiente calmo, sem ruídos, tentando manter uma conversa descontraída e amigável, para que eles pudessem ficar livres e expressar seus sentimentos. As perguntas do tipo aberta, que serviram para nortear a presente pesquisa, foram aplicadas sem limite de tempo para deixar os idosos mais à vontade, possibilitando a manifestação livre de seus pensamentos, idéias e sentimentos, sem a preocupação com formalidades. As entrevistas duraram, em média, 40 minutos.

Durante a entrevista, procurei ficar atenta anotando as expressões faciais, gestos, silêncios, todos os detalhes que poderiam contribuir para compreensão dos significados presentes no discurso.

No início, fiz algumas perguntas de aproximação, para que pudesse chegar à questão principal, pois estava ansiosa também e preocupada com o andamento da entrevista. Após o início e no decorrer da entrevista, me senti mais tranquilidade, pois percebi que os idosos tinham a necessidade de falar sobre sua vida e como chegaram ao asilo. Assim durante a entrevista, eu avaliava a necessidade de realizar uma outra pergunta preliminar que foi: “Como o senhor (a) veio para o asilo?” ou partia para a principal: “O que significa para o(a) senhor(a) estar asilado?”

A participação e a gravação da entrevista foram realizadas com o consentimento prévio dos depoentes que foram, devidamente, orientados sobre os procedimentos e objetivos da pesquisa, bem como, contou com a aprovação da responsável pelo serviço de enfermagem uma vez que essa instituição não dispõe de uma comissão de pesquisa nem conselho de ética.

As entrevistas foram todas transcritas minuciosamente, procurando-se anotar os gestos e expressões. Transcrevi cada gravação minuciosamente e lentamente, retornando sempre para que pudesse me lembrar de cada detalhe, gestos, expressões percebidas durante a transmissão das falas. Em seguida, após a exploração do material transcrito, fui em busca dos núcleos de compreensão do texto, unidades de significados que foram surgindo após várias leituras das entrevistas.

A compreensão dos depoimentos foi realizada tendo em vista o objetivo desta pesquisa, que é o significado do estar asilado para o idoso. Neste estudo adotei a Técnica da Análise Temática” que, segundo Minayo (1994, p. 209), consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado. Dessa forma, as falas foram analisadas como fruto das experiências de cada idoso, buscando-se a sua interpretação e significação.

## 4 ANÁLISE DOS DEPOIMENTOS DOS SUJEITOS

### 4.1 REVELANDO O SIGNIFICADO DO ESTAR ASILADO PARA O IDOSO

Após a imersão nas unidades de significados, busquei o significado, que é a ação ou fato de ser concebido ou gerado, é o conhecimento, é o ato de fazer idéia. Para esta compreensão, utilizei a análise temática, considerando, que segundo Minayo (1998), a noção de tema “(...) comporta um feixe de relações e pode ser, graficamente, apresentado através de uma palavra, uma frase, um resumo”. Sendo assim, as falas serão analisadas como fruto da concepção do idoso, buscando-se a compreensão.

A seguir, são apresentadas as características sociais como estado civil, aposentadoria, número de filhos, tempo de asilamento e recebimento ou não de visitas.

**Quadro 1** Perfil dos sujeitos entrevistados sobre o significado do estar asilado para o idoso. Salvador, 2001

Nome fictício/Idade	Características Sociais
Cravo, 62 anos	Solteiro, aposentado, tem 2 filhos, asilado há 1 ano e 6 meses, recebe visita de uma comadre.
Jasmin, 77 anos	Viúva, não tem filhos, asilada há 1 ano, recebe visita de uma amiga.
Orquídea, 85 anos	Viúva, não tem filhos, asilada há 8 meses, recebe visita de uma amiga.
Margarida, 60 anos	Viúva, tem três filhos, asilada há ano, recebe visita de um filho.
Rosa, 75 anos	Viúva, não tem filhos, asilada há dois anos, residia com uma comadre e recebe visita da mesma.
Lótus, 64 anos	Casado, tem 7 filhos, asilado há um ano, recebe visita, de vez em quando, de alguns amigos.

Na primeira coluna do quadro acima, aparecem os nomes fictícios dos sujeitos da pesquisa, na segunda, as características sociais, que se resumem em: dois do sexo masculino, quatro do sexo feminino; os do sexo masculino, tem filhos, três do sexo feminino, tem filhos

e, uma não tem filho; os idosos do sexo masculino recebem visitas de uma comadre e amigos e as idosas do sexo feminino recebem visitas de duas amigas e uma de um filho.

A seguir, apresento, no Quadro 2, a síntese dos significados do estar asilado para o idoso.

**Quadro 2** - Síntese das categorias temáticas sobre o significado do estar asilado para o idoso que emergiram do estudo com idosos asilados. Salvador, 2001.

<b>Categorias</b>	<b>Categorias/Subcategorias</b>
<b>Categoria 1</b>	<b>1 - Sentindo solidão no asilo</b> Asilo é lugar de muitas pessoas solitárias Asilo como prisão
<b>Categoria 2</b>	<b>2 - Sentindo-se cuidado e amparado</b> Asilo é lugar para ser cuidado e amparado Asilo é lugar de quem não pode pagar para ser cuidado
<b>Categoria 3</b>	<b>3 - Sentindo o abandono familiar</b> Asilo é lugar de abandono pela família Asilo é lugar de quem não tem para onde ir
<b>Categoria 4</b>	<b>4 - Conformando-se através da religiosidade</b> Asilo é lugar de tratamento igualitário Asilo é lugar de ajudar os outros Asilo é lugar de reflexão e apreensão de sentido de vida e de Deus
<b>Categoria 5</b>	<b>5 - Sentindo o amor e a felicidade</b> Asilo é lugar de amigos, felicidade e amor Asilo é lugar onde se tem carinho Asilo é lugar de bem-estar e amorosidade Asilo é lugar de amor, gratidão, felicidade e amparo
<b>Categoria 6</b>	<b>6 - Sentindo o asilo como sua casa</b> Asilo é lugar de encontrar uma família Asilo é casa Asilo é a casa do coração
<b>Categoria 7</b>	<b>7 - Sentindo a dificuldade de auto cuidar-se e o aumento da dependência física</b> Asilo é lugar de dependentes de cuidados físicos Asilo é lugar de ajudar e receber ajuda

## 4.2 SENTINDO SOLIDÃO NO ASILO

A solidão, dentro do asilo, é um sentimento experienciado pelos idosos como algo que é próprio ou inerente ao ser humano, não sendo visualizado por outros. Só percebe quem realmente sente, e este foi um dos significados apreendidos no grupo investigado. Algumas falas dos depoentes, como Cravo, Orquídea, Lótus e Jasmim mostram que a solidão está presente na concepção do idoso asilado, embora estejam cercados de muitas pessoas.

*Eu tinha tudo, não faltava nada, mas faltava o calor humano. Quando eu morava na casa da minha sobrinha, as pessoas não me davam atenção, me deixavam no canto, não falavam bem comigo; hoje, estou rodeada de pessoas, mas a solidão me acompanha...[pausa]... (Orquídea).*

*O que é mais ruim que é a prisão [pausa] nem sempre as pessoas vêm me visitar, da minha família é raríssimo. Quem mais vem me visitar são meus amigo. Isso, graças a Deus [pausa], até para passar dias fora minha família mesmo não vem não, meus filhos é muito difícil vir. Aliás, vinha um sobrinho meu e, depois, não sei por que, tempo ou qualquer coisa semelhante, ele nunca mais apareceu. Me sinto só e, às vezes, é melhor ficar no meu canto [pausa]... (Lótus).*

*Sabe, eu tenho uma afilhada de verdade, mas ela tem os afazeres dela, também não pode estar comigo [olhar triste]... me sentia só, então, eu resolvi vir pra cá e tenho gostado. Mas ainda me sinto só [pausa]... (Jasmim).*

*Eu cheguei aqui através de uma comadre minha, onde eu convivi praticamente como um mendigo solitário e sem procurar nenhum parente meu [pausa]... Ainda me sinto só... (Cravo).*

Os idosos asilados, que não recebem visitas de parentes ou amigos, geralmente, tentam justificar a ausência dessas pessoas para amenizar o sofrimento e sentimento de

solidão, e preferem não culpá-los, sempre encontrando algum motivo para que eles não compareçam e não lhes dêem atenção.

As falas expressam que os idosos, embora convivessem com os seus familiares, sentiam-se isolados e solitários. A fuga da solidão do seio familiar para o abrigo funcionou como uma saída para o enfrentamento do problema, embora alguns idosos se sintam sós, também, no asilo, pois a solidão é um estado de espírito. Mas, para alguns, a solidão parece ser uma questão de escolha, querer estar sozinho, isolado dos demais.

A solidão, na sociedade atual, é um sentimento presente na vida de todas as pessoas, pois as possibilidades estão diminuídas e as ameaças de restrições maiores diminuem os horizontes e as fronteiras.

Oliveira, A.P. (1999) refere que as pessoas, de uma maneira geral, temem a solidão antes mesmo de experimentá-la, de modo que a simples aproximação de algo que se define por essa palavra já causa, como reflexo condicionado, o pânico esperado, como uma espécie de aviso de que estamos diante de uma zona de perigo, ameaçadora. Desta forma, a negação do sentimento de solidão pode estar relacionada ao temor da palavra, representando um mecanismo de defesa contra a ansiedade e o sofrimento.

Barreto (1992) afirma que a solidão é um sentimento forte, encontrado na velhice. Este pensa não como um sentimento, mas como uma maneira de ser. Para o autor, a solidão está ligada a algumas realidades enfrentadas pelo velho, como a aposentadoria, o relacionamento com a família, relações amorosas e, até mesmo, a baixa auto-estima.

Oliveira, A.P. (2001) refere, como notório, que o tipo de família tradicionalmente conhecido é hoje bem diferente, em especial, daquelas que moram nas grandes cidades cuja vida se torna mais difícil em função das atividades, das grandes distâncias percorridas, do tipo de moradia, impedindo, muitas vezes, que os seus membros se reúnam. E o idoso que faz parte dessa família fica privado do convívio dos seus, isolado, restando-lhe, quase sempre, a companhia de uma empregada ou, mesmo, a solidão.

Para Robert (apud LIGER, 1994, p. 24), o isolamento é: “estado, situação de uma pessoa isolada, ao passo que a palavra solidão caracteriza a situação de uma pessoa que está só, ou o estado de abandono, de separação em que o homem se sente em relação a Deus, às consciências humanas ou à sociedade”.

Muitos idosos vivem em suas casas, mas estão isolados, sem contato com as pessoas da família e, às vezes, da comunidade, tornando-se prisioneiros da angústia, necessitando de falar ou de serem ouvidos por alguém, da atenção das pessoas que os cercam.

*Graças a Deus, encontrei. Vivia sozinha lá na minha casa [pausa]... mas não deixei de estar só, não tenho ninguém aqui comigo..[pausa]... (Jasmim, 77 anos ).*

Florezano (s.d.) compreende a solidão como uma condição, um estado de estar só, que pode ser desejado ou forçado, é uma sensação percebida por cada tipo de pessoa que não consegue realizar o que deseja em seu relacionamento social. O autor acrescenta, ainda, que o isolamento é um conceito quantitativo e é caracterizado pela variedade dos contatos com outras pessoas, já que o sentimento de solidão é um conceito qualitativo que pode ser definido como a percepção de um mal-estar ocasionado pelo conflito entre as relações sociais reais. Sendo assim, o isolamento social favorece a chegada do sentimento de solidão, embora, não seja a única causa.

O sentimento de solidão, geralmente, ocorre quando se procura companhia de alguém e não se acha, quando as palavras não encontram um ouvido para escutá-lo e se deterioram em ruminção; quando a dor, a saudade, a mágoa tornam-se muito pesadas por falta de um ombro amigo onde derramar as lágrimas; quando o alegre é percebido ou lembrado, mas não se atualiza em um rir junto; quando já não se conta inteiramente com alguém e em ninguém se consegue confiar. (BARRETO, 1992).

Segundo Beauvoir (1990), a tristeza das pessoas idosas não é provocada por um acontecimento ou por circunstâncias singulares; ela se confunde com o amargo e humilhante de sua inutilidade, de sua solidão no seio de um mundo que só lhes tem indiferença.

A sensação de desprezo é sentida por muitos idosos asilados que passam anos de sua vida se dedicando ao bem-estar dos seus “entes queridos” e, no momento em que mais precisam, não encontram a reciprocidade, acabando decepcionados e desvalorizados.

Muitos idosos se sentem presos nas instituições asilares, pois têm que cumprir as normas e rotinas existentes nos asilos; os horários para alimentação, saídas e outros; e, para idosos independentes, isso é uma interferência em suas vidas, em seus hábitos, tornando-as pessoas limitadas, gerando conflitos e insatisfação, levando-as na maioria das vezes, ao isolamento e à solidão.

*Eu acho aqui uma prisão. Prisão virgula, é porque eu não tenho o direito de sair, a hora que eu quero para dar um passeio, a não ser em companhia de alguém e nem sempre se tem pessoas disponíveis para me acompanhar. E, na verdade, eu prefiro sair com meus amigos que não tenho mais, do que com os funcionários. Eu não gosto dos passeios daqui... praia e outros lugares por tem muita gente [pausa] ..., prefiro me isolar, ficar só com os meus pensamentos (Lótus, 64 anos).*

Nessa fala, o significado está muito ligado ao idoso que se opõe às normas e rotinas da instituição. E quanto mais afastado da família, eles se tornam, cada vez, mais isolados e depressivos, recusando toda e qualquer atividade que os tirem da rotina e da monotonia.

Ressaltando isso, Vieira (1996) registra que, em síntese, a vida institucional “como regra, é marcada pela monotonia e pelo tédio, pela solidão e depressão, pelo isolamento e desconsolo, pela rotina e falta de perspectivas, características essas que, nas obras para velhos, ganham uma expressão mais acentuada e cruel”.

#### 4.3 SENTINDO-SE CUIDADO E AMPARADO

Pelos relatos que apresento a seguir percebi que os idosos entrevistados têm o significado do asilo como o lugar onde eles se sentem cuidados e amparados. Esta atitude está geralmente relacionada com a falta de recurso financeiro e também do cuidado em domicílio que leva os idosos a pensarem e perceberem o asilo como o local de melhor tratamento e cuidados físicos e psicológicos. Além disso, eles sentem-se desprotegidos e angustiados por não terem como auto cuidar-se, por baixa condição sócio-econômica ou alguma incapacidade física. Podemos verificar essa percepção a seguir nos depoimentos de Jasmim e Lótus.

*Não tenho ninguém que cuide de mim, eu tenho minha casinha, mas, é mesmo que não ter, porque não tem quem fique comigo [pausa]..., eu preciso de cuidados, de uma pessoa para cuidar de mim, eu não tenho assim uma pessoa que possa cuidar de mim (Jasmin, 77 anos).*

*É, eu estou bem aqui, muito bem cuidada, amparada, todo mundo gosta de mim Graças a Deus, eu estou satisfeita aqui. Com o cuidado que a gente tem aqui, me sinto feliz (Jasmim).*

*Eu me sinto amparado e muito bem amparado (Lótus, 64 anos).*

Os familiares, geralmente, não têm tempo para cuidar dos idosos em domicílio e, muitas vezes, vive um drama entre trabalhar e assistir o idoso, levando-o a institucionalizar o velho.

Segundo Oliveira C. (1985), a família conflitada não encontra espaço para o seu velho, seja pela nova modalidade de moradia em pequenos apartamentos, seja pelas condições de trabalho que exigem o afastamento dos adultos e jovens para atividades profissionais.

Ainda segundo a autora, o orçamento familiar nem sempre prevê despesas com a saúde do idoso, que, por si mesmo, é mais suscetível às alterações de saúde, e a manutenção de um acompanhante para o idoso sadio ou doente, além de onerosa, exige condições de preparo para nossa sociedade que não está acostumada a assumir. Os relatos dos depoentes Jasmim e Rosa que se seguem retratam essa realidade.

*Infelizmente, eu não posso ir para minha casa, porque eu não posso pagar. Hoje em dia, tudo é salário, eu não posso pagar salário para cuidarem de mim, eu vou viver de quê? Aqui, eu tenho tudo, tenho minha roupa, meus remédios, tenho médicos, quem cuide de mim (Jasmim).*

*A moça que tomava conta de mim, também não pode ficar comigo e eu tive que vim pra qui, minha comadre me trouxe e me botou aqui e, até hoje, estou aqui [idosa mais tranqüila]... (Rosa).*

Pelos relatos, muitos desses idosos preferem continuar morando em seu domicílio, mas, ao ficarem mais debilitados, acabam precisando de ajuda para poder ficar em casa, enquanto outros são obrigados a se mudar para asilos.

Embora existam idosos com condições de viver e se manter sozinhos ou que têm familiares interessados em acompanhar suas vidas e auxiliar na solução de seus problemas, devemos considerar que grande parte dos idosos é constituída de pobres, sem condição de viverem sozinhos ou com a família, sem alternativas a curto prazo, a não ser a institucionalização. No Brasil, percebe-se que prática de institucionalizar o idoso também vem em função do baixo nível de renda familiar.

Cuidar de um idoso institucionalizado constitui também uma tarefa complexa. Pressupõe reflexão profunda e superação de barreiras próprias relacionadas às nossas atitudes e condutas frente ao envelhecimento, dependência e morte. Significa compreender que a pessoa mais velha deve ser tratada como um indivíduo com uma história de vida própria caracterizada por herança e valores pessoais, com opiniões e preferências próprias. (DUARTE; PAVARINI, 1998).

As pessoas que se propõem a cuidar do idoso asilado devem ser sensíveis e capazes de reconhecer, priorizar, e organizar os cuidados relativos às necessidades expressas e às não expressas por eles e não mecanizar o atendimento, controlando suas emoções para nunca agredi-los e sempre tratando com cortesia e respeito, já que essas pessoas tiveram em suas vidas muitas perdas e é, no asilo, que elas tentam resgatar ao máximo sua auto-estima. Uma palavra amiga ou um sorriso podem significar muito para os idosos que estão sendo assistidos.

É percebido, nas falas dos depoentes Margarida e Rosa, que são bem tratados no asilo e, por isso, gostam de permanecer lá, pois não podem se auto-sustentar e, também, não podem ter alguém para cuidar, oferecer a comida, lavar suas roupas, administrar os remédios e até o tratamento de saúde. Esse cuidado conforta o idoso que quer permanecer em sua casa, mas não tem condições para isso.

*Em um ponto, eu gosto, todos me tratam bem, cuidam de mim [pausa]... Eu não quero que ninguém fale daqui, mas é a saudade [choro]... da minha casa, estou triste [pausa]... (Rosa).*

*Minha pretensão é só andar e tirar o cansaço, para poder ir pra casa, mas as pessoas daqui fazem de tudo comigo para eu não cansar muito, cuidam bem de mim, me amparam [pausa] ... [cansada] (Margarida).*

Esses idosos relatam que são bem cuidados, amparados, se sentem seguros e sempre podem contar com a firme afeição de alguém. Os sentimentos de dependência e rejeição podem aparecer como manifestações de insegurança emocional, podendo se tornar dependente afetivo de outras pessoas que não sejam da família ao tentar superar suas perdas.

#### 4.4 SENTINDO O ABANDONO FAMILIAR

Nas falas das pessoas idosas entrevistadas, é expressado o abandono familiar na concepção do idoso asilado. Algumas falas dos depoentes Cravo, Rosa e Lótus, revelam o abandono com sofrimento e angústia e ao mesmo tempo, como um sinal de conformidade por eles estarem asilados. Além disso, eles se sentem rejeitados e desprezados, todos choraram e lamentaram não conviver com os seus familiares nem serem visitados, com frequência, por eles. Veremos a seguir as falas que retratam esse significado.

*Eu me sinto abandonado pela minha família, abandonado eu me sinto até hoje [emoção, tristeza]... (Cravo).*

*Eu não posso estar ao lado da minha família, eles se mudaram e não vejo minha mãe [soluços]. Eu não vou [pausa]... me perguntaram se eu queria passar o Natal com minha família, eu disse que não [a idosa estava gritando] ...[choro]... não, não vou mesmo, eu estou asilada porque eu não tenho para onde ir, mas tenho que gostar, mesmo que não goste, falo que gosto (Rosa).*

*Pois é quase certo que eu fui abandonado, porque, realmente, eu estava abandonado. Agora, com certeza, eu fui abandonado [pausa]... todos sabiam da minha situação e não vem me ver e nem saber como eu estou, significa pra mim que estou abandonado [lágrimas]... Fui abandonado [pausa]... (Lótus).*

Segundo Ângelo (2000), a maioria dos velhos vivencia, no seu dia-a-dia, uma existência marcada por carências, problemas de saúde, rejeição e, não raro, essa população é

encaminhada ou, então, abandonada nos asilos e é totalmente esquecida pelas famílias que não oferecem, muitas vezes, o apoio, tornando mais triste a moradia desse idoso.

Esse sentimento de abandono é um dos pontos que mais contribui para a depressão e os problemas de saúde em geral. É, importante, as famílias estabelecerem esquemas para que o idoso saiba que sempre pode contar com alguém, quando necessário, e receba visitas periódicas dos familiares, saindo com eles sempre que possível e mantendo o vínculo familiar.

É necessário perceber que, quando se fala em família, como suporte ao idoso, freqüentemente, se cai em uma visão paternalista do problema. Enxerga-se a família como necessária à sobrevivência do idoso e ponto final. Um questionamento mais profundo sobre a imagem da velhice que cada família possui, certamente, conduziria a uma reflexão sobre a própria família e o conjunto social. (FIRRIGNO, 1991).

Segundo Oliveira L. (1994), o afastamento da família e da sociedade dissocia o idoso da realidade na qual está inserida, que irá refletir-se em sua segurança e na sua personalidade.

A responsabilidade da internação do idoso está muito relacionada à família, o que leva a pensar, também, que falta um preparo desta para lidar com a velhice e suas transformações.

*Quando me deito, às vezes, relembro dos meus filhos, que eu não sei se estão vivos ou mortos [pausa]...[choro forte]...me sinto abandonado [idoso trêmulo] (Cravo).*

*O Dr..., me encontrou na rua muito sujo, com fome [pausa]..., jogado e abandonado, sem ter onde ficar [pausa]. Estava muito magro e um pouco adoentado (Lótus).*

Percebo, através das falas, que, quando a família abandona o idoso, configura-se a rejeição, que pressupõe o desamor. Nesse caso, há inexistência de laços afetivos. O afastamento da família causa a sensação de abandono e de carência afetiva, embora em muitos casos, as relações entre os familiares ocasionem tensões.

Considero que existem aspectos importantes, ou seja, aqueles voltados para as questões sócio-econômicas, habitacionais, dependência física, idade avançada, conflito de gerações como algumas das prováveis causas que levam as famílias a abandonarem os idosos nos asilos. O idoso que se encontra asilado, não por opção própria, mas por falta de condições

de continuar no seio familiar, ou por não ter com quem morar, sente a dor da separação e da perda do convívio de seus familiares e amigos, manifestando seus sentimentos através do isolamento e da solidão.

Muitos idosos foram asilados sem o seu consentimento, foram ludibriados pelos familiares, que lhes garantiram que o asilamento era temporário, a fim de realizar tratamento, mas, na realidade, acabou sendo definitivo, causando nestes um sentimento de desamparo, desprezo e de menos valia, por se acharem inúteis. (OLIVEIRA, A.P., 1999).

A grande maioria dos idosos asilados foram “obrigados” a estar lá. Uns por dificuldades sócio-econômicas, outros por falta de condições da família em tê-los em casa ou, até mesmo, pela vontade dos familiares livrarem-se dos encargos que o idoso dependente demanda, quais sejam, mais cuidado e atenção. E então, esses idosos sentem-se desamparados e desprezados pelos seus “entes” queridos, por estarem num ambiente que lhes foi imposto pelos desacertos da vida, tendo que se moldar a uma realidade fechada e limitada e se conformar com a marginalização da sociedade, que lhes trata com indiferença.

*Me sinto rejeitada, abandonada, não só pela família, mas por causa dele, do esposo da minha comadre [pausa]... por que ele é bruto, não sabe tratar, ele fazia muitas grosserias, fazia e faz [pausa]... (Rosa).*

Os idosos mais tristes e isolados são aqueles que menos recebem visitas de amigos ou familiares, confirmando que os laços familiares, ainda que cada vez mais frágeis e distantes, constituem o relacionamento social mais significativo para esses indivíduos.

#### 4.5 CONFORMANDO-SE ATRAVÉS DA RELIGIOSIDADE

*Os velhos são postos avançados do sagrado. Eles ligam os jovens às realidades transcendentais e às práticas da realidade.*

(David Gutman).

Segundo Baldessin (1996, p. 496), “na mocidade, o ser humano vive através do corpo e, na velhice, vive contra o corpo”. Ou seja, existem potencias e forças escondidas no

homem que só começam a desabrochar e evoluir quando as energias corporais começam a diminuir. E a pessoa idosa terá que fazer uma transição completa para atingir essa nova etapa da vida. Como a fé é a parte essencial desta vida, deverá também ser aprofundada e amadurecida, na nova situação.

A religião seria expressão ou manifestação da espiritualidade e é, segundo a concepção universal, o caminho para Deus.

Na fala dos idosos entrevistados, Cravo, Orquídea e Margarida, a religião que possuem serve como consolo, conforto e conformação e, também, como uma forma de socialização dentro da instituição. A fé traz a esperança de dias melhores, tornando a maioria deles mais otimistas.

*Isto aqui é até a data que Deus me dê vida e esse caminho que fica difícil, é aqui a nossa dedicação, sem a menor distinção de nada. Aqui, todos são tratados igualmente, então, eu só tenho que dizer e falar do que é bom na nossa terra e nesse mundo, onde estamos passando alguns dias até o nosso pai nos chamar. Eu quero ficar aqui enquanto ele consentir e a direção também permitir [pausa]... (Cravo).*

*Esse é meu dom, dado por Deus, de estar sempre em atividade, fazendo alguma coisa e correndo, sempre alegre e feliz [risos]... Eu acho que isso é amor e gratidão, porque isso é um dom meu, eu fazendo isso, ajudando os outros aqui, o nosso Pai Celestial estará também presenciando a minha dedicação, porque eu faço sem o menor interesse, tô agradecendo a Deus por me dar essa força para eu estar sempre assim, com essa vitalidade que eu estou agora no momento, eu estou feliz... (Cravo).*

“Quando olhamos o mundo sob o aspecto da espiritualidade, a vida adquire uma animação que nos assombra sem cessar” afirma Krippner (1993).

O tempo mais livre, com a diminuição de compromissos profissionais, leva os idosos a olharem o mundo de outra forma, as belezas de nosso planeta se enaltecem, parece que a idade aguça a percepção.

Por outro lado, o envelhecimento parece confundir-se com o sofrimento. Pelo próprio processo de desgaste do viver, o idoso é mais vulnerável às doenças e, conseqüentemente, aos sofrimentos de vários gêneros. (BASSINI, 2000).

Ainda segundo o mesmo autor, a ascese cristã medieval, sobretudo, imprimiu em nossas culturas falsos conceitos a respeito do sofrimento. Seu objetivo era levar a um compromisso com essa situação, uma acomodação ao estado de sofrer, porque o Cristo sofreu. “É a vontade de Deus”. “É Deus que castiga para a purificação” e argumentos semelhantes. Nas falas a seguir, os depoentes focalizam esse sofrimento e conformismo através da religião:

*Olha, querida eu tive um sonho com São Judas Tadeu, sexta-feira. Eu nunca sabia o que ele queria dizer com aquele rolo de papel que traz na mão [pausa]..., São Judas Tadeu, sonhei que ele tinha chorado muito lá, tinha feito muitas orações, procurando a Deus porque que eu estou passando por tudo isso, se é pecado, falta minha, que eu possa pagar toda minha dívida e não ir com esse peso todo, que me mostre se o caminho que eu tinha que seguir, sentindo tanta coisa naquela casa [choro]... Na folha dele tinha tudo limpo, e é essa página em branco que eu estou escrevendo agora, é esta que eu estou aqui com todo amor, carinho e satisfação, não estou negando, estou falando a verdade [pausa]... (Orquídea).*

*Aí se Deus me desse essa glória, de eu melhorar desse cansaço e ficar aqui, eu queria ficar fazendo isso, dando de comer àquele que não pode comer (Margarida).*

Nos depoimentos, percebe-se que a religiosidade, as crenças amenizam o sofrimento do idoso, tornando-o mais conformado com o asilamento. Valente (2000) refere que a finalidade da religião é o conforto moral e a preservação dos valores do espírito do homem, desmistificando a morte e revelando a imortalidade da alma; demonstrando a evolução das aspirações e valores humanos em outra dimensão, dentro da mesma realidade da vida.

Nos depoimentos, alguns idosos atribuem seus sofrimentos e enfermidades ao castigo de Deus e, até mesmo, a situação em que se encontram como uma missão que terão que cumprir. Por isso, eles tendem a aceitar com facilidade, porque atribuem a religião, a força e coragem para suportar qualquer que seja a “provação”.

Para Florence Nighingale, a eminente enfermeira, a mãe da enfermagem científica: “Espiritualidade envolve a percepção de uma presença maior que a humana, a Divina Inteligência” que cria, sustenta e organiza o universo e a consciência de nossa conexão interior com essa realidade superior.

Segundo Baldessin (1996, p. 491), uma das experiências mais encorajadoras e felizes de muitas pessoas idosas é a consciência crescente no triunfo do espírito, ainda quando a força física as abandona. Em psicologia, é comum a idéia de que o processo pelo qual o idoso é, gradualmente, privado da resistência biológica, é acompanhado pela capacidade de compensar essa perda, apelando para as energias secretas, vindas do fundo do espírito e da alma.

O mesmo autor refere ainda que não se chega, facilmente, a uma espiritualidade tão profunda ao envelhecer, nem se recebe como graça infusa no batismo em criança. Tampouco se alcança, automaticamente, ao fazer 65 anos. A espiritualidade tem a ver com profundidade e sentido na vida humana. Como, na meia-idade, além dos desafios, o ser encontra oportunidades especiais para um crescimento espiritual, na velhice além de poder desfrutá-las, elas são enriquecidas, principalmente, se foram iniciadas na meia-idade. Por isso, percebe-se o quanto é importante ajudar o idoso nesta dimensão espiritual frente à presença cada vez mais próxima, da morte.

Os recortes da fala da idosa Orquídea, apresentados a seguir, demonstram o quanto a idosa agradece por estar asilada, referindo que está tendo a oportunidade, também, de se redimir e, agora, será feliz porque está sendo perdoada e se livrando dos seus “pecados”.

*Mas, tudo é em seu tempo, tudo é determinado por Deus, dentro de sua hora e da necessidade e, também, da maneira de existir. É um caso bem importante na vida de Deus, a gente saber se educar, saber tratar, saber perdoar, para poder Jesus aceitar (Orquídea).*

#### 4.6 SENTINDO O AMOR E A FELICIDADE

Percebi que o amor e a felicidade estão presentes em quase todas as entrevistas. Entendo, também, que a necessidade de amor e de ser feliz começa cedo nos seres humanos; vai do nascimento, perdura durante a vida, até a morte da pessoa. Isto significa que, na velhice, é necessário ter o amor e a felicidade, como veremos nos relatos das idosas, Jasmim e Margarida, que se seguem:

*Graças a Deus, eu tenho amigos, minhas companheiras de quarto. Não posso falar mal daqui, a pessoa que fala mal daqui não sabe o que é felicidade. Eu sei o que é felicidade, graças a Deus, tive essa oportunidade [pausa]... (Orquídea).*

*Tenho muito amor, mas muito amor mesmo, graças a Deus, eu me sinto feliz e amparada [sorridente mais tranqüila e gesticulando muito] (Jasmim).*

*É amor, felicidade que a gente sente, é amor que a gente sente dentro da gente [pausa] a gente se sente bem [pausa]... (Margarida).*

*É ótimo ter o amor de todo mundo, todas com a cara bonita, a gente se sente bem, amada, alegre com o mundo, né? [risos]... (Margarida).*

Baqueiro (1995), afirma que definir amor é uma tarefa difícil, porque nenhum outro sentimento apresenta tantas faces, e é, por isso mesmo, uma palavra que aparece em todos os campos da atividade humana.

A partir das considerações levantadas nos depoimentos dos entrevistados, vale salientar que o idoso quando se encontra asilado se aproxima de outras pessoas da mesma faixa etária, e de outras também, através de contatos com os profissionais que trabalham na instituição e a comunidade, por isso, acaba se socializando mais, interagindo e se integrando com outros indivíduos, adquirindo novos hábitos sentindo-se inserido e capaz de viver em sociedade, conseqüentemente, mais realizado e feliz.

Uma das formas de integração mais importante hoje em dia e que vem sendo utilizada é a socialização, que ajuda o idoso a manifestar o sentimento de abandono e, conseqüentemente, isolamento social, ou que se mostra desmotivado para participar de atividades produtivas. A atividade possibilita ao idoso elevar a sua auto-imagem e auto-estima, estabelecendo uma troca permanente de afeto, carinho, idéias, sentimentos, conhecimentos, proporcionando-lhe a oportunidade de sentir-se útil, integrado e participativo.

As mudanças que ocorrem quando são asilados exige uma adaptação, porque essas mudanças sociais, invariavelmente, requerem dos indivíduos novos padrões de

comportamento e difíceis enfrentamentos emocionais.

Os idosos entrevistados sentem-se felizes e amparados por todas as pessoas que se encontram no asilo, pois a vivência grupal dá a oportunidade dos idosos de conhecerem uns aos outros, trocar suas experiências, desejos, frustrações e expectativas. Através de atitudes e comportamentos, exercitam o sentimento de empatia e de troca. Isso ajuda na descoberta dos seus próprios defeitos, virtudes e limitações, como podemos notar nos depoimentos dos idosos, Orquídea e Jasmim, que se seguem.

*Todas são iguais, o carinho, o modo de sair e de chegar, o bom dia, sempre cantando, gritando, aquela alegria, brinca com outro, brinca com outro, passeios, brincadeiras, risos [ofegante, alegre e gesticulando muito... risos]... [pausa]. Eu não sabia dessas coisas [pausa] eu não sabia dessas coisas [pausa], agora tudo voltou, voltou a luz [pausa]... É, escolhi a felicidade, amor e bem-estar, é o que eu sinto, é maravilhoso, e de forma nenhuma eu sairei daqui, aconteça o que acontecer... (Orquídea).*

*É formidável mesmo aqui [risos]... gosto muito, as pessoas são muito amorosas (Jasmim).*

A ausência de relacionamentos significativos em função da perda de parentes e amigos, que se encontram adoentados ou já falecidos, e com os quais conviviam diretamente, o afastamento dos antigos contatos sociais e principalmente dos familiares e a dificuldade em estabelecer novos e representativos contatos em virtude do avanço da idade, fazem com que os idosos encontrem, no asilo, uma saída para amenizar a solidão. Na maioria das vezes esses indivíduos não têm companhia em sua casa para trocar idéias e dialogar com pessoas da mesma faixa etária. Ao ingressar no asilo, o idoso pode substituir, parcialmente, uma série de perdas que abala o seu estado emocional, muitas vezes, levando-o à depressão.

A demonstração de respeito e amizade segundo Amâncio e Cavalcanti (1975), contribui muito para elevar a auto-estima das pessoas idosas e mobilizar seus próprios

recursos para ajudarem-se mutuamente.

O idoso, assim como todas as pessoas têm o desejo de ser aceito como membro de um grupo organizado, de participar de um meio ambiente familiar e acolhedor, de ter companhia, de ter amigos, de participar de atividades de grupo, tais como trabalhar com outros para um fim comum.

Sem dúvida, os idosos depoentes Cravo, Jasmim e Lótus referem-se a sua felicidade e amor com muito entusiasmo, e percebo que a participação deles em atividades, a interação com outros idosos e pessoas de outras faixas etárias ampliaram os contatos sociais, ajudando a atenuar suas dificuldades, desenvolvendo e mantendo relações sociais mais ampla, tornando o ser humano mais alegre e satisfeito. Os depoimentos abaixo demonstram essa necessidade de amor.

*[pausa]... Amor e gratidão seria meus sentimentos de estar asilado, porque se não fosse isso eu não ficaria aqui. Então, isto que tenho dentro de mim, um intenso amor, essa gratidão por tudo isso que aqui tenho tido e tenho recebido cada dia mais, que possa corresponder com essa humildade que eu tenho, que todos nós somos humildes perante Jesus [eufórico, sorridente, gesticulando, fâcies alegre e mais tranquilo] (Cravo).*

*Sinto muita alegria em estar aqui, não sinto mais alegria depois da doença, porque fiquei tão sentimental, tudo eu choro [choro]... fico nervosa, eu sinto muita coisa, mas, graças a Deus, eu não tenho o que dizer, me sentia abandonada, hoje não, hoje não [falando alto].[pausa] (Jasmim).*

*Mas, de certa forma, eu sou feliz aqui, já tive mais alegrias, mas eu sou feliz aqui, não só feliz como amparado (Lótus).*

Todas as pessoas precisam de amor; sabe-se que as crianças carentes de afeto não se desenvolvem, mesmo que outras necessidades, como as fisiológicas e as de segurança estejam supridas. Por sua vez, jovens, adultos e pessoas idosas necessitam ter à sua volta, pessoas com

quem possam dividir suas alegrias e tristezas, suas ansiedades e suas dúvidas. (BAQUEIRO, 1995).

Froom (1976) afirma que o amor é um dos desejos mais básicos do homem e, potencialmente a maior força sobre a Terra. Para ele, amar implica muito mais que uma reação emocional; é um processo ativo de personalidade total que põe em jogo pensamento, sentimento e conduta.

Portanto, o sentimento de amor pode-se apresentar de muitas formas durante o curso da vida, o que depende da natureza específica, da relação percebida entre o eu e o objeto. Assim, a criança busca uma atmosfera de ternura e proteção, o adolescente deseja o afeto em forma de respeito, compreensão e espaço, o adulto, sob a forma de relacionamento íntimo com outras pessoas e o idoso, sob a forma de companhia e atenção. (BAQUEIRO, 1995).

O que importa é a postura diante da vida, a forma de ser e de buscar a própria felicidade. É preciso uma preparação interna, objetivos de vida e projetos para continuar vivendo.

#### 4.7 SENTINDO O ASILO COMO SUA CASA

A grande maioria das pessoas deseja chegar ao fim de sua vida desfrutando o ambiente da sua própria casa. Diante dessa constatação, a corrente de pensamento atual-tanto sociológica, médica e política – preconiza a permanência do ser humano em seu domicílio. Isso constitui o objetivo central do enfoque gerontológico. Entretanto, um número considerável de pessoas acima de 70 anos manifesta claramente o desejo de viver em instituições de idosos, ligado ao sentimento de insegurança sobrevivendo de uma descompensação clínica ou de uma agressão sofrida em casa e ao desejo de ser ajudado nas tarefas cotidianas sem que se sinta carga para seus filhos. (AQUINO, 1992, p. 187).

Nas falas das idosas entrevistadas, Jasmim e Orquídea, o significado do estar asilado é que o asilo é a sua casa, pois os mesmos, concebem o seu quarto, sua cama e o seu armário como sendo o seu espaço e, a partir daquele momento em que se encontra asilado, a sua casa e os idosos que convivem com ele, naquele espaço, agora, são considerados a sua família também. As falas que se seguem mostram bem esse significado.

*[...] a vim pra aqui, que é uma casa de muito amor e achei uma família [pausa]... (Jasmim).*

*Quando eu cheguei nessa casa, todos me receberam bem, como se já tivesse me visto há muito tempo e eu senti aquela felicidade, tão bem pausa]... (Orquídea).*

Uma das maiores preocupações é a manutenção de uma vida social. O desejo de permanecer em casa dificulta a decisão de uma pessoa idosa, fragilizada e dividida, entre o medo de perder seu domicílio e a dúvida de ficar sozinha e isolada de qualquer vínculo social. (SLOANE; GWYTHYR, 1979).

Nota-se que há uma boa solução (domicílio) indicando, assim como uma solução ruim (instituição), apontando fracasso e sofrimento. Existem transferências de idosos e permanência no lar, com abusos e sofrimento, assim como existem casos bem sucedidos.

Essa concepção do idoso de que o asilo significa a sua casa está evidente diante dos depoimentos em que se destacam: sentimento de afeição entre os membros do asilo; o atendimento às suas necessidades, principalmente afetivas, apoio, segurança, que proporcionam satisfação.

*Quando cheguei nessa casa pensei de chorar muito [pausa] mas que nada, encontrei alegria, fiquei sorrindo e amanheci o dia e tudo aquilo desapareceu da minha cabeça, não senti mais nada, tive sonhos. Se eu soubesse, tinha vindo para essa casa há mais tempo (Orquídea).*

A maioria das pessoas idosas preferem continuar morando em seu domicílio, mas muitas delas, ao ficarem mais debilitadas, acabam precisando de ajuda para poder ficar em casa, enquanto outras terão que se mudar para um asilo.

É muito importante lembrar a importância do contato do idoso com a família, já que é a sua referência, é a sua história, são as pessoas do seu convívio e que tem uma valorização afetiva, efetiva e social.

Outro ponto que pode ser importante, para que o idoso aceite o asilo como a sua nova casa, é a liberdade, dentro das possibilidades, os horários de visitas ao idoso, a facilidade de acesso dos familiares e o estímulo e apoio dos mesmos a ele. Assim, haverá uma possibilidade de maior aceitação por parte do idoso.

Segundo Leme e Silva 1996, mesmo dentro da instituição, um ambiente familiar que permita ao idoso preservar seu autoconhecimento é importante. Poderá, por vezes, ser conveniente que o idoso tenha à vista seus objetos pessoais e mesmo peças de decoração de sua propriedade, dando aquele ambiente um toque familiar e acolhedor, facilitando o reconhecimento do mesmo e reduzindo, dentro das possibilidades a rejeição ao asilo.

Durante as entrevistas, percebi que essa casa também é vista como um local para se receber cuidados, acolher as necessidades, e os que precisam de ajuda e, ainda, resgatar a paz e tranqüilidade que, muitas vezes, não são encontradas no ambiente familiar. Quando o idoso chega ao asilo, aquele sofrimento, a sensação de isolamento desaparece e ele tenta construir, na sua “nova casa”, a sua própria história com um pouco mais de alegria e mais respeito.

*E aqui eu tenho o maior carinho, a maior afeto por parte de todos, sem distinção de classe nem função. Então, essa casa de saúde, eu dou muito mais valor do que se eu estivesse no seio dos meus familiares [pausa]... [fácies triste, sério, pensativo] (Cravo).*

*Aqui é a casa do coração e as portas estão sempre abertas para aqueles que são mais necessitados [pausa]... (Cravo).*

#### 4.8 SENTINDO A DIFICULDADE DE AUTO CUIDAR-SE E O AUMENTO DA DEPENDÊNCIA FÍSICA

Em uma sociedade onde as pessoas são avaliadas pelo que produzem, pelo que dão, pedir algo é muito difícil. É muito grande o fardo que o próprio velho se obriga a carregar, exigindo-se a mesma independência que tinha nas outras fases da vida. (ZIMERMAN, 2000).

O sentimento de estar dependente de outras pessoas é sentir-se impotente, e a percepção do indivíduo de que não pode influenciar um resultado com as suas próprias ações, são respostas que envolvem, predominantemente, aspectos psicossociais individuais, mas integram também elementos da estrutura da vida social, do meio e da cultura em que se vive.

Encontramos, nas concepções dos idosos asilados, a dependência, que determina para esses idosos a incapacidade de auto cuidar-se e, por isso, estarem asilados, dependentes dos cuidados de outras pessoas. Isso chama a atenção para um outro aspecto, que é o do idoso que se torna, cada vez, mais dependente dentro da instituição. As falas das idosas, Margarida e Rosa, revelam, a seguir, essa impotência ao estar asilado.

*O que eu desejo, na verdade, andar e não cansar, pois não queria precisar de ninguém aqui, queria fazer minhas coisinhas, sabe. [pausa]... (Margarida).*

*Aí eu cai doente dessa perna [aponta a direita] com hemiplegia, não pude mais andar e a moça que tomava conta de mim também não pode mais ficar comigo e eu tive que vim para qui. Minha comadre me trouxe e me botou aqui e, até hoje, estou aqui [idosa mais tranqüila] (Rosa).*

Nesses depoimentos, os idosos sentem-se angustiados e incapazes de estar junto a família e à comunidade. Como não podem auto cuidar-se, se tornam dependentes de alguém, mas eles não têm condições sócio-econômicas para ter alguém para cuidar deles em sua própria casa, deixando transparecer que estar no asilo é estar dependente e que, se não fossem dependentes fisicamente, não estariam asiladas.

Conforme Cruz (2000), os ambientes asilares são altamente facilitadores para a ocorrência de dependência, por limitarem as possibilidades de controle do idoso sobre o ambiente, sobre o seu próprio corpo e sobre as suas decisões. A situação de dependência ocorre, freqüentemente, devido à perda de controle pessoal em alguma dimensão. O ambiente de cuidados à pessoa que tem alguma dependência pode fazer com que a percepção de falta de controle se estenda às diferentes dimensões citadas e se intensifique, conduzindo a reações extremas em relação a essa situação.

Os profissionais de saúde, muitas vezes, podem estar criando, por diversas razões, um ambiente de cuidados altamente propício à dependência, negando a essas pessoas o controle que elas ainda podem ter sobre alguma área de sua própria vida.

Tendo em vista a complexidade de suas causas e conseqüências, é necessário que a enfermagem conheça todas as dimensões biopsicossociais associadas a essa necessidade.

Um idoso que se sinta excluído ou que efetivamente esteja afastado do seu meio sócio-familiar, como quando está asilado, desenvolve geralmente uma angústia e insegurança que o leva a se isolar, cada vez mais, tornando sua mobilidade restrita, a ponto de provocar a dependência. (CRISTHO, 1994).

Segundo o mesmo autor, as causas psicológicas também desempenham um papel importante, no que diz respeito à dependência, como, por exemplo, o medo de cair, a dor, a dificuldade visual e/ou auditiva, que os fazem se isolar e ficarem inseguros para deambular, o que leva à dependência.

Quanto às causas ambientais, a imobilidade pode ser restringida por muitos fatores, como, no caso dos idosos que moram em asilos, porque, muitas vezes, estes têm menos oportunidade de se locomoverem. Isto pode ocorrer pela falta de estímulo ou por um problema de imobilidade física, levando-os a permanecerem no leito por mais tempo e, conseqüentemente, piorando o seu quadro, fazendo com que adquiram diversas patologias.

Os idosos, Jasmim e Margarida, referem essa dor física e emocional por se sentirem incapazes de realizar suas tarefas dentro do asilo, não poderem fazer as atividades de vida diária básicas, como comer sozinho, pentear os cabelos, pegar algum objeto e mesmo fazer pequenos trabalhos, como artesanatos e outros que eram realizados antes e agora dependem de outras pessoas dentro da instituição.

*A não ser a doença, não tenho tanta tristeza, a única tristeza que tenho é os trabalhos que faço, meus artesanatos. E, quando eu sinto a dor, não posso fazer meus trabalhos, não posso fazer nada por mim, preciso dos outros pra tudo praticamente... [choro intenso, soluços, a idosa não consegue falar de tanta emoção]... [pausa]... (Jasmim).*

*Porque eu não posso andar, não posso ajudar uma pessoa daqui: dá uma água, dá um banho, eu queria ajudar as pessoas [pausa]... (Margarida).*

Considero que todos os seres humanos necessitam, para sobreviver, da independência, que, quando afetada, passa a ser considerada uma questão complexa, principalmente pelas conseqüências devastadoras sobre a qualidade de vida de cada um. Eis porque a dependência física, psicológica e social restringe a grande maioria desses idosos.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A proposta deste estudo foi buscar um maior entendimento da realidade do idoso, procurando investigar a compreensão do mesmo sobre o que é estar asilado. Com esse intuito, espero trazer contribuições para os profissionais que trabalham com o idoso asilado, principalmente os de enfermagem, que cuidam de pessoas nessa faixa etária e prestam assistência na dimensão biopsicossocial, proporcionando-lhes melhoria de qualidade de vida, desde que, muitas vezes estão isolados da sociedade e, principalmente, da família.

Fazendo uma análise do estudo realizado, apresento, aqui, algumas considerações que julgo pertinentes, a partir do que pude abstrair e compreender dos depoimentos do grupo investigado.

Os sentimentos dos idosos foram expressos das seguintes formas: sentindo solidão no asilo, sentindo-se cuidado e amparado, sentindo o abandono familiar, conformando-se através da religiosidade, sentindo o amor e a felicidade, sentindo o asilo como sua casa e sentindo a dificuldade de auto-cuidar-se e o aumento da dependência física. Na verdade algumas desses significados retratam que, quando o idoso asilado está afastado da família, ele pode apresentar sentimentos negativos em relação ao asilamento.

A solidão é uma das concepções encontrados nos idosos, principalmente para aqueles que não têm o contato com seus familiares, sempre se sentindo só dentro do asilo. É necessário tentar inserir esse idoso no contexto de sua família onde, por sua vez, sofre, ao

perceber que é abandonado, não só pela sociedade como, também, pela sua própria família, principalmente, aquele idoso que tem alguma limitação.

Muitas vezes, as famílias têm dificuldade para entender essas mudanças biopsicossociais que ocorrem com o idoso e lidar com elas. Ajudar a família nessa questão deve ser uma das finalidades do trabalho da equipe de enfermagem e multidisciplinar, já que a interação familiar é vital para o bem-estar do idoso e ele próprio faz parte desse sistema. A família deve ajudar o idoso a viver melhor, de forma a não se tornar um peso para si e para os que os cercam e, sim, uma pessoa integrada no sistema familiar.

O idoso, em seu cuidado, é um ser humano complexo, cada um apresentando necessidades especiais a serem encontradas e direitos a serem preservados. Quando se tornam moradores de uma instituição, precisam se sentir seguros, amparados e ter suas necessidades e direitos respeitados e que sua dignidade resgatada.

Dentro da instituição asilar onde foi realizada a pesquisa, a religião é uma maneira de conformar e de confortar os idosos que se encontram nessa situação. É também uma forma de socialização, uma vez que nesse local os idosos se reúnem para rezar e ir à missa, tornando-se esta uma atividade, que lhe oferece a oportunidade de sair e se relacionar com a comunidade, conviver com outros idosos e pessoas de outras faixas etárias.

Geralmente, o idoso concebe o asilo como a sua casa, pois não tem mais o convívio em seu lar nem com sua família, elegendo ou substituindo essa casa pelo quarto da instituição. Estar asilado, também representa o resgate do amor e da felicidade, já que o idoso se sente marginalizado pela sociedade e família, e dentro da instituição, recupera o valor, o respeito e a compreensão. Muitos desses idosos também recuperam o respeito e a auto-estima e fazem do pequeno espaço do quarto em que vive, o seu verdadeiro lar.

Os idosos que se sentem dependentes no asilo necessitam estar em atividade para sentirem-se úteis à sociedade, preservando, também, a sua integridade física e psicológica e melhorando sua auto-estima.

Sendo o envelhecimento uma perda progressiva da eficiência funcional, há, sempre, uma necessidade de adequação à nova realidade. Além disso, não devemos esquecer que cada idoso é um indivíduo diferente, que precisa de um programa pessoal de trabalho, de acordo com suas necessidades. Só assim, estaremos trabalhando para que esse idoso asilado seja uma pessoa mais saudável, capaz de usar todas as suas potencialidades e ter uma vida mais feliz.

O profissional de enfermagem deve estar atento para estimular sempre o idoso durante o cuidado, preservando a sua capacidade funcional e atentando para o cuidado global. Conseqüentemente, humanização, qualidade de vida, responsabilidade e compromisso parecem fazer parte da assistência de enfermagem na essência do cuidar.

Acredito que a realização deste estudo, buscando compreender o significado do estar asilado para o idoso, poderá trazer uma contribuição significativa para que a enfermagem possa ampliar a forma de lidar com esse grupo, despertar para outras pesquisas, ampliar a visão dos profissionais, criar espaço para novas discussões, compreender em maior dimensão esse paciente e entender melhor as questões do envelhecimento, realidade cada vez mais presente no cotidiano das(os) enfermeiras(os).

A enfermeira, dentro do asilo, possui um papel importante na manutenção da saúde individual e coletiva do idoso, melhorando as suas relações com outros idosos, socializando e incentivando o melhor relacionamento entre o idoso e a família, pois essa melhoria é de grande significância para eles, interferindo, na maioria das vezes, na sua adaptação a institucionalização.

A atuação da(o) enfermeira(o) na adaptação do idoso ao asilo é de suma importância pois esse profissional lhe dará o suporte, principalmente emocional, em um momento que, muitas vezes, é de revolta, então é necessário ficar atenta a essa situação, buscando da melhor maneira, respeitar suas heranças, valores pessoais, crenças, opiniões e preferências individuais e, acima de tudo, ouvir, respeitar e socializar o idoso.

É importante para quem convive e trabalha com o idoso asilado perceber e respeitar as diferenças de um indivíduo para o outro, evitando as generalizações. Cada idoso é único e traz consigo sua herança genética, psicológica, social e existencial.

Minha pretensão não foi a de esgotar o assunto neste momento, mas pretendo buscar e aprofundar esse tema tão abrangente e complexo. Considero que o trabalho trouxe contribuições para a enfermagem e para mim, pois, a partir dos depoimentos e da realização da pesquisa, os meus conceitos e a minha relação com a questão do idoso asilado estão ampliados, por perceber que o cuidado com a pessoa idosa tem uma dimensão global, biopsicossocial, reforçando, que todos eles são únicos e, antes de estarem asilados, eram pessoas com a sua própria história, crenças e valores, seu modo de ser.

## REFERÊNCIAS

AMÂNCIO, A.R.; CAVALCANTI, P.C.V. **Clínica geriátrica**. Rio de Janeiro: Atheneu, 1975. Bibliografia: p- 1-7.

ANGÊLO, M. O contexto familiar. In: Yeda, A. D. e Diogo, M. J. **Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico**. 2000.

AQUINO, J. P. Bien- être et avance en âge. **CIPCR**, 1992, 187 p.

BALDESSIN, A. O idoso: viver e morrer com dignidade. In: PAPALÉO NETTO, M. **Gerontologia**. São Paulo: Atheneu, 1996. p. 491-498.

BAQUEIRO, M. B. **Necessidades psico-sociais do idoso-contribuição do enfermeiro**. 1985.140 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 1985.

BAQUEIRO, M.B; SILVA, R. M. da. **A terceira idade e suas dimensões**. Salvador: [autores], 1995. 149 p.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70. Tradução de Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. 1994. 226p. ISBN 972-44-0898-1.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Persona, 1977.

BARRETO, M. L. **Admirável mundo velho: velhice, fantasia e realidade social**. São Paulo: Ática, 1992. 237 p.

BARROSO, C. Rejuvenescimento celular. **R. Bras. Med.**, n.1, v. 37, p.279-297, 1980.

BASSINI, P.F. Dimensão espiritual e a terceira idade. In: **Atendimento domiciliar um enfoque gerontológico**. São Paulo: Atheneu, 2000. p. 487-498.

BATISTA, M.D. **A terceira idade e suas necessidades: uma visão da enfermagem**. 1985. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Ana Neri, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1985.

BEAUVOIR, S. de. **A velhice**. 2. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990. 711p.

BORN, T. Cuidado ao idoso em instituição. PAPALÉO NETTO, M. **Gerontologia**. São Paulo: Atheneu, 1996. p. 403-413.

BOSANQUET, N. Residencial care for the el derly. **Nurs Times**, v. 37, n. 17, p. 615-6, apr., 1997.

BRASIL. Decreto n. 1948 de 03.07.96 - Diário Oficial, Brasília/DF, ano CXXXIV, n.º 128, 04.07.1996.

BRASIL, MPAS,S. Política Nacional do Idoso: Lei n.º 8.842, de 4 de Janeiro de 1994; 1-32, 1997.

BROCKLEHURST, J. C, Hanley T. **Geriatrics fundamental**. Ediciones. Barcelona: Toray e SA., 1979.

BURNSIDE, I. M. **Enfermagem para idosos**. São Paulo: Andrei, 1979. p. 325-332.

CAMPEDELLI, M.C. Atuação da enfermagem em geriatria e gerontologia. **Rev. Paul. Hosp.** n. 9/10., v. 31, p. 198-200, 1983.

CIDADANIA. **Revista da Secretaria de Assistência Social**. Ministério da Previdência e Assistência Social. Brasília, v.1, n. 1, p. 20-23, jan./mar.1998.

CHRISTO, F. F. de S. Imobilidade. In: **Caminhos do envelhecer**. Rio de Janeiro: Revinter, 1994. p. 167-170.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. São Paulo: Cortez, 1995, 163 p.

CRUZ, D.A.L. Desesperança e impotência frente à dependência. In: **Atendimento domiciliar, um enfoque gerontológico**. São Paulo: Atheneu, 2000. p. 71-78.

D'ALENCAR, B. P. **O idoso e o trabalho corporal: perspectiva de atuação do enfermeiro**. 1988. 183 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 1988.

DUARTE, Y. A.O.; PAVARINI, S.C.L. Instituições de idosos: qualificação de pessoal. In: **Consensos de gerontologia, sociedade brasileira de geriatria e gerontologia**. São Paulo, 1998. p. 66-73.

FIGUEREDO, S.C.S. Abuso de pessoas na família: um ensaio. **Gerontologia**. v. 6, n. 3, p. 126-135, 1998.

FILHO JACOB, W.; SOUZA, R. R. Anatomia e fisiologia do envelhecimento. In: **Geriatrics e fundamentos, clínica e terapêutica**. São Paulo: Atheneu, 1994. 447 p.

FIRRIGNO, J.C. Uma visão histórica de família e velhice. **A Terceira Idade**. São Paulo, Ano 4, n. 4, p. 55. 1991.

FORTES, D.P.A. de C. **Ética e saúde**: questões éticas, deontológicas e legais, tomada de decisões, autonomia e direitos dos pacientes, estudos de casos. São Paulo: EPV, 1998. 119 p.

FLOREZANO, F. **As palavras e os gestos da comunicação com o idoso**. São Paulo: Sabe o que é que é? (s.d).

FROOM, E. La orientacion productiva. In: DICAPRIO N. S. **Teoria de la personalid**. México: Inter-Americana, 1976. p. 335-62.

GAIARSA, J. A. **Como enfrentar a velhice**. 2. ed. São Paulo: Ícone, 1989, p. 52-87.

GOLDMAN, F. P.; GOLDMAN, M. **Problemas brasileiros**: alguns aspectos sobre o processo de envelhecer. São Paulo: Franciscana, 1977. 152 p.

GONÇALVES, L.H.T. et al. O significado do envelhecimento e saúde para o idoso em seu contexto familiar e social-cultural. **Revista Ciências da Saúde**. Florianópolis, v. 7/8, n. 1/2, p. 71-85, 1989.

HAGUETE, T. M. F. **Metodologia qualitativa na sociologia**. 5. ed. Petrópolis: Vozes, 1997.

JURIVICH, D.A. Imune system and imunoproliferateve dissorders. In: **Geriatric medicine**. Baston: Little Brown and Company, 1988. 534 p.

KALACHE, A et al. O envelhecimento da população mundial: um desafio novo. **Rev. Saúde Pública**. São Paulo, p. 200-219, 1987.

KALACHE, A. Ageing in developing countries. In: **Principles and practice of geriatric medicine**. Londres: Jonh Wiley & Sons Ltda. 1991.

KENNEY, A R. **Physiology os aging**. A synopsis. 2. ed. Chicago: Year Book Medical Publishers, 1982. 157 p.

KRIPPNER, S. **Decifrando a linguagem dos sonhos**. São Paulo: Crultrix, 1993.

LAPASSADE G. **Grupos, organizações e instituições**, 1997.

- LEME, L.G.; SILVA, P.S.C. O idoso e a família. In: PAPALÉO NETTO, M. **Gerontologia**. São Paulo: Atheneu, 1996. p. 92-97.
- LIGER, R. M. et al. **Psicologia do envelhecimento**: assistência aos idosos. Rio de Janeiro: Vozes, 1994.
- MAGALHÃES, D. N. **A investigação social da velhice**. Rio de Janeiro: Papagaio, 1989.
- MARCONI, M de A; LAKATOS E.M. **Técnicas de pesquisa**: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados. 2. ed. São Paulo: Atlas, 1990. 231 p.
- MARTINS, E. Os velhos na comunidade indígena. **Senecta**, v. 3, n. 3, p. 4-10, 1980.
- MENEZES, M.R.M. **Participação da família na assistência ao idoso hospitalizado**. 1985. 195 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 1985.
- MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 2. ed. São Paulo: HUCITEC, 1994.
- MINAYO, M. C. de S. **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 10. ed. Petrópolis: Vozes. 1998.
- MINAYO, M. C. S. (Coord.). **Estudo multidisciplinar sobre as atuais a crianças e adolescentes do Rio de Janeiro em situações especiais difíceis - município do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: CLAVES/ENSP/FIOCRUZ, 1993. Mimeogr.
- MORAGAS, R. M. **Gerontologia social**: envelhecimento e qualidade de vida. São Paulo: Paulinas, 1997. 223 p.
- NERI, A. L. **Envelhecer num país de jovens**. Campinas: Unicamp, 1991.
- OLIVEIRA, M.R. **Depressão na velhice**. 1993. 112 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 1993.
- OLIVEIRA, A. P. **Concepção do idoso asilado a respeito da solidão**. 1999. 36 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 1999.

OLIVEIRA, A. P. **Ser-idoso frente a solidão em convívio familiar**. 2001. 106 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2001.

OLIVEIRA, A. C.; FORTES, P.A de C. O direito à informação e a autonomia de idosos hospitalizados. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo, v. 33, n. 1, p.59-65, mar. 1999.

OLIVEIRA, C. Porque asilamos nossos velhos. **Rev Bras. Enfermagem**. Brasília, jan./mar. 1985.

PAPALEO NETTO, M. **Gerontologia**. São Paulo: Atheneu, 1996, 524 p.

PEDREIRA, L. C. **Ser-idoso: vivência de internação em unidade de terapia intensiva**. 1999. 94 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Escola de Enfermagem – Universidade Federal da Bahia, Salvador, 1999.

RICHARDSON, R. J. et al. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. São Paulo: Atlas, 1989. 286 p.

ROBISCHON, P.; AKAN, A. M. A família e o seu papel com o pai idosa. In: **Current Practice in Gerontological Nursing**. v. 1, p. 161-170, 1979.

RODRIGUES, R.A.P et al. **Como cuidar de idosos**. 2. ed. São Paulo: Papirus, 2000, 125 p.

ROMANELLI, G. Mudança e transição em famílias de camadas médias. **Travessia**. p. 5 jan/abr. 1991.

ROWE, W. J.; BESDINE, R. The biology and physiology of aging. In: **Geriatric medicine**. 2. ed. Boston: Little Brown and Company. 1988. 534. p. 1-11.

SALES, C.A. **O cuidado de enfermagem: uma visão fenomenológica do ser leucêmico**. 1997, 133 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 1997.

SALGADO, M. A. Envelhecimento populacional: desafio do próximo milênio. **A Terceira Idade**. São Paulo, v. 10, n. 14, p. 50, ago. 1998.

SALGADO, M. A. **A velhice: uma nova questão social**. São Paulo: SESC, 1980, Série Terceira Idade.

SANTISO, Y. P. **Terceira idade: tempo para viver**. São Paulo: Paulinas, 1983. 30p.

SCHILDER, P. **A imagem do corpo**. São Paulo: Martins Fontes, 1994.

SERRO AZUL, L.G.C.C et al. **Clínica do indivíduo idoso**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1981. 352 p.

SILVA, A. C. P. O problema da senilidade no mundo moderno. In: SERRO AZUL, L.G.C.C et al. **Clínica do indivíduo idoso**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1981. p. 341-345.

SILVA, O. M. R. **Comunicação com pacientes impossibilitados de falar: concepções de enfermeiras intensivistas**. 2001, 127 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2001.

SLOANE, P.; GWYTHHER, L. **Nursing homes**. JAMA, n. 244, p. 1840-1841, 1979.

STIGLITZER, apud RIBEIRO, C.V. A pessoa idosa e a enfermagem. *Enfermagem. J. Bras. Enf.*, 6 (51): 11, set./out. 1982.

TORO, R. **Teoria da biodança**: textos didáticos utilizados na Escola Nordestina de Biodança. Fortaleza: Escola Nordestina de Biodança, 1983.

VALENTE, M.A. Espiritualidade: sua importância na terceira idade e na assistência domiciliária. In: **Atendimento domiciliar, um enfoque gerontológico**. São Paulo: Atheneu, 2000. p. 499-505.

VIEIRA, E.B. **Manual de gerontologia**: um guia teórico-prático para profissionais, cuidadores e familiares. Rio de Janeiro: Revinter, 1996.

ZIMERMAN, G.I. **Velhice, aspectos biopsicossociais**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000, 229 p.

## **APÊNDICES**

## APÊNDICE A – CARTA DE APRESENTAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA**  
**ESCOLA DE ENFERMAGEM**  
**PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**  
FONES: (071) 332-4452 – 245-8366 RAMAL: 354/355 FAX: (071) 245-8224  
E-mail: [pgenf@ufba.br](mailto:pgenf@ufba.br)

ILMA ENFA. TEREZINHA PACHECO  
M.D. SRA. COORDENADORA DO CENTRO GERIÁTRICO JÚLIA MAGALHÃES  
NESTA

Senhora Coordenadora

Pelo presente solicitamos a V.Sa. permissão para que a Enfermeira mestranda **Rosângela Souza Oliveira**, aluna regular do *Curso de Mestrado em Enfermagem, área de Concentração Saúde do Adulto e do Idoso*, do programa de Pós-graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia, desenvolva nesta instituição, atividades de coleta de dados, referente ao seu projeto de pesquisa intitulado “Concepção do Idoso Sobre o Que é Estar Asilado”.

Na certeza da sua aquiescência, subscrevo-me

Atenciosamente,

Coordenadora de Pós-Graduação  
Escola de Enfermagem da UFBA



**2 Procedimentos experimentais:**

Será utilizado o método da Análise de Conteúdo, onde serão feitas entrevistas com os sujeitos da pesquisa com base nesta abordagem.

**3 Desconfortos e riscos esperados:**

Nenhum.

**4 Benefícios que poderão ser obtidos:**

A pesquisa contribuirá para a compreensão sobre o idoso asilado, e um maior entendimento sobre as questões do envelhecimento, estabelecendo estratégias para proporcionar uma melhor qualidade no cuidado dessas pessoas.

**5 Procedimentos alternativos que possam ser vantajosos para o indivíduo:**

O proposto no item IV.

**IV ESCLARECIMENTOS DADOS PELO PESQUISADOR SOBRE GARANTIAS DO  
SUBTEXTO DA PESQUISA:**

- 1 Acesso a qualquer tempo as informações sobre procedimentos e benefícios relacionados à pesquisa, inclusive para dirimir eventuais dúvidas.
2. Liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo.
3. Salvaguarda da confidencialidade, sigilo e privacidade.

**V OUTRAS INFORMAÇÕES:**

NOME DO PESQUISADORA: Rosângela Souza Oliveira

ENDEREÇO: Conj. Remanescente 1 bloco 09<sup>a</sup> apto 001 Cabula VI

TELEFONES DOS RESPONSÁVEIS PELO ACOMPANHAMENTO DA PESQUISA  
9145-6893 (Mestranda) – 2458366 (Esc. Enfermagem)

VI OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES:

VII CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO:

Declaro que após convenientemente esclarecido pela pesquisadora Enfa. Rosângela Souza Oliveira e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar do presente Protocolo da Pesquisa.

Em caso de menor de idade, declaro que o mesmo foi devidamente esclarecido e aceita participar do presente Protocolo da Pesquisa sendo o responsável legal.

Salvador, de 2000

---

Entrevistado(a)

---

Pesquisadora

**APÊNDICE C**  
**ROTEIRO DA ENTREVISTA**

1 IDENTIFICAÇÃO:

NOME \_\_\_\_\_

IDADE \_\_\_\_\_ ESTADO CIVIL \_\_\_\_\_

TEMPO DE ASILAMENTO \_\_\_\_\_ Nº DE FILHOS \_\_\_\_\_

DE QUEM RECEBE VISITA \_\_\_\_\_

2 COMO O(A) SENHOR(A) VEIO PARA O ASILO?

---

---

---

3 O QUE SIGNIFICA PARA O(A) SENHOR(A) ESTAR ASILADO?

---

---

---

## APÊNDICE D

### TRANSCRIÇÃO DOS DEPOIMENTOS

#### DEPOENTE 1

**Sr. Cravo**, 62 anos, solteiro, aposentado; tem 2 filhos, está asilado há 1 ano e 6 meses por problemas sociais; recebe visita de uma comadre. Foi entrevistado na morada de idosos com autorização prévia em uma sala fechada para manter sua privacidade.

#### E. Como o senhor veio para o asilo?

*Eu cheguei aqui através de uma comadre minha, onde eu convivi, praticamente, como mendigo solitário e sem procurar nenhum parente meu, e ainda me sinto só, a não ser essa que abriu esse coração[pausa]..., Eu passei aqui vários meses na São Camilo, onde entrei aqui com 32 quilos e 400g, com fraqueza nos nervos e, ainda, com suspeita pulmonar, mas depois, foi feito todos os exames e nada deu de positivo [pausa]..., muito pelo contrário, atualmente, me encontro com o peso 53,600 Kg, aumentei 21 Kg e aqui eu tenho tido o maior carinho, o maior afeto por parte de todos, sem distinção de classe nem de função [pausa]..., Então, essa **casa** de saúde da Irmã Dulce, esse hospital, para mim, eu dou muito mais valor se eu estivesse no seio dos meus familiares [pausa]... [face triste, sério, pensativo].*

#### E. O que significa para o senhor estar asilado?

*Eu convivo aqui, dizem que é um asilo[pausa]... mas um asilo é tudo aquilo onde a pessoa é bem recebida, quando é desprezada, abandonada ou discriminada por alguma coisa? [pausa]... E aqui não existe essa parte, aqui é a **casa** do coração e as portas estão sempre abertas para aqueles que são mais necessitados [pausa]..., Daí esse asilo, para mim, eu não creio que exista asilo, porque a direção procura sempre alegrar, sempre risonho, sempre satisfeito e feliz e daí realiza vários passeios para que possamos ter uma saída, tomar um outro ar diferente e ter uns momentos diferente, como banho de mar, teatro e outras coisas mais e etc.[risos]... [fala com alegria, satisfação, mas com o semblante sério]... [pausa]...*

*O amor é tudo pra mim, o meu sentimento mais quando me deito as vezes e lembro de meus filhos, que não sei se estão vivos ou se estão mortos [choro forte..., cabeça baixa, não conseguia verbalizar e nem olhar para o entrevistador]....[pausa] [por alguns minutos, muito pensativo]... me sinto abandonado.. [respirou fundo, estava um pouco trêmulo].*

*[Tentou mudar de assunto;... passou a mão no rosto, tentando enxugar as lágrimas]...*

*Isto aqui, até a data que Deus me dê vida e esse caminho que é que fica difícil aqui a nós essa dedicação sem a menor distinção de nada, aqui todos são tratados igualmente. Então eu só tenho que dizer e falar do que é bom e o que existe de bom na nossa terra e nesse mundo, onde nós estamos passando alguns dias até o nosso Pai nos chamar. Eu quero ficar aqui enquanto ele consentir e a direção também me permitir [silêncio..., fáceis triste].*

*O meu sentimento aqui é... eu nem sei explicar, porque eu não tenho sentimento, eu amo isso aqui, eu amo isso aqui ..[euforia, satisfação, falando alto]... Eu procuro fazer algumas atividades para estar ajudando, colaborando com aquilo, que quando eu entrei, eu achei, e continuo achando mesmo assim. Eu acho que, por mais que eu faça, eu não estou fazendo nada [pausa]. Esse é meu dom de estar sempre em atividade, fazendo alguma coisa e correndo, sempre alegre e feliz [risos]... Eu acho que isso é amor, gratidão, porque isso é um dom meu, eu estou fazendo isso e nosso Pai Celestial está também presenciando a minha dedicação, porque eu faço sem o menor interesse em nada. E eu tou agradecendo a Deus por me dar sempre força para eu estar sempre assim com essa vitalidade que eu estou agora no momento. Eu estou feliz. [lágrimas nos olhos, risos, gesticulava muito;... Continuava eufórico].*

*[pausa]... Amor e gratidão seria meus sentimentos de estar asilado porque, se não fosse isso, eu não ficaria aqui. Então, isto que tenho dentro de mim, um intenso amor, essa gratidão por tudo isso que aqui eu tenho tido e tenho recebido, e peço a Deus que continue recebendo cada dia mais, que possa corresponder com essa humildade que eu tenho, que todos nós somos humildes perante a Jesus [eufórico, sorridente gesticulando, face alegre e mais tranqüilo]...*

*Aqui eu nunca me senti abandonado de jeito nenhum, de maneira nenhuma, eu me senti abandonado pela minha família, abandonado eu me sinto até hoje... [tristeza, emoção, cabeça baixa]...*

## DEPOENTE 2

**Sra. Jasmim**, 77 anos, viúva; não tem filhos, está asilada há 1 ano, e recebe visita de uma amiga. Foi entrevistada na morada de idosos com autorização prévia, em uma sala fechada para manter sua privacidade.

### **Idosa inquieta e inibida no início da entrevista.**

#### **E. Como a senhora veio para o asilo?**

*Eu vim pra qui por minha espontânea vontade, tinha muita vontade [pausa]... Eu morava sozinha, então, como é que se diz, eu resolvi a vim pra qui, que é uma casa de muito amor e achei uma família, [pausa]... [silêncio... choro, falando lentamente e com dificuldade devido ao choro]... todo carinho. Vocês todos, de médico a enfermeira, todos são formidáveis, tem todo carinho por mim. Não é só comigo não, é com todo mundo, não tenho o que dizer de ninguém [pausa]..., Graças a Deus, encontrei uma família. Vivia sozinha, lá na minha casa, não deixei de estar só, não tenho ninguém aqui comigo. Sabe, eu tenho uma afilhada de verdade mas ela tem os afazeres dela, também não pode estar comigo, me sinto só ... [olhar triste]..., então eu resolvi vim para cá e tenho gostado. Eu só saio daqui no caixão.*

*É formidável mesmo aqui [risos]... gosto muito, as pessoas são muito amorosa.*

*Eu não tenho parentes, não tenho ninguém que cuide de mim. Eu tenho minha casinha mas é mesmo que não ter, porque não tem quem fique comigo [pausa]..., Eu preciso de cuidados de uma pessoa para cuidar de mim, eu não tenho assim uma pessoa que possa cuidar de mim. Eu torno a repetir: essa afilhada é quem podia fazer e faz o que pode por mim. Ela não pode, porque é secretária de uma firma e ela não pode tomar conta de mim. Eu sei que ela não pode mesmo [pausa]..., tem os parentes de meu marido, mas eu não conto com eles, não conto com eles pra nada ... [fala séria, transparece raiva]... [pausa, pensativa]...*

*Sinto muita alegria em estar aqui. Não sinto mais alegria depois dessa doença, porque fiquei tão sentimental, tudo eu choro, [começou a chorar]... fico nervosa, eu sinto muita coisa. Mas graças a Deus, eu não tenho o que dizer, me sentia abandonada, hoje não, hoje não, [falando alto]... Graças a Deus eu tenho amigas, minhas companheiras de quarto, não posso falar mal daqui. A pessoa que fala mal daqui é porque não sabe o que é felicidade, eu sei o que é felicidade, graças a Deus... [nervosa, chorando, um pouco trêmula].*

*Depois dessa doença [mostrando o braço direito hemiplégico] fique tão sentimental!... Tudo eu choro, sinto aquele peso aqui no peito, sinto um cansaço [ansiosa e inquieta na cadeira; ... permaneceu em silêncio por alguns segundos, face triste e com a cabeça baixa]...*

*Só os parentes do meu marido não ligam para mim, mas deixa pra lá [pausa]. A não ser a doença, não tenho tanta tristeza, a única tristeza que tenho é que os trabalhos que faço, meus artesanatos e quando eu sinto a dor, não posso fazer meus trabalhos... [choro intenso, soluços, a idosa não consegue falar de tanta emoção]... [pausa].*

*Minha casa está lá fechada, eu sinto saudade da minha casa. Infelizmente, eu não posso ir para minha casa, porque eu não posso pagar, hoje em dia tudo é salário. Eu não posso pagar um salário, eu vou viver de que. Aqui eu tenho tudo, tenho minha roupa, meus remédios, tenho médicos e tenho muito amor, mas muito amor mesmo, graças a Deus. Eu me sinto feliz e amparada [sorridente, mais tranqüila e gesticulando muito].*

**A idosa estava chorosa, referia cansaço e então encerramos a entrevista.**

### **DEPOENTE 3**

**Sra. Orquídea**, 85 anos, viúva; não tem filhos, asilada há 8 meses, morou na casa de vários familiares. Recebe visita de uma amiga. Foi entrevistada na morada de idosos, com autorização prévia, em uma sala fechada, mantendo sua privacidade.

#### **E. Como a senhora veio para o asilo?**

*Eu tinha tudo, não faltava nada, mas faltava o calor humano. Quando eu morava na casa da minha sobrinha as pessoas não me davam atenção, me deixavam no canto, não falavam bem comigo [pausa]... e aqui significa um bem-estar para mim, eu encontrei tudo quanto eu pensei e realizei. Eu aqui encontrei o calor humano sem exceção de nenhuma pessoa [pausa]..., Todas são iguais, não tenho o que dizer de ninguém [choro]... Quando eu cheguei nessa casa todas me receberam bem, como se já tivesse me visto há muito tempo e eu senti aquela felicidade, tão bem, que lá na casa na minha sobrinha eu estava com uma coisa na cabeça, aqui na nuca [colocou a mão e apertou a nuca, mostrando] eu ia pedir um exame. Se eu ficasse mais tempo doente, eu sei que não ia resistir. Ela [a médica] disse tudo, que eu não ia resistir muito tempo.*

*Quando eu cheguei aqui nessa casa, pensei de chorar muito [pausa]... mas,.. que nada! encontrei alegria. Fiquei sorrindo [risos]... rezei, botei minha cabeça no travesseiro e amanheci o dia, e tudo aquilo desapareceu da minha cabeça, dessa nuca [apontado a nuca]..; face triste, séria]..., Não senti mais nada, tive sonhos. Se eu soubesse lá mais tempo, tinha vindo, mas tudo é em seu tempo, tudo é determinado por Deus, dentro da sua hora e da necessidade e também da maneira de existir. É o caso bem importante da vida de Deus, a gente saber se educar, saber tratar, saber perdoar, para poder Jesus aceitar.*

### **E. O que significa para a senhora estar asilada?**

*Me sinto segura, amparada, não me sinto abandonada, minha segurança toda está aqui. Daqui, só sairei morta [bastante séria]... [pausa]... [colocou a mão no peito, e permaneceu pensativa por algum tempo]...*

*Quando disseram [a médica]... que meu estado, que eu não estava bem, que eu estava piorando, então, a senhora procura uma casa, pra senhora ir. Eu disse: não [levantou-se da cadeira] talvez esse já seja o tempo, que já está determinado para eu ficar por aqui, e daqui eu sair [pausa]... [respirou fundo]... pra subida, pra outro planeta, pra outro planeta e não vai demorar muito [olhos com lágrimas]... [pausa].*

*Olha, querida, eu tive um sonho com São Judas Tadeu sexta-feira. Eu nunca sabia o que ele queria dizer com aquele rolo de papel que traz na mão [pausa]..., São Judas Tadeu, sonhei que ele tinha chorado muito lá, tinha feito muitas orações, procurando a Deus por que que eu estou passando por tudo isso. Se é pecado, falta minha, que eu possa pagar toda minha dívida e não ir com esse peso todo, que mostre se o caminho que eu tinha de seguir sentindo tanta coisa naquela casa [casa da sobrinha]... [choro]... na folha dele tinha tudo limpo. E é essa página em branco que eu estou escrevendo agora, é esta que eu estou aqui com todo amor, carinho e satisfação, não estou negando, estou falando a verdade [pausa]... Tudo aqui, essa irmãs todas agora, até então eu não conhecia [choro, a idosa estava com dificuldade para falar, devido a emoção e um pouco de faltar de ar, estava muito ansiosa e impaciente], não tem uma, todas são iguais, o carinho, o modo de sair e de chegar, o bom dia, sempre cantando, gritando. Acorda um, acorda outro, aquela alegria, brinca com um, brinca com outro, passeios, brincadeiras, risos [ofegante, alegre e gesticulando muito... risos]... [pausa], eu não sabia essas coisas [pausa], Agora tudo voltou, voltou a luz [pausa]... A Beatriz veio me ver, me visitar, virou para minha sobrinha e disse assim [pausa]... olha,*

*Beatriz, essa foi a família que ela escolheu para morar [face triste, falou com desdém, ela não me deu atenção]...*

*É escolhi a felicidade, amor e o bem-estar, é o que eu sinto, é maravilhoso e, de forma nenhuma, eu sairei daqui, aconteça o que acontecer.*

#### **DEPOENTE 4**

**Sra. Margarida**, 60 anos, viúva; tem três filhos, recebe visita de um filho, asilada há um ano. Foi entrevistada na morada de idosos com autorização prévia, em uma sala fechada, mantendo sua privacidade.

#### **E. Como a senhora veio para o asilo?**

*Eu vim de Itaberaba. Aí, quando eu cheguei aqui, eu encontrei uma criatura, amiga que veio aqui e pegou uma ficha pra mim. Ai eu comecei a fazer a consulta com o doutor, um médico muito bom [pausa]... e fez exames de pele, de coração, de pulmão e aí ele me passou para outra médica, que me indicou morar aqui, porque eu, morando aqui, eu ia ter outro conforto[pausa]..., como tenho, graças a Deus. Só o cuidado das pessoas com a gente é excelente, né, ótimo mesmo [pausa]. Eu falei com a assistente social lá de baixo, ai ela me arrumou a vaga [pausa]... ai ela fez minha ficha, ai eu vim e fiquei aqui, graças a Deus.*

*Eu quando vou passar uns dias fora, eu sinto muita saudade [risos]... Bem, eu me sinto bem por estar aqui, eu não estou me sentindo melhor porque eu não estou andando sozinha [choro... fala arrastada, cansada]... porque eu não posso ajudar, não posso ajudar uma pessoa daqui, dar uma água, dar um banho. Eu queria ajudar as pessoas [pausa].., ai se Deus me desse essa glória, de eu melhorar e ficar aqui, eu queria ficar fazendo isso, dando de comer àquele que não pode comer.*

#### **E. O que significa para a senhora estar asilada?**

*É amor, felicidade que senti dentro da gente, é amor que a gente sente dentro da gente [pausa]... A gente se sente bem [pausa]..., não me sinto abandonada, porque meus filhos aceitou eu estar aqui. Eles gostam que eu estou aqui, eles vêm me ver aqui [pausa]... e eu estou bem aqui, muito bem cuidada, amparada, todo mundo gosta de mim, graças a Deus, eu estou satisfeita em estar aqui.*

*Minha pretensão é só andar e tirar o cansaço. Com a fé de Deus ele vai tirar esse cansaço [pausa, respirou fundo]..., as pessoas fazem de tudo comigo para eu não cansar muito [cansada]...*

*Eu fico triste quando eu não posso andar [pausa]... ai eu fico triste, mas depois chega uma pessoa me pega, me carrega pra me dá o remédio lá vai [pausa]... e aí, pronto, eu fico boa e fico feliz [risos]... com o cuidado que a gente tem aqui, me sinto feliz.*

*O que eu desejo, na verdade, é andar e não cansar [pausa]..., mas eu tenho todo carinho e apoio. É tão bom [pausa]... é ótimo ter o amor de todo mundo, todos com a cara bonita, a gente se sente bem, amada, alegre, com o mundo, né [risos]...*

**A idosa já estava cansada e declarando não ter mais condições de continuar a entrevista.**

#### **DEPOENTE 5**

**Sra. Rosa**, 75 anos, viúva; não tem filhos, residia com uma comadre de quem recebe visita, está asilada há 2 anos. Foi entrevistada na morada de idosos, com autorização prévia, em uma sala fechada, mantendo sua privacidade.

#### **E. Como a senhora veio para o asilo?**

*Eu vim para cá por motivo de família [pausa]... Eu não me dava com o esposo de minha comadre, ele fazia muita grosseria comigo, com minha mãe, com todo mundo [pausa]... Foi, então, que eu passei a me aborrecer e não quis mas ficar lá, não quis e não quero [pausa.. apreensiva, acanhada]... ir pra lá mais [pausa]. Se eu sair daqui, eu não sei o que eu vou fazer, porque eu não tenho lugar para onde ir [pausa longa; face triste; a idosa ficou por alguns minutos calada, perguntei se gostaria de continuar]... Sim.*

*Quero continuar, disse a idosa, eu tenho um lugar e não tenho Eu tenho uma casa, eu tenho a minha casa, eu morava lá com o meu esposo, né, eu morava lá e ele faleceu [pausa]. Aí eu caí doente dessa perna (direita) com hemiplegia, não pude mais andar e a moça que tomava conta de mim também não pôde mais ficar comigo e eu tive que vir pra qui. Minha comadre me trouxe e me botou aqui e, até hoje, estou aqui [idosa mais tranqüila].*

### **E. O que significa para a senhora estar asilada?**

*Eu, como é que se diz [pausa], eu tou gostando [olhar indiferente]... [pausa. Na verdade, significa a rejeição, me sinto rejeitada, abandonada, não pela família, mas por causa dele, do esposo da minha comadre [pausa]..., porque ele é muito bruto, não sabe tratar. Ele fazia muitas grosserias, fazia e faz, tanto com a velha, coitada, que sofre com ele [olhar triste], a mulher, não se fala, mas todo mundo sofre, porque ele faz muita grosseria. Com aquilo, eu fui me chocando e não quero. Se amanhã ou depois, eu sair daqui, eu imagino pra onde é que eu vou [pausa]... [falando alto]... porque eu tenho a minha casa, dei fim em tudo, eu não tenho mais nada, a única coisa que eu tenho é a televisão, e dei para minha afilhada, entendeu. Pra que eu quero televisão? Não tenho casa e não posso mais voltar, por isso, [pausa], não posso porque eu não tenho dinheiro, o dinheiro que meu marido me deixou é pouco e não dá, [pausa]... tem a comida para comprar e eu não posso ir pra lá, tem a luz, água, gás. Como é que eu vou pagar [pausa]..., com o quê?*

*Então, estar aqui asilada significa sofrimento [choro]... Eu não posso estar do lado da minha família, eles se mudaram e não posso ver minha mãe [soluços]... eu não vou [pausa]... Me perguntaram se eu queria passar o Natal com minha família e eu disse que não, [gritando]... [choro], fala arrastada], não, não vou mesmo, eu estou asilada porque eu não tenho para onde ir, mas tenho que gostar [irônica, deu uma leve risada]. Mesmo que eu não goste, falo que gosto. Em um ponto eu gosto, todos me tratam bem. [pausa]... Eu não quero que ninguém fale daqui, mas é a saudade [choro]..., da minha casa, estou triste [pausa]... quero parar de falar.*

**Sem mais condições para falar sobre o assunto, encerramos a entrevista.**

### **DEPOENTE 6**

**Sr. Lótus**, 64 anos, casado; tem 7 filhos, recebe visita de um sobrinho de vez em quando e de alguns amigos; não mantém contato com os filhos. Esta asilado há um ano. Foi entrevistado na morada de idosos, em uma sala fechada, mantendo sua privacidade.

### **E. Como o senhor veio para o asilo?**

*Eu vim para cá através de Dr. João, que me encontrou na rua muito sujo, com fome [pausa], jogado e abandonado, sem ter onde ficar...[pausa]...[suspirou]... estava muito magro e um pouco adoentado, meu sobrinho procurou ajuda e encontrou o Dr., uma pessoa muito boa e caridosa, que me levou para outro lugar [pausa], um outro abrigo. Depois, ele tentou e conseguiu uma vaga aqui para mim e eu vim pra cá [não posso contar a senhora todos os detalhes, pois é muito sofrido pra mim, mas foi assim que tudo aconteceu. Eu realmente, estava precisando de ajuda, eu era um mendigo [pausa]..., que passava muita fome e frio, e não tinha ninguém que olhasse por mim [pausa]..., todos fingiam que não me conheciam. Vivia da caridade das pessoas na rua, que um dia me dava a comida, no outro o dinheiro, no outro a roupa e, até mesmo, uma palavra de carinho, pessoas estranhas que confortavam mais que as conhecidas [pausa]... Eu dava muita sorte... menina, como eu dava sorte!... [pausa]... E é isso, aqui estou por todo esse tempo que você já sabe.*

#### **E. O que significa para o senhor estar asilado?**

*Eu me sinto amparado e muito bem amparado [pausa], pois é quase certo que eu fui abandonado, porque, realmente, eu estava abandonado e aqui foi que eu encontrei o apoio, todo o apoio. Me acolheram muito bem, eu não posso dizer, jamais direi ao contrário. [pausa]... Eu gostaria que eu não estivesse asilado [pausa]. {respirou fundo}...Francamente, eu não gostaria de estar [pausa]...Correto, eu não gostaria de estar [pausa]... inclusive, foi justamente isso que eu falei com a Dra. [pausa]... [baixou a cabeça e olhou para o teto por um tempo]..., o que eu mais ruim aqui é a prisão [pausa], nem sempre as pessoas vêm me visitar. Da minha família, é raríssimo, quem mais vem me visitar são meus amigos, isso, graças a Deus [pausa], até para passar dias fora minha família mesmo não vem não, meus filhos é muito difícil vir, aliás, vinha um sobrinho meu e depois não sei porque, tempo ou qualquer coisa semelhante, ele nunca mais apareceu [pausa]. Eu gosto de sair com meus amigos, e fiz amigos aqui também, melhor que minha família, as pessoas que visitam, sabe quem vem visitar os idosos se tornam meus amigos também [pausa]... Toda semana me trazem frutas, biscoitos e outras coisas... [calado e pensativo;..., com a mão no queixo e olhando fixamente para mim]... Eu acho aqui uma prisão, prisão virgula, é porque eu não tenho o direito de sair a hora que eu quero para dar um passeio a não ser em companhia de alguém e nem sempre se tem pessoas disponíveis para me acompanhar e, na verdade, eu prefiro sair com meus amigos do que com os funcionários,eu nem conheço eles direito. Eu não saio pra farra não [pausa]... Eu saio para me divertir com as pessoas amigas. Só o que*

*me constrange é isso, não por sair, por exemplo eu não gosto dos passeios daqui... praia e outros lugares porque tem muita gente [pausa]... [risos].*

*Agora, com certeza, eu fui abandonado, [pausa] todos sabiam da minha situação e não vem me ver e nem saber como eu estou, significa pra mim que estou abandonado [face triste, cabeça baixa, olhos brilhantes e com lágrimas]... Fui abandonado [pausa por algum tempo].*

*Mas de certa forma, eu sou feliz aqui, já tive mais alegrias, mas eu sou feliz aqui, não só feliz como amparado.*