

LENILDE DIAS RAMALHO

**PAPEL EDUCATIVO DO ENFERMEIRO FRENTE À FAMÍLIA DO
IDOSO INSTITUCIONALIZADO: FATOR FUNDAMENTAL PARA A
CONTINUIDADE DO VÍNCULO FAMILIAR**

Orientador: Otávio Machado Lopes de Mendonça

**Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias
Instituto de Educação**

**LISBOA
2015**

LENILDE DIAS RAMALHO

**PAPEL EDUCATIVO DO ENFERMEIRO FRENTE À FAMÍLIA DO
IDOSO INSTITUCIONALIZADO: FATOR FUNDAMENTAL PARA A
CONTINUIDADE DO VÍNCULO FAMILIAR**

Dissertação apresentada para obtenção de Grau de Mestre em Ciências da Educação, no Curso de Mestrado em Ciências da Educação, conferido pela Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias.

Presidente: Prof Doutor António Teodoro

Vogal: Profª Doutora Ana Benavente

Arguente: Profª Doutora Maria de Lourdes Varandas

Orientador: Prof. Doutor Otávio Machado L. de Mendonça

Co-Orientador: Prof. Doutor Oscar de Sousa

**Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias
Instituto de Educação**

**LISBOA
2015**

DEDICATÓRIA

A um grande homem, sertanejo de muita bravura, poeta de pouco estudo, porém de muito saber. Incentivou incansavelmente sua família a uma formação profissional, oferecendo-lhe toda oportunidade possível. Dedico ao senhor, Manoel Ferreira Ramalho (in memoriam). Saudade eterna, meu pai!

AGRADECIMENTOS

À Deus pai, criador de todas as coisas do universo e da natureza que amo contemplar.

A minha mãe Carmina Dias Ramalho, espelho para eu enfrentar os desafios e romper barreiras com esplendor, garra e coragem de uma mulher guerreira.

Ao meu pai Manoel Ferreira Ramalho (in memoriam), que compreendeu sem preconceito ou discriminação, as minhas tomadas de decisão. Amo-te eternamente, pai!

Aos meus avós paternos e maternos (in memoriam), apesar da pouca convivência que tivemos, mas em suas histórias contadas em noites de lua cheia, despertou em mim, o amor ao próximo e às pessoas mais velhas de nossa família, sem esquecer-se de respeitar os limites individuais de cada ser humano.

Aos meus filhos, razão do meu viver, Mirella Vitória Ramalho Dias Alves, Murilo Valter Ramalho Dias Alves da Silva e, ao meu enteado Francisco Giordano Medeiros de Almeida que, nos momentos de aflição com o computador, pararam os seus afazeres e me ajudaram a reencontrar o caminho. Valeu meninos!

Ao meu marido Hermano José Falcone de Almeida pela dedicação do seu amor, carinho, apoio, auxílio nas minhas escolhas e torcida para o meu sucesso. Agradeço ainda, a compreensão das minhas ausências e a importância deste trabalho em minha vida.

Aos meus irmãos, tios, sobrinhos, primos e todos da minha família que estiveram sempre ao meu lado, me estimulando a nunca desistir dos meus objetivos.

Aos amigos que colaboraram de alguma forma para melhorar este trabalho. Em especial, a nossa entusiástica “classe econômica”. Adorei nossa convivência. Lembrar-me-ei com alegria e otimismo de nossas intensas gargalhadas.

Aos meus alunos por não permitir cessar em mim o desejo de continuar estudando e, assim, aprofundar as minhas leituras cada vez mais e mais.

A todas as pessoas da instituição onde foi realizado este estudo e que contribuíram direta ou indiretamente para esta conquista. Em especial, aos que participaram ativamente, pois confiaram em mim e dispuseram de seu valioso tempo para a concretude desta pesquisa, na esperança de contribuir para o bem estar e um futuro melhor ao idoso institucionalizado. Sem a participação de vocês nada disso teria existido. De coração, obrigada!

Aos meus mestres, todos, sem exceção, que me ajudaram descomplicando o que havia de mais complexo, sempre me instigando ir à busca de novos conhecimentos para alargar o meu saber.

Ao meu nobre orientador que me ajudou a construir este trabalho me incentivando com paciência e sabedoria. Caríssimo professor, você soube respeitar os momentos mais difíceis

que tive de enfrentar durante esta caminhada. Aqui, fica o meu mais profundo sentimento de respeito e gratidão. Muito obrigada, Prof. Dr. Otávio Machado L. de Mendonça!

Ao meu co-orientador, Prof. Dr. Oscar de Sousa, deixo os meus sinceros agradecimentos pelas incansáveis leituras e magnificência das sugestões.

Senectude precoce

*Envelheci. A cal da sepultura
Caiu por sobre a minha mocidade...
E eu que julgava em minha idealidade
Ver inda toda a geração futura!*

*Eu que julgava! Pois não é verdade?!
Hoje estou velho. Olha essa neve pura!
- Foi saudade? Foi dor? - Foi tanta agrura
Que eu nem sei se foi dor ou foi saudade!*

*Sei que durante toda a travessia
Da minha infância trágica, vivia,
Assim como uma casa abandonada.*

*Vinte e quatro anos em vinte e quatro horas...
Sei que na infância nunca tive auroras,
E afora disto, eu já nem sei mais nada!*

Augusto dos Anjos

RESUMO

O envelhecimento é uma realidade que nem sempre ocorre de maneira natural ou senescente (sem doença), onde a família muitas vezes encontra dificuldade em lidar com o processo senil (doença), culminando em um relacionamento desgastado e dispensável, onde a institucionalização apresenta-se como solução. A partir desta problemática, buscou-se analisar as contribuições educativas dos enfermeiros frente às famílias na prevenção do corte do vínculo com o idoso institucionalizado. Para atender os objetivos da pesquisa, entrevistou-se 06 profissionais de enfermagem e 06 idosos institucionalizados, além de seus familiares. Tratou-se de uma pesquisa de natureza descritiva com análise qualitativa, a qual consistiu em entender melhor o fenômeno e suas características. Os procedimentos utilizados foram entrevistas semiestruturadas e análise documental. O enquadramento teórico recebeu contribuições em Papaléo Netto (2006), Alcântara (2009), Freitas *et al* (2006) entre outros pesquisadores, corroborando na compreensão sobre os conceitos de envelhecimento (processo), velhice (fase da vida) e velho ou idoso (resultado final). O estudo apresenta contribuições pertinentes ao contexto educacional, no sentido de criar oportunidades disparadoras do pensar sobre os idosos não apenas para estudantes da área de saúde e da educação, mas para as famílias. O envelhecimento é real e pertence ao ciclo da vida sendo considerado como um processo contínuo e permanente. Evidenciou-se que a escassez de estruturas físicas, equipe multidisciplinar qualificada e a falta da efetiva participação familiar e da sociedade em relação aos cuidados à pessoa idosa são desafios para os profissionais que lidam com sujeitos nesta etapa da vida.

Palavras-Chave: Idosos. Instituição. Enfermeiros. Desafios. Família.

ABSTRACT

Aging is a reality that does not always occur naturally or senescent (without disease), where the family often finds difficulty in dealing with the senile process (disease), culminating in a worn and dispensable relationship, where the institutionalization is presented as the solution. From this problem, we sought to analyze the educational contributions of nurses facing families in preventing cutting of ties with the institutionalized elderly. To meet the objectives of the research were collected from 06 nurses and 06 institutionalized elderly, and their families. This was a descriptive research with a qualitative analysis, which was to better understand the phenomenon and its characteristics. The procedures used were semistructured interviews and documentary analysis. The theoretical framework received contributions Papaléo Netto (2006), Alcantara (2009), Freitas *et al* (2006) among other researchers, confirming the understanding of the concepts of aging (process), age (life stage) and old or older (final) result. The study provides pertinent contributions to the educational context, in order to create opportunities triggering think about the elderly not only for students of health and education, but for families. The aging is real and belongs to the life cycle is considered as a continuous and permanent process. It was evident that the lack of physical infrastructure, qualified multidisciplinary team and the lack of effective family participation and society in relation to care for the elderly are challenges for professionals who deal with subjects in this stage of life.

Keywords: Seniors. Institution. Nurses. Challenges. Family.

LISTA DE SIGLAS

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

AVD's – Atividades de Vida Diária

IBDFAM – Instituto Brasileiro de Direito de Família

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

ILPI's – Instituição de Longa Permanência para Idosos

IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

PAAMII - Protocolo de Avaliação Admissional Multidimensional do Idoso Institucionalizado

PNAD – Pesquisa Nacional por Amostragem e Desenvolvimento

SAE – Sistematização da Assistência de Enfermagem

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Mapa do Brasil.....	72
Figura 2 – Mapa do Estado da Paraíba.....	72

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela: 01- Teorias sobre o Envelhecimento Biológico.....	29
Tabela 02 - Modalidades de Instituições.....	51
Tabela 03 - Grau de dependência do idoso e recursos humanos para os cuidados aos residentes em ILPI.....	52
Tabela 04 - Principais responsabilidades das enfermeiras nas ILPI's.....	63
Tabela 05 - Medidas para auxiliar a família na admissão do familiar em uma ILPI.....	64
Tabela 06 - Caracterização dos profissionais de enfermagem sujeitos da pesquisa.....	78
Tabela 07 - Caracterização dos idosos institucionalizados sujeitos da pesquisa....	90
Tabela 08 - Caracterização dos familiares dos idosos institucionalizados sujeitos desta pesquisa.....	98

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO.....	14
CAPÍTULO 1 - ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	20
1.1 Revisitando conceitos.....	21
1.1.1 Educação.....	21
1.1.2 Educação em saúde.....	21
1.1.3 Geriatria e gerontologia.....	22
1.1.4 Idoso, velhice e envelhecimento humano.....	24
1.1.5 Famílias, estruturas e arranjos familiares.....	33
1.1.6 Vínculo familiar e suas contribuições ao idoso institucionalizado.....	42
1.2 Panorama nacional e internacional das políticas públicas voltadas aos idosos.....	44
1.3 Instituição de Longa Permanência para Idosos e resgate histórico acerca da institucionalização do idoso no Brasil.....	50
1.4 Rede de suporte social ao idoso.....	57
1.5 Papel educativo da equipe de enfermagem no processo de admissão da pessoa idosa na ILPI.....	60
CAPÍTULO 2 – PROBLEMÁTICA.....	66
2.1 Objeto de estudo.....	66
2.2 Pergunta de pesquisa.....	66
2.3 Objetivos.....	66
2.3.1 Objetivo geral.....	66
2.3.2 Objetivos específicos.....	66
CAPÍTULO 3 – METODOLOGIA.....	67
3.1 Universo da pesquisa ou população.....	68
3.2 Amostra ou sujeitos da pesquisa.....	69
3.3 Instrumentos e procedimentos de coleta de dados.....	70
3.4 Características gerais do município de João Pessoa – PB.....	71
3.5 Contextualizando a instituição campo de pesquisa.....	74
3.6 Procedimentos.....	75
CAPÍTULO 4 - DESCRIÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS COLETADOS NA	

PESQUISA.....	77
4.1 Descrição e análise dos dados da pesquisa com os profissionais de enfermagem.....	79
.....	
4.2 Descrição e análise dos dados da pesquisa com os idosos institucionalizados.....	89
.....	
4.3 Descrição e análise dos dados da pesquisa com a família do idoso institucionalizado.....	97
.....	
4.4 Descrição e análise dos dados da pesquisa de acordo com a análise documental.....	112
.....	
4.4.1 Análise do Protocolo de Avaliação Admissional Multidimensional do Idoso Institucionalizado – PAAMII.....	112
4.4.2 Descrição e análise da Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE.....	115
	120
CONCLUSÃO.....	
REFERÊNCIAS.....	129
APÊNDICES.....	I
ANEXOS.....	X

INTRODUÇÃO

A educação consiste em transmitir normas de comportamento técnico-científico (instrução) e moral (formação do caráter) que podem ser compartilhadas por todos os membros da sociedade.

Como tema que sempre preocupou os homens e as sociedades, a educação tem merecido as mais diversas definições. A educação consiste em dar ao corpo e à alma toda a perfeição de que são capazes e o desenvolvimento, no indivíduo, de toda a perfeição de que é capaz. É a ciência que tem por fim a formação do indivíduo por si mesmo, despertando nele a multiplicidade de interesses (FREIRE, 1979). Portanto, a educação tem por finalidade fazer do indivíduo um instrumento de felicidade para si mesmo e seus semelhantes. A educação consiste no conjunto dos esforços que tem por fim dar a um ser a posse completa e o bom uso de suas diversas faculdades (PINTO, 1982).

Lancemos agora um olhar sobre a educação em saúde, que é uma importante estratégia no processo de formação de comportamentos e visa à promoção de saúde. Quanto ao processo de educação em saúde se constitui um conjunto de saberes e práticas orientadas para a prevenção de doenças e promoção da saúde. Contudo, as ciências da saúde se preocupam com o bem-estar do indivíduo, que deveria ser visto em sua totalidade, embora cada área tenha sua própria especificidade. Destarte, surge então a importância da inter-relação entre as diversas áreas mediante o trabalho interdisciplinar.

Sendo assim, compreendemos que a educação em saúde não é de competência exclusiva de uma única categoria profissional; ela deve contar com uma participação multiprofissional, ou seja, é tarefa de toda a equipe na unidade de saúde.

Consideramos que uma educação para a saúde eficaz serve como base sólida para o bem-estar do indivíduo e da comunidade. O ensino é um instrumento integrador que todas as enfermeiras usam para prestar assistência aos pacientes e famílias para desenvolverem comportamentos de saúde eficazes e alterarem padrões de estilo de vida que predisõem as pessoas aos riscos de saúde. A ausência de informação incapacita e/ou dificulta a tomada de decisão. Daí, a importância da abordagem da Educação para a Saúde frente à família do idoso institucionalizado visando a transformações que permitam dar maior dignidade e respeitabilidade à velhice.

Nessa perspectiva, a enfermeira como professora, é desafiada não só a fornecer educação específica para o paciente e família, como também a enfocar as necessidades

educativas da sociedade. Sabemos, pois, que a educação para saúde é uma função independente da prática de enfermagem e a principal responsabilidade desta profissão. Por isso o enfermeiro tem a responsabilidade de apresentar informações para motivar a pessoa quanto à necessidade de aprender, tendo em vista que a mesma tem o direito de decidir se aprende ou não.

Portanto, sem conhecimento e treinamento adequados em habilidades de autocuidado, os usuários não podem tomar decisões eficazes relativas à saúde. Dessa forma, o enfermeiro precisa aproveitar as oportunidades tanto dentro quanto fora dos locais de cuidados de saúde (domicílios, hospitais, centros de saúde comunitária, locais de trabalho, organizações de serviço, abrigos, grupos de apoio, entre outros) para facilitar o bem-estar. Para entender melhor, um dos maiores grupos de pessoas que requerem educação para a saúde é aquele com doenças crônicas, pois à medida que aumenta a longevidade da população, aumenta também o número de pessoas portadoras dessas doenças. Neste sentido, uma das metas do enfermeiro é encorajar as pessoas a aderirem ao esquema terapêutico que requer uma ou mais mudanças no estilo de vida para realizar atividades específicas que promovam e mantenham a saúde.

Em todo caso, a perda da autonomia e a dependência dos idosos levam-no, necessariamente, à institucionalização, porém o apoio do familiar bem esclarecido em relação às alterações durante o processo de envelhecimento influencia a permanência dos mesmos em seu domicílio. Portanto, dizemos que a enfermagem deve transcender além dos conhecimentos técnico-científicos através de orientações educativas a fim de apoiar os familiares quanto ao enfrentamento dessa fase tão complexa e subjetiva para o idoso, sem deixar espaço para qualquer dúvida.

Devido a essa complexidade fisiológica, emocional e social, torna-se difícil compreender a velhice, delinear seu início e mesmo conceituá-la. Desta maneira, esta etapa de vida, deve ser pensada de forma coletiva para poder ser planejada e atender às necessidades sociais, que são também individuais.

O tema abordado neste estudo desperta meu interesse a partir da minha trajetória acadêmica, ao cursar a disciplina de enfermagem em geriatria e gerontologia. O que instigou sobre o assunto com maior ênfase foi por trabalhar na área desde o ano de 2005, como professora da disciplina saúde do idoso e supervisora de estágio prático em enfermagem em gerontologia, sendo este, realizado em Instituições de Longa Permanência para Idosos – ILPI's. Assim sendo, pude observar em muitos casos de institucionalização, a ocorrência do desconhecimento ou ignorância total por parte dos familiares a respeito de alterações

ocorridas no processo de envelhecimento, fonte geradora de conflitos. Desta forma, torna estes familiares impotentes em relação ao enfrentamento desse processo, que, todavia dificulta, pois, a permanência do idoso em seu domicílio ou até mesmo provoca distanciamento físico e emocional de sua família.

Diante do exposto, como ensinar a enfrentar o problema é um dos principais aspectos do papel do enfermeiro, e, para a realização deste estudo, a pesquisadora desenvolveu uma pesquisa descritiva de caráter qualitativo. Os sujeitos dessa pesquisa foram a família de idosos institucionalizados, idosos institucionalizados e profissionais de enfermagem que trabalhavam diretamente com a família e os moradores da referida instituição. Como instrumento, fizemos uso da aplicação de uma entrevista semiestruturada com a finalidade de colher informações que contemplassem os objetivos dessa pesquisa. Os dados foram analisados à luz da literatura pertinente à temática em questão e através da análise de conteúdo de Bardin. Outro procedimento que foi utilizado compreende a análise documental os quais foram coletados através dos prontuários dos residentes, por intermédio de registros, neste caso específico, registros da equipe de saúde da ILPI.

Essa pesquisa procurou contribuir com informações sobre o entendimento do processo de envelhecimento e toda sua complexidade. Assim sendo, através deste estudo os pesquisadores tiveram a intenção de que servisse de subsídio aos membros das famílias dos idosos institucionalizados, no sentido de que, essa transição fosse encarada com responsabilidade e respeito aos limites de cada um. Esperaram ainda que, os familiares pudessem analisar melhor e refletir sobre suas atitudes diante de seus parentes idosos e não focar apenas os aspectos negativos dessa etapa de vida, pois deve ser lembrado e valorizado também a difícil tarefa de enfrentamento da velhice e da conquista de experiências vividas.

Ao mesmo tempo a pesquisadora almejou que esta pesquisa servisse para sensibilizar aos que trabalham direta ou indiretamente com os idosos institucionalizados e que estas pessoas pudessem entender a importância em desempenhar um trabalho mais complacente, tolerante e humanizado junto aos moradores da ILPI. Quanto aos idosos residentes, que eles pudessem ser beneficiados da atenção e carinho a eles dispensados e com isso melhorasse o relacionamento interpessoal e respeito mútuo, no ambiente institucional. Além disso, entende-se ainda que, a comunidade local que tiver acesso a esse estudo, também pode ser contemplada no sentido de não estigmatizar o idoso por estar nesta condição de moradia, tão pouco discriminá-lo ou emitir qualquer juízo de valor sobre o familiar que levou um parente a morar em uma ILPI.

Destarte, esse estudo não teve como prioridade os idosos saírem da instituição para morar com sua família, porém que esta se tornasse mais presente no ambiente institucional e que pudesse fortalecer o vínculo familiar com aqueles.

No primeiro capítulo foram revisitados os conceitos de educação, educação em saúde, geriatria e gerontologia; foram levantadas também algumas considerações sobre idoso, velhice, e envelhecimento humano enfocando suas alterações; resgataram ainda, conceitos sobre família, estruturas e arranjos familiares, com embasamento histórico, sociológico e jurídico. No segundo tópico, foi levantado um panorama nacional e internacional das políticas públicas voltadas aos idosos. Em um terceiro tópico da pesquisa foi abordado a Instituição de Longa Permanência para Idosos – ILPI's e resgate histórico da institucionalização do idoso no Brasil. No quarto tópico da pesquisa, abordaram sobre a relevância da rede de suporte social pertinente à temática em questão. Num quinto tópico, encerrando este primeiro momento, procuraram descrever o papel educativo do enfermeiro junto ao familiar do idoso no enfrentamento do processo da institucionalização, com a preocupação em dar continuidade ao vínculo familiar existente. Terminando o primeiro capítulo desta pesquisa, seguimos detalhando o problema e levantando os questionamentos do estudo.

Iniciamos o segundo capítulo desta pesquisa abordando a problemática, especificando o objeto de estudo; pergunta de pesquisa; objetivos: geral e específicos. No terceiro capítulo desenvolvemos a descrição da metodologia, universo e sujeitos da pesquisa; instrumentos e procedimentos de coleta de dados; caracterizamos a cidade onde foi desenvolvido o estudo e contextualizamos a instituição campo de pesquisa. No quarto capítulo, detalhamos os procedimentos, em seguida no quinto capítulo foram realizadas as descrições e análise dos dados coletados na pesquisa, logo depois partimos para a conclusão emitindo nossas considerações a cerca deste estudo, onde enfatizamos que esta conjuntura analisada pode sofrer variações no tempo e no espaço; além das mudanças que são permanentes na estrutura familiar, refletindo no vínculo com o idoso e suas demandas diárias.

Problema

A longevidade da população é um fenômeno mundial com inúmeras repercussões nos campos social e econômico. No Brasil, estima-se que a população idosa poderá alcançar 34 milhões de pessoas até o ano 2025, o que representará, aproximadamente, 13% da população. Essas alterações na estrutura etária da população brasileira vêm ocorrendo nas últimas décadas em decorrência do declínio acentuado e sistemático da fecundidade (IBGE, 2010).

Em resposta ao evidente envelhecimento populacional e a necessidade de se discutir ações integradas de promoção à saúde desta população tiveram como marco histórico, a I Assembleia Mundial sobre Envelhecimento da Organização das Nações Unidas (ONU), em Viena, no ano de 1982, onde foram aprofundados conceitos como o de saúde, estabelecido em 1948, pela Organização Mundial de Saúde (OMS), como sendo o completo bem-estar físico, psíquico e social de um indivíduo e não somente a ausência de doenças. Nessa ocasião elegeu-se a qualidade de vida como algo tão importante quanto à longevidade, devendo ser fomentada pelos governos, famílias, sociedade e idosos. Esta importante assembleia influenciou, de sobremaneira, o desdobramento das políticas de saúde para idosos no Brasil (MOTTA, 2005).

Assim, no Brasil, essa realidade vem mudando, embora de forma lenta, através de políticas públicas como a Política Nacional de Saúde do Idoso, o Programa de Saúde do Idoso e o próprio Estatuto do Idoso, com propostas inovadoras como as universidades abertas da terceira idade, centros de convivência, grupos de atividades físicas e artísticas, suportes sociais como os centros-dia e casas-lares, com o objetivo principal de fortalecer o papel do idoso no que diz respeito à sua identidade, autonomia e cidadania (BRASIL, 1994; 2003).

Em relação ao asilamento, existem ainda documentos mais específicos como a Portaria nº 810/GM, de 22 de setembro de 1989, do Ministério da Saúde, que define Normas de Funcionamento de Casas de Repouso, Clínicas Geriátricas e outras instituições destinadas ao atendimento do idoso (BRASIL, 1989); um Manual de Instituições de Longa Permanência criado pela Associação Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG, 2003) e os capítulos VIII e IX do Título II do Estatuto do Idoso, onde, este, assegura moradia digna no seio da família natural ou substituta; ou desacompanhado de seus familiares, quando assim o desejar, ou, ainda, em instituição pública ou privada, e, aquele assegura a assistência social aos idosos, através dos princípios e diretrizes previstos na Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), na Política Nacional do Idoso (PNI), no Sistema Único de Saúde (SUS) e demais normas pertinentes (BRASIL, 2003).

Este estudo, portanto, parte da premissa de que o idoso institucionalizado, segundo Figueiredo e Tonini (2009), nem sempre tem sido valorizado de forma a atender aos aspectos sociais e psicológicos, na perspectiva da vinculação familiar, o que tem contribuído, muitas vezes, para reforçar uma visão negativa das ILPS's. Corroborando, Cortelletti *et al* (2004), em seus estudos, afirmam que esses espaços se limitam apenas em fornecer condições objetivas para a sobrevivência, mas como sinônimo de abandono, evidenciando a influência da visão estigmatizada que esta instituição desperta na sociedade.

Por isso, ao refletir o que dizem Figueiredo e Tonini (2009) entendemos que com certeza este trabalho trará contribuições pertinentes ao contexto educacional, no sentido de criar oportunidades de pensar e cuidar dos idosos não só para estudantes da área de saúde, mas para a família, os cuidandos e a comunidade que, em sua maioria, sofrem e têm dúvidas em relação ao cuidado dos idosos, sobretudo quando estão doentes. Assim sendo, é preciso entender que, apesar de todos os esforços, o envelhecimento é real e não há meios que o evitem, tendo em vista o ciclo da vida como um processo contínuo e permanente de envelhecer. Contudo, buscamos com isso ampliar a discussão e a relevância da família em saber lidar com o idoso, especialmente com os portadores de senilidade (doença), tornando a relação intrafamiliar, senão afetuosa, pelo menos digna.

Diante do exposto é possível afirmar que o envelhecimento é uma realidade que, nem sempre ocorre de maneira natural ou senescente (sem doença), onde o familiar muitas vezes encontra dificuldade em lidar com o processo senil (doença) e a administração de múltiplos medicamentos, culminando em um relacionamento desgastado e dispensável. Desta forma, segundo pesquisas pertinentes, a demanda de idosos à institucionalização é um fato que vem aumentando consideravelmente em nosso país (CORTELLETTI *et al*, 2004).

Nesse sentido, como enfermeira, sentimos a necessidade da elucidação das seguintes reflexões: Quais as expectativas da família do idoso em relação à institucionalização? Que impacto a institucionalização causa aos familiares dos idosos? Como a família expressa sua afeição ao idoso institucionalizado? A família compartilha os eventos diários com o idoso institucionalizado ou tem contato apenas nos feriados? A institucionalização é sempre negativa ao vínculo familiar, ou tem seus aspectos positivos e construtivos? Que contribuições em sua prática profissional o enfermeiro, como educador, poderá desenvolver, junto ao familiar, em prol do bem estar do idoso institucionalizado?

Nessa perspectiva, essas questões nortearam nosso estudo com a finalidade de desmistificar a institucionalização do idoso junto à população de uma maneira geral e

contribuir para a melhoria do relacionamento interpessoal deste, para com os funcionários da instituição; favorecer o bem-estar entre seus pares no meio intra e extrainstitucional, bem como, subsidiar a continuidade do vínculo familiar; estimular pesquisas e transmitir conhecimentos sobre o fenômeno do envelhecimento.

CAPÍTULO 1 - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A compaixão é um sentimento natural que, ao moderar a violência do amor pelo próprio ego em cada indivíduo, contribui para a preservação de toda a espécie. É ela que nos impele a consolar imediatamente aqueles que estão sofrendo sem que tenhamos pensado sobre isso antes.

Jean-Jacques Rousseau

Este trabalho que hora empreendo, traz em seu contexto, contribuições de alguns conceitos relevantes em educação; educação em saúde; geriatria e gerontologia; onde, foi realizada distinção entre idoso, velhice e envelhecimento, com relevo para as importantes alterações ocorridas nesse processo da vida humana; deu-se destaque também ao quesito família e suas estruturas com realce aos novos arranjos familiares, constituídos principalmente, a partir de uma nova realidade feminina através da entrada da mulher no mercado de trabalho e desempenho de diversos papéis nos âmbitos intra e extrafamiliar.

Fomentou-se ainda sobre políticas públicas voltadas à pessoa idosa e uma breve trajetória quanto à rede de suporte social. Além disso, evidenciou-se a Instituição de Longa Permanência para Idosos – ILPI, com um resgate histórico da institucionalização do idoso no Brasil. E para concluir esse capítulo, na perspectiva da prevenção do corte do vínculo familiar com o idoso institucionalizado, foram abordadas às contribuições do papel educativo do enfermeiro junto à família, acerca do processo do envelhecimento com enfoque na velhice, última etapa do ciclo vital.

Para isso, recorreu-se a pesquisadores da educação, geriatria, gerontologia e família. Contou-se ainda com as diversas áreas de conhecimento como a Sociologia, Biologia, História, entre outras, bem como a área Jurídica que embasaram este estudo e ajudaram a alavancar de forma relevante a temática abordada.

Em fim, para a construção desse capítulo recorreremos a um estudo de cunho bibliográfico à luz da literatura pertinente ao tema proposto, de acordo com o objetivo, e, a fim de responder as questões norteadoras dessa pesquisa.

1.1 Revisitando conceitos

1.1.1 Educação

Educação [do latim *educatio*] – 1. Ato ou efeito de educar-se, ou seja, de alterar hábitos e atitudes, a partir dos conhecimentos e aptidões adquiridos. 2. Conjunto de processos e métodos que orientam o desenvolvimento natural, progressivo e sistemático de todas as forças do educando, desenvolvimento esse subordinado a um ideal de perfeição (HOUAISS, 1981).

Para Ceccim (1998), *educare*, como termo latino, designa educação e provém de: *e* ou *ex*, que significa de dentro de, para fora, e *ducere*, que significa tirar, levar. Etimologicamente, portanto, a educação é entendida como o processo de tirar de dentro de uma pessoa algo que já está dentro dela, ou levar para fora da pessoa àquilo que está presente nela mesma.

Outra concepção versa que a “educação é uma resposta da finitude da infinitude”. Portanto, implica uma busca realizada por um sujeito que é o homem. O homem deve ser o sujeito de sua própria educação. Não pode ser o objeto dela. Por isso, ninguém educa ninguém (DURKHEIM, 1974).

Corroborando o exposto acima, Freire (1979) afirma que a educação deve causar condições para uma verdadeira participação que retrate homens que correspondam à sua posição inserida em um debate democrático, sendo flexíveis, inquietos, incomodados que vertam para a tendência constante de mudanças de atitude.

Portanto a educação, segundo Pinto (1982) deve ser entendida como uma relação em que os sujeitos do processo (técnicos e população) buscam compreender a realidade que querem transformar, produzindo assim um novo saber. Este aspecto tem como primeira consequência a constituição interdisciplinar. Tanto no seu relacionamento com seus colegas de trabalho, quanto na prestação de serviços à população, os técnicos precisam se organizar para desenvolverem a ação educativa. Isso significa dizer que, pela educação, o homem será capaz de manejar a realidade com maior facilidade para controlá-la e dirigir seus esforços no sentido de obter êxito e possibilita moldar o comportamento dos indivíduos de tal modo que o curso das coisas se redirecione para uma ordem coerente com o bem coletivo.

1.1.2 Educação em saúde

O termo Educação em Saúde é uma evolução moderna e atualizada do que com autenticidade era a Educação Sanitária. Essa não pode ser conceituada com uma simples Educação em Saúde. Foram experimentadas distintas mudanças nos últimos anos, ampliando e outorgando novos significados aos seus conceitos e práticas.

De acordo com Buss (2002), a Educação em Saúde objetiva a melhoria da autoestima, a diminuição da alienação, incrementando os conhecimentos, de modo a abrir o campo de possibilidades de escolhas do ser humano, deixando-o livre para decidir sobre seus comportamentos. Desse modo busca-se aprimorar as opções disponíveis, para que a população exerça maior controle sobre a sua própria saúde e sobre o meio-ambiente e para que opte por tudo aquilo que proporcione saúde.

Segundo Pereira (*apud* Figueiredo, 2005), Educação em Saúde pressupõe uma combinação de oportunidades que favoreçam a promoção e a manutenção da saúde. Sendo assim, não podemos entendê-la somente como a transmissão de conteúdos, comportamentos e hábitos de higiene do corpo e do ambiente, mas também como a adoção de práticas educativas que busquem a autonomia dos sujeitos na condução da vida. Educação em saúde nada mais é do que o exercício de construção da cidadania.

De acordo com Valla & Stots (1993, p.21), “as práticas educativas devem possibilitar aos indivíduos, sujeitos sociais, históricos e culturais do ato de conhecer, a aquisição de habilidades para a tomada de decisões” na busca de uma melhor qualidade de vida. É dentro dessas concepções de educação, saúde e educação em saúde que acreditamos caber ao profissional de saúde (aí incluído o profissional de enfermagem) o papel de defensor-facilitador.

Para isso fez-se necessário à educação permanente em saúde que surgiu como uma importante estratégia para a transformação das práticas e da organização dos serviços de saúde que deveriam ser construídas, prioritariamente, com base nos problemas que acontecem no dia a dia do trabalho para, desta forma, propor um plano de ações relevantes e de qualidade. A educação permanente em saúde é aprendizagem no trabalho, onde o aprender e ensinar são incorporados ao cotidiano das organizações e do trabalho (BRASIL, 2005).

1.1.3 Geriatria e gerontologia

De acordo com Fernandes (2008), foi no início do século XX que o estudo sobre o envelhecimento tornou-se importante e necessário, em função do número crescente de idosos no mundo. Em 1903, Elie Metchnikoff, um médico russo radicado nos Estados Unidos criou o

termo gerontologia (Gero: velhice; logia: estudo) para definir a nova especialidade que iria se dedicar ao estudo do envelhecimento humano em todos os seus aspectos biopsicossociais, culturais e espirituais. Naquela época, essa ciência dedicava-se exclusivamente ao envelhecimento humano. Atualmente dedica-se ao estudo do envelhecimento de todas as coisas vivas e não só do envelhecimento humano. Seis anos depois, em 1909, o médico austríaco Ignaz Nascher, também radicado nos Estados Unidos, criou o termo geriatria para definir a nova ciência médica que se preocuparia em tratar as doenças dos idosos, sendo considerado o “Pai da Geriatria”. Em 1924 publicou o livro *Geriatrics: the diseases of old age and their treatment, including physiological old age* (Geriatria: as doenças do envelhecimento e seu tratamento, incluindo o envelhecimento fisiológico/natural).

Segundo Freitas *et al* (2006, p.7), a “gerontologia é considerada a Ciência do envelhecimento” e tem sob si a responsabilidade de ser o centro do qual emanam suas ramificações – gerontologia social (aborda as relações não orgânicos e compreende os aspectos antropológicos, psicológicos, legais, sociais, ambientais econômicos, éticos e políticas de saúde) – gerontologia biomédica e geriatria (que, em conjunto, atuam sobre os múltiplos aspectos do fenômeno do envelhecimento e suas consequências e se atêm aos aspectos orgânicos, são subdivididas de acordo com as especialidades que as compõem).

No entendimento dos mesmos, a geriatria tem sob seus domínios os aspectos curativos e preventivos da atenção à saúde e, para realizar este mister tem uma relação estreita com disciplinas da área médica, como a neurologia, cardiologia, psiquiatria, pneumologia, entre outras, que deram à criação de subespecialidades, como a neurogeriatria, psicogeriatria, cardiogeriatria, neuropsicogeriatria etc. Além disso, mantém íntima conexão com disciplinas não pertencentes ao currículo não médico, embora a este profundamente relacionadas, como nutrição, enfermagem, fisioterapia, terapia ocupacional, psicologia, fonoaudiologia, odontologia e assistência social. Já a gerontologia biomédica tem como eixo principal o estudo do fenômeno do envelhecimento, do ponto de vista molecular e celular (biogerontologia), enveredando pelos caminhos de estudos populacionais e de prevenção de doenças associadas.

Segundo Abreu *et al.* (2009), atualmente convencionou-se que Geriatria seria a área de responsabilidade médica, e Gerontologia a área de responsabilidade dos outros profissionais da saúde considerados não médicos.

Modernamente, a geriatria admite uma nova definição: é a ciência que visa ao prolongamento da vida com saúde e com qualidade de vida. E com essa nova definição fica

claro que geriatria não é especialidade que trata apenas das doenças dos idosos ou dos idosos doentes e que começa a sua atuação a partir dos 60 anos. Muito pelo contrário, pois, essa especialidade inicia suas intervenções em fases bem anteriores à idade dos 60 anos, de preferência na infância que, pode, primeiramente, parecer bem estranho, que os geriatras também atendam crianças, adolescentes e adultos jovens, mas, se lembrarmos que a arteriosclerose, que é o substrato das doenças que mais matam e invalidam os idosos nesse País, começa na infância, fica plenamente justificado (FERNANDES, 2008).

1.1.4 Idoso, velhice e envelhecimento humano

Esforços para entender e combater o envelhecimento e assim entender a vida humana tem pelo menos 5.500 anos. Há milhares de anos, estudiosos, médicos, teólogos, filósofos e supostos especialistas têm escrito sobre temas relativos à vida, ao envelhecimento e muitos até recomendaram seus elixires para retardar este processo (FERNANDES, 2008).

Para Freitas *et al* (2006, p.9), “o envelhecimento (processo), a velhice (fase da vida) e o velho ou idoso (resultado final) constituem um conjunto, cujos componentes estão intimamente relacionados”.

Segundo Papaléo Netto (2006), o envelhecimento é um processo dinâmico e progressivo, com modificações morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas que determinam perda da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente ocasionando maior vulnerabilidade e maior incidência de processos patológicos que determinam por levá-lo à morte.

Em face da mudança na estrutura demográfica brasileira decorrente, em parte, do aumento da expectativa de vida, aos indivíduos mais velhos da sociedade estão sendo atribuídos novos papéis sociais. Tais mudanças levam, inevitavelmente, à discussão sobre o conceito de idoso. Da mesma forma, impõe-se o questionamento dos critérios estabelecidos socialmente para determinar a partir de quando um indivíduo passa a ser incluído na categoria de idoso. Para efeito legal, idoso é a denominação oficial de todos os indivíduos que tenham sessenta anos de idade ou mais. Esse é o critério adotado para fins de censo demográfico, utilizado também pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pelas políticas sociais que focalizam o envelhecimento. Como exemplo, cita-se a Política Nacional do Idoso (PNI). Uma população é considerada envelhecida quando a proporção de idosos atinge o índice entre 10-12% do total dessa população com tendência ao aumento desse índice percentual (RODRIGUES E SOARES, 2006).

Nesse sentido, Freitas *et al* (2006) considera o envelhecimento populacional um fenômeno mundial incontestável que ocorre tanto em países desenvolvidos como nos países em desenvolvimento, nos quais as estimativas de taxas de crescimento são de até 300%. Dentre os mais populosos, o Brasil apresenta um dos mais agudos processos de envelhecimento populacional. Haja vista, dados do IBGE demonstraram que a população idosa brasileira cresce em velocidade três vezes mais rápida que a população adulta. Tal mudança na composição populacional já começa a provocar consequências sociais, culturais e epidemiológicas.

Para o autor supracitado, o processo de envelhecimento faz parte de um contínuo que se inicia com a concepção e só termina com a morte. Fica-se mais velho a cada dia, continuamente, até o fim da vida. Contudo, como é necessário estabelecer limites cronológicos para estudo e planejamentos administrativos, a Organização Mundial de Saúde – OMS (...), considera idoso todo indivíduo com 65 anos ou mais. De acordo com a Lei Federal nº 8.842 de 24 de janeiro de 1994, no Brasil, do ponto de vista legal, idoso é toda pessoa com mais de 60 anos de idade (BRASIL, 1994).

Neri (2005, p.114) denomina de “idoso jovem a pessoa de 60 a 74 anos; idoso velho de 74 a 85 anos e idoso muito velho de 85 e mais anos”. A autora também chama de velhice inicial, velhice e velhice avançada, respectivamente.

Para autores como Figueiredo e Tonini (2009, p.32), o conceito mais utilizado institucional e politicamente para conceituar o envelhecimento é “o critério cronológico, em que o limite de idade entre o indivíduo adulto e o idoso é de 60 anos (Lei n. 10.741, de 1º de outubro de 2003, Estatuto do Idoso)”. Porém, em alguns aspectos, principalmente relacionados à aquisição de direitos, como as gratuidades em cinemas, transporte e outros, o limite é de 65 anos.

No entanto Freitas *et al* (2006) abordam a questão das diversas idades apresentadas pelo ser humano como a cronológica, biológica, psicológica e social. Em relação à idade cronológica está em concordância com os autores acima citados. Porém, a respeito da idade biológica fica difícil defini-la, pois segundo Neri (2005, p.14) “gênero, classe social, saúde, educação, fatores de personalidade, história passada e contexto socioeconômico são importantes elementos que se mesclam com a idade cronológica para determinar as diferenças entre idosos de 60 à 100 anos ou mais”. Já a idade psicológica refere-se à relação que existe entre a idade cronológica e as capacidades, tais como percepção, aprendizagem e memória as quais prenunciam o potencial de funcionamento futuro do indivíduo. Enquanto

que a idade social tem relação com a capacidade de adequação de um indivíduo ao desempenho de papéis e comportamentos esperados para as pessoas de sua idade, num dado momento da história de cada sociedade (FREITAS *et al*, 2006, p. 9).

Ainda nesse contexto, Philippe Ariè, em sua obra *História Social da Criança e da Família*, escrita em 1960, relata que, as idades da vida eram também uma das formas comuns de conceber a biologia humana, em relação com as correspondências secretas internaturais. Essa noção, destinada a se tornar tão popular, certamente não remontava às belas épocas da ciência antiga. Pertencia às especulações dramáticas do Império Bizantino, ao século VI. Onde, as idades correspondiam aos planetas, em número de 7. Para o mesmo:

[...] A primeira idade é a infância que planta os dentes, e nessa idade aquilo que nasce é chamado de enfant (criança), que quer dizer não falante, pois nessa idade a pessoa não pode falar bem nem formar perfeitamente suas palavras... Após a infância vem a segunda idade... chama-se puertia e é assim chamada porque nessa idade a pessoa é ainda como a menina dos olhos, e, dura até os 14 anos. Depois segue-se a terceira idade, que é chamada de adolescência, que termina no vigésimo primeiro ano, ou até os 28... e pode estender-se até 30 ou 35 anos. Essa idade é chamada de adolescência porque a pessoa é bastante grande para procriar. [...] Depois segue-se a juventude, que está no meio das idades, embora a pessoa aí esteja na plenitude de suas forças, e essa idade dura até 45 anos, ou até 50. Essa idade é chamada de juventude devido à força que está na pessoa, para ajudar a si mesma e aos outros. Depois segue-se a senectude, que está no meio caminho entre a juventude e a velhice, a pessoa nessa idade é grave nos costumes e nas maneiras.[...] Após essa idade segue-se a velhice, que dura até 70 anos, ou não tem fim até a morte. A velhice... é assim chamada porque as pessoas velhas já não têm os sentidos tão bons como já tiveram, e caducam em sua velhice... A última parte da velhice é chamada de *senis* em latim... O velho está sempre tossindo, escarrando e sujando, até voltar a cinza da qual foi tirado (ARIÈ, 1986, p. 35-7).

Ainda em Ariè (1986, p.38), em torno de 1265, Philippe de Novare já falava nos “III *temz d’aage d’ome*, ou seja quatro períodos de vinte anos. E essas especulações continuaram a se repetir nos textos até o século XVI”.

O autor supracitado nos adverte dizendo:

É preciso ter em mente que toda essa terminologia que hoje nos parece tão oca trazia noções que na época eram científicas, e correspondia também a um sentimento popular e comum da vida. Aqui também esbarramos em grandes dificuldades de interpretação, pois hoje em dia não possuímos mais esse sentimento da vida: consideramos a vida como um fenômeno biológico, como uma situação na sociedade, sim, mas não mais que isso. Entretanto dizemos “é a vida” para exprimir ao mesmo tempo resignação e nossa convicção de que existe, fora do biológico e do sociológico, alguma coisa que não tem nome, mas que nos comove, ... Para o homem de outrora, ao contrário, a vida era a continuidade inevitável, cíclica, às vezes humorística ou melancólica das idades, uma continuidade inscrita na ordem geral e abstrata das coisas, mais do que na experiência real, pois poucos homens tinham o privilégio de percorrer todas essas idades naquelas épocas de grande mortalidade (ARIÈ, 1986, p.38).

Nessa sequência, no entendimento de Freitas *et al.* (2006), apesar de ser o envelhecimento um fenômeno comum a todos os seres vivos animais, surpreende o fato de que ainda hoje persistam tantos pontos obscuros quanto a dinâmica e a natureza desse processo. Os mesmos, consideram como a maioria dos biogerontologistas que o envelhecimento é como a fase de todo um *continuum* que é a vida, começando esta com a concepção e terminando com a morte. Ao longo desse *continuum* é possível observar fases de desenvolvimento, puberdade e maturidade, entre as quais podem ser identificados marcadores biofisiológicos que representam limites de transição entre as mesmas. O exemplo é a menarca como marcador do início da puberdade na mulher. Ao contrário do que acontece com as outras fases, o envelhecimento não possui um marcador biofisiológico. De qualquer forma, a demarcação entre maturidade e envelhecimento, a qual este período aparentemente segue, é arbitrariamente fixada, mais por fatores socioeconômicos e legais do que biológicos.

Já para Abreu *et al.* (2009), o processo de envelhecimento pode ser: “normal” ou fisiológico (senescente) e “doente” ou patológico (senilidade). No primeiro caso, o indivíduo passa por processos biológicos, no qual os diversos órgãos e sistemas do corpo vão diminuindo suas reservas. Para o mesmo, provavelmente essas transformações sofrem influência do ambiente físico e social.

Segundo o autor supracitado, o envelhecimento fisiológico é dividido em envelhecimento usual, no qual o indivíduo apresenta prejuízos significativos, mas não qualificado como doente; e o envelhecimento bem-sucedido, em que se tem perda fisiológica mínima, com preservação de função do indivíduo em uma vida avançada (o processo do envelhecimento é “puro”, isento de danos causados por hábitos de vida inadequados, ambientes inapropriados e doenças). Portanto, no envelhecimento patológico ou senilidade, têm-se alterações resultantes de agressões e doenças que ocorrem durante a vida (por exemplo, as varizes, a obesidade e vícios posturais como ficar muito tempo em pé). Ainda é o que predomina (ABREU *et al.*, 2009).

De acordo com Cortelletti *et al* (2004), dados provenientes de censos nacionais e internacionais expressam o acelerado processo de envelhecimento da população mundial. Até nos países em desenvolvimento, como no Brasil, diversos avanços científicos e tecnológicos, adoção de um modo de vida mais saudável, atitudes preventivas em relação às doenças, melhores condições de higiene e outros fatores associados tiveram como resultado um considerável aumento na expectativa de vida e no consequente crescimento da população idosa.

Nesse sentido, Roach (2006) nos ajuda a compreender o envelhecimento como sendo um processo composto por três características básicas, que são: o envelhecimento universal, onde todas as pessoas envelhecem, exceto quando a morte chega à juventude; o envelhecimento progressivo, mas nem todas as pessoas, necessariamente, mostram sinais de envelhecimento compatíveis com a idade cronológica e por último o processo de envelhecimento afetado por fatores extrínsecos, que se originam fora do corpo e afetam o envelhecimento. Essas três características básicas interagem para determinar o processo de envelhecimento de cada indivíduo.

O referido autor segue afirmando que as características do fenômeno do envelhecimento nos mecanismos de regulação homeostáticos do ancião são na resposta orgânica, determinando menor capacidade de adaptação, tornando o idoso mais vulnerável a quaisquer estímulos, seja traumático, infeccioso ou, até mesmo, psicológico.

Entretanto, Palloni e Pelaz (2003) não nos deixa esquecer que o processo de envelhecimento, em países desenvolvidos ocorre de forma gradual, acompanhado de melhorias na cobertura do sistema de saúde, nas condições de habitação, saneamento básico, trabalho e alimentação. Já no Brasil ocorre rapidamente num contexto de desigualdades sociais, economia frágil, crescentes níveis de pobreza, com precário acesso aos serviços de saúde e recursos financeiros, sem as modificações estruturais que respondem às demandas do novo grupo etário emergente.

Durante muito tempo, segundo Neri (2005), o envelhecimento erroneamente foi caracterizado como um estado patológico, sinônimo de doença, e as alterações fisiológicas deste processo natural foram comparadas a senilidade. Atualmente, o “envelhecer” não é visto como algo que se dá a partir dos 60 anos, idade estabelecida para o ingresso na terceira idade em países em desenvolvimento, ele é um gradativo processo ocorrido durante toda a vida.

Dessa forma, no entendimento de Neri (2005), o envelhecimento, enquanto processo, concerne a todos, em qualquer idade. Naturalmente, causa implicações no cotidiano das pessoas, mas sabe-se que envelhecer não é doença e sim uma mudança de vida na qual ocorre uma deterioração das habilidades com limitações físicas e comportamentais. Apesar de ser um fenômeno comum a todos os seres vivos e animais, surpreende o fato de que ainda hoje persistam tantos pontos obscuros quanto à dinâmica e à natureza desse processo. Nesse sentido, a autora conclui afirmando que, ao contrário do que acontece com outras fases, o envelhecimento não possui um marcador biofisiológico de início.

Já para Papaléo Netto (2006), não há dúvidas de que com o avançar da idade surgem alterações estruturais e funcionais que, embora variem de um indivíduo a outro, são encontradas em todos os idosos e são próprias do processo de envelhecimento normal.

Visto pelo aspecto biológico, para muitos, o declínio físico pode ser considerado como a senescência e a senilidade. Onde, Freitas *et al* (2006) consideram a senescência o somatório de alterações orgânicas, funcionais e psicológicas e afirmam que, esta é uma época em que as perturbações metabólicas têm reduzidas capacidades de adaptação, principalmente no território endócrino, que controla clinicamente os sistemas biológicos. Embora não haja evidência de que as concentrações dos principais hormônios estejam alteradas com a idade, os sistemas orgânicos que os utilizam têm um equilíbrio precário e estão constantemente buscando novos pontos de equilíbrio. De acordo com os mesmos autores a senilidade diz respeito ao declínio físico associado à desorganização mental, caracterizando-se pela perda do funcionamento físico e cognitivo, alterações motoras, irritabilidade e perda de memória.

Conforme Papalia, Olds e Feldman (2010), a esperança de prolongamento da expectativa de vida saudável depende do nosso crescente conhecimento do que acontece com o corpo humano com o passar do tempo. As autoras questionam (2010, p.632): “o que causa senescência, um período marcado por declínios óbvios no funcionamento físico associados com o envelhecimento, e por que o seu declínio varia de pessoa para pessoa? Aliás, porque as pessoas envelhecem?” As mesmas explicam que a maioria das teorias do envelhecimento biológico está em duas categorias (teorias de programação genética e teorias de taxa variável), conforme tabela a seguir:

Tabela: 01- Teorias sobre o Envelhecimento Biológico

Teoria de Programação Genética	Teorias de Taxa Variável
Teoria da Senescência programada. Envelhecer é o resultado de um contínuo ligar e desligar de certos genes. Senescência é o tempo em que os déficits associados ao resultado da idade ficam evidentes.	Teoria do Desgaste Normal. Células e tecidos têm partes vitais que se desgastam.
Teoria Endócrina. Relógios biológicos atuam por meio de hormônios para controlar o passo do envelhecimento.	Teoria dos Radicais Livres. Danos acumulados De radicais de oxigênio causam paradas no funcionamento de células e eventualmente órgãos.
Teoria Imunológica. Um declínio programado em funções do sistema de imunidade leva a uma crescente vulnerabilidade com predisposição para doenças infecciosas e, portanto, para o envelhecimento e morte.	Teoria da Taxa de Vida. Quanto maior a taxa de metabolismo de um organismo, menor é o seu tempo de vida.
	Teoria da autoimunidade. O sistema de imunidade torna-se confuso e ataca suas próprias células corporais.

Teoria Evolucionária. Envelhecer é um traço evolutivo que possibilita aos membros de uma espécie viver somente o suficiente para reproduzir.

Fonte: Adaptado de Papalia; Olds; Feldman, (2010, p. 632).

Já o envelhecimento do ponto de vista fisiológico, segundo Py (2004), é caracterizado por uma limitação da capacidade de cada sistema em manter o equilíbrio do organismo. O declínio fisiológico tem início após a terceira década de vida, sofrendo influência dos fatores genéticos, do meio ambiente e dos fatores de risco. Nesta corrente de entendimento, isto significa que podemos modificar, até certo ponto, as características do envelhecimento, agindo sobre esses fatores.

Nesse contexto, Mendes *et al* (2005) despertam-nos para uma consciência da velhice como uma questão social. Enfocando que o envelhecer faz parte da vida, corresponde a uma fase do curso da vida permeada por mudanças físicas, psicológicas e sociais que acometem cada pessoa, de forma muito peculiar. É um momento, em que, ponderando sobre a própria existência, a pessoa idosa percebe que alcançou muitos objetivos, mas também sofreu muitas perdas.

Corroborando, Veras (2002) complementa dizendo que, essas mudanças advindas da velhice tendem a ser maximizadas de forma negativa em nossa sociedade, que segue um modelo capitalista, cuja base está centrada na valorização do homem de acordo com sua capacidade produtiva. Fazendo com que a velhice passe a ocupar um lugar marginalizado na existência humana, na medida em que a individualidade já tenha seus potenciais evolutivos e perca, então, o seu valor social. Desse modo, não tendo mais a possibilidade de produção de riqueza, a velhice perde seu valor simbólico, afirma a autora citada.

Nesse sentido, Rodrigues e Soares (2006) garantem que a veiculação dos estigmas da velhice através de novelas, programas humorísticos, além de uma produção literária que costuma tratar o velho com deboche, funciona como subsídio para alimentar um conjunto de crenças e opiniões negativas sobre o indivíduo envelhecido. Pode-se depreender das práticas sociais alusivas aos idosos que, mais do que a idade cronológica, são valores e conceitos depreciativos que definem o estigma da velhice. A imagem dos velhos é construída pelo grupo mais forte, e definida pela feiúra, doença, impotência e ausência de poder. Haja vista o lugar privilegiado reservado aos indivíduos que, mesmo tendo passado dos sessenta anos, são respeitados socialmente.

Os autores supracitados seguem afirmando que em algumas sociedades primitivas os velhos representam a transmissão oral das tradições, experiências e conhecimentos acumulados, o que lhes confere valor e respeito assegurando-lhes um lugar de destaque na escala social. Em outras, os idosos são respeitados enquanto conservam a saúde e a razão, sem os quais se tornam inúteis e são abandonados. Os autores enfatizam também que, o envelhecimento não era homogêneo nas sociedades primitivas, sendo antes o reflexo da experiência individual. Rodrigues e Soares (2006) afirmam ainda que, aqueles que foram bem sucedidos ao longo de toda a sua vida gozarão, sem dúvida, de prestígio; os demais ficarão expostos e terão que conviver com o desafeto e a falta de respeito dos parentes e vizinhos. Todavia, os mesmos consideram ainda que, com a industrialização e o surgimento das políticas públicas sociais, como os fundos de pensão e posteriormente, a aposentadoria, os idosos ganharam prestígio nas suas famílias e na sociedade. Sob esse ponto de vista, a modernidade trouxe ganho, se não de poder, pelo menos de prestígio (RODRIGUES E SOARES, 2006).

Portanto, de acordo com Camarano *et al* (2004) destacaremos as principais conclusões extraídas da análise do perfil sociodemográfico das quatro últimas décadas do século XX, da população idosa brasileira:

- Houve alongamento do tempo vivido, medido pela esperança de vida ao nascer, aos 60 anos e a idade média ao morrer. As doenças cardiovasculares continuam sendo a principal causa de morte, mas essas vêm ocorrendo mais tarde no ciclo da vida.
- Uma parcela não desprezível da população idosa tem dificuldades em ouvir, enxergar, subir escadas, lidar com as atividades básicas do cotidiano. Essas dificuldades parecem estar sendo adiadas para as idades mais avançadas como está acontecendo com a mortalidade. É este o segmento que demanda maiores cuidados, que recaem quase sempre sobre a família. Grande parte desses idosos mora em casa de parentes (filhos, genros, sobrinhos etc.) e uma pequena minoria vive em instituições de longa permanência, sendo que esta demanda tem aumentado ao longo dos anos.
- O idoso encontra-se, em média, em melhores condições objetivas de vida do que o não idoso, propiciadas pelo seu momento no ciclo de vida, pela sua trajetória ao longo da vida, pelas políticas públicas, e, especialmente, pela universalização da Seguridade Social. Isso lhe permitiu um acúmulo patrimonial, destacando-se a aposentadoria.
- O idoso participa do mercado de trabalho até em idades avançadas mesmo na condição de aposentado. A participação de aposentados no mercado de trabalho é uma especificidade do mercado de trabalho brasileiro, que permite a sua volta à atividade econômica sem nenhuma perda. Isso também está associado à concessão de aposentadoria por tempo de contribuição, o que leva a previdência brasileira a aposentar não apenas

idosos. A renda do trabalho constitui um componente importante no rendimento do idoso.

- 55% da população idosa brasileira é composta por mulheres. Quando desagregada pelos subgrupos de idade, a diferença entre essas proporções aumenta, principalmente entre os mais idosos, fato este explicado pela mortalidade diferencial por sexo. A predominância feminina entre os idosos se dá nas áreas urbanas. Nas rurais, predominam os homens pela maior participação das mulheres no fluxo migratório rural urbano. Isso implica necessidades distintas de cuidados para a população idosa. Por exemplo, é conhecido que a predominância masculina nas áreas rurais pode resultar em isolamento e abandono das pessoas idosas.
- A proporção de idosos alfabetizados teve um aumento significativo, mais intensamente entre as mulheres.
- Observou-se um aumento na proporção de separadas, desquitadas, divorciadas e viúvas decorrentes do recasamento ser mais freqüente entre os homens idosos.
- Em relação à deficiência, o estudo mostrou que há uma leve diferença entre idosos e idosas, porém há mais idosos deficientes e a que mais predominou foi a deficiência mental e físicas, sendo a hemiplegia a que mais predominou, seguida de visual, auditiva entre outras. Entre outros, este é um dos motivos que mais leva o idoso à institucionalização.

Nessa sequência, portanto, Rodrigues e Soares (2006) asseguram que a forma de conceber e viver o envelhecimento depende do contexto histórico, dos valores e do lugar que o idoso ocupa na escala classificatória dessa sociedade, que ao final serão os responsáveis pela construção social do envelhecer e da velhice. Os mesmos enfatizam que, em função das constantes mudanças decorrentes da emergência da sociedade pós-industrial, a sociedade contemporânea encontra-se num processo de redefinição de costumes, de comportamentos e consequentemente do estabelecimento de novos paradigmas das relações humanas.

Os autores supracitados chamam a atenção para os novos valores que configuram uma nova visão de mundo, de sociedade, de um novo período histórico que se constrói globalmente. O processo de globalização, impulsionado pela revolução tecnológica (com suporte nas tecnologias microeletrônicas e da era cibernética), é marcado pela instantaneidade e descartabilidade favorecendo o culto da juventude, da beleza, da virilidade e da força física em detrimento da idade madura e da velhice que são associadas à improdutividade e decadência. Nessa sequência há até quem fale em ideologia da juventude (RODRIGUES; SOARES, 2006).

Nesse cenário social de predomínio da efemeridade e da não permanência, há pouco espaço para os idosos que acabam por ficar desprotegidos e marginalizados, contexto esse que

tem como resultado a dificuldade de autoaceitação e mesmo de rejeição, por parte do idoso, de seu próprio envelhecimento. A construção do significado da velhice é permeada por crenças, mitos, preconceitos, estereótipos que, nesta sociedade se expressa por meio de representações depreciativas do fenômeno do envelhecimento e do sujeito que envelhece, definindo o seu lugar social (RODRIGUES; SOARES, 2006).

Nessa perspectiva, de acordo com Alcântara (2009), ao se pronunciar a palavra velho no cotidiano, se percebe certo melindre, visto que esta soa como insulto e para amenizar se utiliza de eufemismos, como terceira idade, uma forma de, provavelmente, tentar separar os velhos improdutivos dos velhos ativos que fazem turismo e consomem produtos com o intuito de mascarar o envelhecimento. Para a mesma autora, o termo “terceira idade”, se constituiu a partir da implantação das políticas sociais na França, onde se propagou a imagem do velho bem-sucedido, isto é, “jovens velhos” – aposentados dinâmicos, que podem usufruir um tempo de diversão e liberdade, alvos do mercado de consumo.

Ainda para a autora supracitada:

Pensar a categoria velho apenas nos termos propostos pela sociedade de consumo é esquivar-se do debate sobre o papel exercido pelo velho em uma sociedade produtiva, onde estar e sentir-se inserido significa estar produzindo. Ser velho não estar restrito à quantidade de anos vividos. Ao se focalizar diferentes grupos sociais, pode-se constatar que, dependendo da grande variedade de fatores como sexo, origem étnica e cultural e o fato de as pessoas viverem em países industrializados ou em desenvolvimento, em centros urbanos ou rurais, elas envelhecem de forma diversa, especialmente quando se analisa a sua situação na hierarquia (ALCÂNTARA, 2009, p.15).

1.1.5 Família, estruturas e arranjos familiares

Há muitos significados para o vocábulo “família” na sociedade contemporânea. Portanto, para defini-la fizemos uma pesquisa através de um apanhado em diversas áreas do conhecimento como Antropologia, Sociologia, Biologia, entre outras, bem como recorreremos também à História e ao meio jurídico, como tentativa de responder algumas questões que nortearam esta pesquisa.

Começaremos então citando J. Piaget (*apud* Miermont, 1994, p.248) que aborda o termo *estrutura* como sendo “um sistema de transformações” que, enquanto sistema, comporta leis (por oposição às propriedades dos elementos) e que, através do próprio jogo das suas transformações, conserva-se ou enriquece-se sem que estas vão além das suas fronteiras ou se recorra a elementos exteriores.

Para Minuchin (*apud* Miermont, 1994, p. 251), a estrutura familiar é “a rede de exigências funcionais que organizam a forma em que interagem os membros da família”. A família é um sistema que funciona segundo padrões transacionais. A “repetição das transações estabelece padrões de como, quando e com quem se entra em relação: esses padrões apóiam o sistema”. “A família humana aparece como um dado universal, cujas manifestações variam de uma etnia à outra”.

Robert Lowie (*apud* Miermont, 1994, p.252), diz que, “biologicamente, cada comunidade tem como ponto de partida a família, ou seja, o grupo que compreende um casal e seus filhos”. Claude Lévi-Strauss define grupo familiar destacando os aspectos fundamentalmente conflituais com a sociedade: “a família restrita não é o elemento de base da sociedade, nem, tampouco, o seu produto”. Levi-Strauss considera dois funcionamentos concomitantes à estrutura familiar: por um lado, um fundamento natural, biológico, testemunhado pelo instinto de procriação, os instintos materno e paterno, os vínculos afetivos e sexuais entre marido e mulher; e, por outro, um fundamento cultural, absolutamente essencial, que distinguiria o homem de todas as outras espécies animais.

Para Miermont (1994, p.268-69), “o olhar histórico da família conduz à determinação constituinte e conflitiva de seus diversos parâmetros, parâmetros cuja prevalência varia em função das épocas”. Os autores relatam três funções da família: função de procriação ou família genitora (é a família “natural” constituída pelo nascimento de um ou mais filhos); função de cuidados (é a família que fornece alimentação, cuidados e educação); função de linhagem/adoção (é a família que torna a criança um filho totalmente legítimo). Ela proporciona a filiação em uma linhagem, propõe uma identidade, confere uma herança.

Já para a Filosofia, segundo Inwood (1997, p.133), no dicionário Hegel, o termo *famililie* foi extraído do século XVI do latim *família*, que se originou de *famulus* (“servo, criado”) e, por conseguinte, significou originalmente os “domésticos” de uma casa, mas acabou por referir-se a todas as pessoas de uma casa, tanto os familiares e dependentes quanto os escravos, sob a tutela do *pater familias*. No tempo de Hegel, tal como hoje, *Familie* significou (1) uma “comunidade de pais e filhos”, mas também (2) um mais abrangente “grupo de parentesco” relacionado pelo sangue. Mas o sentido pertinente para Hegel é (1).

Friedrich Engels, em 1884, publicou a obra *A Origem da Família, da Propriedade Privada e do Estado*, onde classificou os tipos de família em: consanguínea (o incesto era aceito, pais e filhos não podiam se relacionar, mas irmãos e irmãs, primos e primas, sim); família punaluaana (casamento coletivo de grupos de irmãos e irmãs, carnavais e colaterais, no

seio de um grupo); família sindiásmica (surgiu após a proibição do incesto, pois esse critério dificultava os casamentos em grupos) e família monogâmica (onde havia a união de um só casal, com coabitação exclusiva dos cônjuges) (ENGELS, 2006).

Segundo estudo de Lewis Henry Morgan, em seu livro *A sociedade Antiga*, produzido em 1870, nos primórdios da Família havia uma grande indefinição dos laços de ascendência. Os grupos familiares viviam em tribos junto com todos os seus correlatos, e as relações se davam de maneira generalizada: filhos e filhas de irmãs eram considerados filhos pelo pai, filhos e filhas de seu irmão eram considerados sobrinhos. Em uma tribo era possível ter vários pais e mães. A constituição de famílias ainda estava atrelada a promiscuidade, pois não havia a definição de costumes. Por exemplo, Engels mostra que dentro das famílias consanguíneas o incesto era aceito. Pais e filhos não podiam se relacionar, mas irmãos e irmãs, primos e primas, sim. Engels segue demonstrando a evolução da família por partes: a família Punaluana, a família Sindiásmica e a família Monogâmica (MORGAN, 2002).

Para o autor supracitado, na família Sindiásmica, o homem é casado com uma mulher, mas a infidelidade e a poligamia ainda são direitos seus. Esta formação de família reduzia o número de mulheres com as quais um homem podia se relacionar e, é nesse período que se inicia o rapto de mulheres e os casamentos arranjados. A mulher era quem tinha mais poder no interior da família, pois ela era quem definia as relações sanguíneas, definia quem seria o pai, eram as verdadeiras senhoras do lar. Dessa forma, Engels mostra que as mulheres nem sempre foram submissas aos homens. Até mesmo sua sexualidade era mais respeitada, em eventos ou cerimônias em templos, a mulher poderia escolher seu parceiro sexual.

Em seu estudo, Morgan segue afirmando que esse tipo de família foi o limite entre a Barbárie e o Estado. Porém, um fato que tem origem no velho mundo, altera toda esta concepção de família e poder feminino. As riquezas produzidas durante a vida do homem haviam crescido bastante, porém esta riqueza era repassada para os descendentes genéticos da mulher, fazendo com que os filhos dos homens fossem deixados de lado. O homem estava ganhando mais poder e usou esse poder em seu favor para suprimir a mulher, retirando o direito materno e todas as regalias da filiação feminina. Passa a existir, então, o Heterismo, a prevalência do homem sobre a mulher. Que só cresceu durante os próximos anos, chegando até a nossa concepção atual. Engels considera esta a maior derrota da mulher, logo elas foram reduzidas a objetos do prazer masculino sem direitos. Essa mudança é, portanto, o ponto principal da evolução da família Sindiásmica para a Monogâmica.

Na família Monogâmica, o homem é o centro do poder. A família é mais sólida, pois somente o homem pode encerrar o casamento. O homem tem o direito irrestrito de ser infiel e satisfazer sua libido. Porém, a mulher é totalmente expropriada desse direito, pois, por razões econômicas, o homem precisa ter seus filhos legítimos, filhos da sua mulher oficial. Para garantir que estes filhos sempre fossem seus, a mulher jamais poderia se relacionar com outro. Essa forma é vista desde a antiguidade clássica até os dias atuais, na modernidade na qual vivia Engels. A mulher devia ser tolerante, sua função era conceber herdeiros, governar a casa e vigiar as escravas, que mais tarde tornavam-se amantes de seu marido. Com essa nova conjuntura surgem duas figuras sociais frequentes: o inevitável amante da mulher casada e o marido corneado. Os homens haviam conseguido vencer as mulheres, mas as vencidas se encarregaram, generosamente, de “coroar os vencedores”. Nessa circunstância, o homem devia aceitar que os filhos de sua mulher sempre seriam seus filhos, mesmo que fosse traído. “É este o resultado final de três mil anos de monogamia” (MORGAN, 2002).

O estudo de Morgan evidenciou ainda que, a mistura da cultura clássica românica com a barbárie germânica criou uma versão atualizada da Monogamia, na qual a mulher tinha um pouco mais de liberdade, pelo menos na teoria. Esse novo tipo de monogamia pode ter sido a primeira formação que permitia união por amor sexual moderno ou até amor conjugal, já que todas as outras relações desde a família Sindiásmica tinham sido arranjadas.

Segundo Mello (*apud* Souza, Beleza e Andrade, 2012), nas últimas décadas foram traçadas cinco tendências na formação, estrutura e função da família:

[...] 1) elevação da idade média das mulheres em seu primeiro casamento e no primeiro parto, o que tem retardado a formação de novas famílias; 2) diminuição do tamanho das famílias e dos lares; 3) aumento das responsabilidades financeiras dos pais, que passam a ter dependentes mais jovens e também mais velhos; 4) elevação do número de lares chefiados por mulheres; e 5) maior participação das mulheres no mercado de trabalho formal e modificação na balança de responsabilidade econômica nas famílias (SOUZA, BELEZA; ANDRADE, 2012, p.110).

As novas composições familiares, de acordo com Kaslow (*apud* Szymanski, 2008), se classificam atualmente como: família nuclear (pai, mãe e filhos), extensa (incluindo três ou quatro gerações), adotivas (bi-raciais ou multiculturais), monoparentais (chefiada só por um dos genitores, geralmente a mulher), reconstituídas (após a separação conjugal), onde um ou ambos os cônjuges vindos de outras relações (com ou sem filhos) unem-se para formar uma nova família, adquirindo ou não filhos nesse novo relacionamento, também conhecida como família mosaico.

Corroborando, estudos de Papalia, Olds e Feldman (2010), família pode ter significado diferente em diversas épocas e lugares. A família nuclear é dominante nas sociedades ocidentais. Hoje em dia a maioria das famílias vive em meio urbano, tem menos filhos que passam boa parte do tempo em escolas ou creches, pois ambos os pais provavelmente trabalham de modo extradomiciliar. Filhos de pais divorciados talvez morem na casa da mãe ou do pai, ou poderão deslocar-se entre uma e outra, ou ainda em casa de avós. O lar dessa família inclui um padrasto ou madrasta e meio irmãos, ou o companheiro ou companheira do pai ou da mãe. Há também um número cada vez maior de adultos solteiros e sem filhos, pais não casados e lares de gays e lésbicas.

As autoras acima citadas fazem referência à família extensa com muitas gerações, às vezes vivendo juntos no mesmo lar, como forma tradicional de família em muitas sociedades da Ásia, África e América Latina, e, entre algumas famílias norte-americanas que remontam sua linhagem a países desses continentes. Porém as mesmas informam ainda que, hoje em dia, esses lares são cada vez menos típico nos países em desenvolvimento, em virtude da industrialização e migração para os centros urbanos, especialmente entre grupos que ascendem socialmente. Ao mesmo tempo, as autoras chamam atenção para a questão dizendo que “com o envelhecimento da população, os vínculos da família de muitas gerações estão se tornando cada vez mais importantes nas sociedades ocidentais” (PAPALIA; OLDS; FELDMAN, 2010, p.15).

Novos arranjos familiares, casais homossexuais (entidade familiar formada por duas pessoas do mesmo sexo) e várias pessoas vivendo juntas, sem laços consanguíneos, mas com forte comprometimento mútuo, características estas, que Dias (2011) em sua obra *Manual de Direito das Famílias* define de “famílias eudemonistas” (família em busca da felicidade). E por fim, essa autora ainda menciona a existência das famílias anaparentais (onde, há a inexistência de diferença de grau de parentesco entre seus membros, por exemplo, quando formada apenas pelos irmãos) e paralelas (extraconjugal).

No entendimento de Osório e Valle (2011) há quem diga, e com muita propriedade, que família não se conceitua ou define, mas apenas se descreve, tantas são as estruturas e modalidades assumidas pela família ao longo dos tempos. Os autores revelam as opiniões de um pediatra, um antropólogo e um psicanalista em caracterizar o que seja uma família, como segue:

Escardó (1955), diz que a palavra família não designa uma instituição-padrão, fixa e invariável; para ele, através dos tempos a família adota formas e mecanismos sumamente diversos e, na atualidade, coexistem na espécie humana tipos de famílias constituídos sobre princípios diferentes e ainda contraditórios e inconciliáveis.

Na visão do antropólogo Levi-Strauss (1958) são três os tipos de relações pessoais que configuram a família: aliança (casal), filiação (pais e filhos) e consangüinidade (irmãos). Já para o psicanalista Pichon-rivière (1981), a família proporciona o marco adequado para a definição e a conservação das diferenças humanas, dando forma objetiva aos papéis distintos, mas mutuamente vinculados, do pai, da mãe e dos filhos, que constituem os papéis básicos em todas as culturas (OSÓRIO; VALLE, 2011, p.18).

Em estudos de Cortelletti *et al* (2004), a família é caracterizada como sendo espaço primário onde tudo tem sua origem, além de ser a instituição decisiva para a construção e a identificação dos sujeitos. Constituída de vários membros, que ocupam e desempenham diferentes papéis, são estabelecidas entre eles relações recíprocas, de obrigações, deveres e direitos: de pais para filhos, de filhos para pais. Esses cuidados têm características específicas conforme as exigências requeridas em cada uma das fases da vida.

A esse respeito, as autoras acima citadas afirmam ainda que, entre as funções da família, as de oferecer pertencimento e favorecer que o indivíduo seja indivíduo – garantir um espaço próprio de inserção, de ser reconhecido e respeitado, dando e recebendo o que esse lugar lhe reserva – devem ser desenvolvidas e mantidas por todos os seus membros e dizem ainda que quando um idoso é afastado do meio familiar, é favorecido o rompimento do equilíbrio dessas funções, provocando sentimentos de mágoa, tristeza, desamparo, desprezo, desrespeito, solidão e abandono.

Assim sendo, no *Manual de direito das famílias*, Dias (2011) aborda a questão de a família ser agrupamento informal, de formação espontânea no meio social, cuja estruturação se dá através do direito.

Para a mesma:

[...] a família é uma construção cultural. Dispõe de estruturação psíquica na qual todos ocupam um lugar, possuem uma função - lugar do pai, lugar da mãe, lugar dos filhos -, sem, entretanto, estarem necessariamente ligados biologicamente (DIAS, 2011, p.27).

Várias pesquisas (IPEA, 2002; SEADE, 1998 e 2002) e autores (BR SCHINI, 1995), apontam que no que se refere à composição, há uma grande variação entre as famílias, como: as nucleares (pais e filhos) que ainda predominam, seguidas das famílias extensas, com participação de até três gerações (filhos, pais, avós, e às vezes, tios, primos e até agregados) tem aumentado consideravelmente; as do tipo monoparental, isto é, um dos pais apenas, com os filhos, em geral chefiados por mulheres; aumentou também o número de pessoas que moram sozinhas, e não apenas entre os jovens, mas também entre os idosos (ROCHA, 2012).

Para o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010), em publicação da Síntese de Indicadores Sociais (SIS) 2010 – realizada pela Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD/2009, principal fonte de dados, família “é considerada, primordialmente para fins de investigação, como um grupo cuja definição está limitada pela condição de residência em um mesmo domicílio, existindo ou não vínculos entre seus membros” (ROCHA, 2012).

Nesse contexto a autora acima evidencia em seu estudo que:

Na sociedade contemporânea, a família é considerada um valor ideal que a maioria da população cultiva. No entanto, nestas últimas décadas, a família passa por grandes mudanças, que a torna particularmente vulnerável. Estão mudando o modo de entender e o modo de viver o amor e a sexualidade, a fecundidade e a procriação, o vínculo familiar, a paternidade e a maternidade, o relacionamento entre homem e a mulher (PETRINI, 2003, p.60).

De acordo com Marsiglia (2007, p.171), “o tipo de composição familiar tem repercussão importante no cuidado com as crianças, doentes, idosos e incapacitados”, que merece uma atenção especial do papel educativo do enfermeiro em prol do bem-estar e melhoria da saúde da família.

Segundo Rodrigues (2008), as famílias têm sido consideradas no cuidado em saúde como de fundamental importância, no entanto, falar de família, instituição social e historicamente determinada, parece uma tarefa sempre inacabada e será sempre um recorte dentre tantos possíveis. Nesse sentido, qualquer esforço em construir abordagens profissionais que tenham a família como foco e objetivo do cuidado implica, por um lado, desconstruir visões cristalizadas decorrentes da formação de caráter eminentemente biológico da maioria das profissões da área da saúde e, por outro, em desvincular concepções pessoais e ideológicas de família, permeadas por crenças e mitos, sem o devido embasamento teórico.

Neste contexto, a Constituição Federal de 1988 prescreve que “os pais têm o dever de assistir, criar e educar os filhos menores, e os filhos maiores têm o dever de ajudar e amparar os pais na velhice, carência ou enfermidade” (art. 229) e que “a família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhes o direito à vida” (art.230) (BRASIL, 1988).

Para concretização do que prevê a Constituição e a Lei natural, a estrutura familiar na vida de qualquer pessoa é fundamental, e as relações familiares são as que o idoso deveria

viver com mais assiduidade e intensidade, não somente no sentido de garantir sua permanência, atenção e cuidados no seio da família, como também de estabelecer e manter relações recíprocas satisfatórias (CORTELLETTI *et al*, 2004).

Corroborando com o exposto, Camarano e Pasinato (2004), em seu estudo, afirmam que embora a Constituição de 1988 tenha feito um grande avanço no que diz respeito ao papel do Estado na proteção do idoso, a família continuou sendo a principal responsável pelo cuidado da população idosa, podendo ser criminalizada caso não o faça. Isso foi inclusive objeto do título VII — Dos Crimes contra Família - Capítulo III, artigo 244, do Código Penal.

Na perspectiva jurídica, em nosso país, segundo Dias (2011), a “cara” da família moderna mudou, onde o seu principal papel é de suporte emocional do indivíduo, em que há flexibilidade e, indubitavelmente, mais intensidade no que diz respeito a laços afetivos. A autora segue afirmando que é difícil encontrar uma definição de família nos dias de hoje. Pois, é mais ou menos intuitivo identificar família com a noção de casamento (pessoas ligadas pelo matrimônio), também vem à imagem da família patriarcal, onde o pai está como figura central, na companhia de esposa, filhos, genros, noras e netos. Portanto, essa visão hierarquizada de família, no entanto, sofreu, com o tempo, enormes transformações. Pois a família é um grupo social fundado essencialmente nos laços de afetividade após o desaparecimento da família patriarcal, que desempenhava funções procriativas, econômicas, religiosas e políticas.

Na visão da autora:

[...] além da significativa diminuição do número de seus componentes, também começou a haver um embaralhamento de papéis. A emancipação feminina e o ingresso da mulher no mercado de trabalho levaram-na para fora do lar. Deixou o homem de ser o provedor exclusivo da família, sendo exigida sua participação nas atividades domésticas (DIAS, 2011, p.42).

Ainda numa trajetória jurídica, segundo Souza; Beleza; Andrade (2012):

Em 2007, o Instituto Brasileiro de Direito de Família (IBDFAM) formulou o Estatuto das Famílias, visando adequar o Direito de Família às necessidades e à realidade da sociedade contemporânea, buscando soluções para conflitos e demandas familiares, a partir de novos valores jurídicos como o afeto, o cuidado, a solidariedade e a pluralidade. O referido Estatuto, oriundo do projeto de lei (2.285/2007), de autoria do deputado Sérgio Barradas (PT-BA), aprovado em dezembro de 2010, na Câmara dos Deputados, foi reconhecido como um dos textos mais avançados no ramo do Direito de Família (SOUZA; BELEZA; ANDRADE, 2012, p.109).

Portanto, na sociedade contemporânea há novas configurações de família. A esse respeito, os autores supracitados referem às inúmeras mudanças e transformações dos séculos XX e XXI que produziram reflexos nas relações familiares, intensificando novos e variados arranjos familiares, bem como as concepções de conjugalidade e parentalidade. Para os mesmos, na contemporaneidade, o que vai identificar a família já não é mais a celebração do casamento ou do envolvimento de caráter sexual, e sim o afeto que permeia o relacionamento. Dentre as modificações destacam-se algumas mudanças ocorridas nas funções da família, dentre elas: já não é mais unidade reprodutiva; cresce a autonomia e a individualização feminina, fragilizando o poder patriarcal; sexo, conjugalidade e procriação não estão necessariamente unidos.

De acordo com Petrini (2003), a sociedade moderna caracteriza-se pela forma participativa das tomadas de decisões na vida social, valorizando o método democrático e a liberdade de expressão e de agregação, com o objetivo de oferecer uma vida digna da condição humana, na qual cada um possa realizar as diversas dimensões de sua personalidade.

Dessa forma, na sociedade moderna, as novas composições familiares, de acordo com Kaslow (*apud* Szymanski 2008), se classificam atualmente como: família nuclear (pai, mãe e filhos), extensa (incluindo três ou quatro gerações), adotivas (bi-raciais ou multiculturais), monoparentais (chefiada só por um dos genitores), reconstituídas (após a separação conjugal). Novos arranjos familiares e os desafios ao direito de família (sem filhos), casais homossexuais (com ou sem crianças) e várias pessoas vivendo juntas, sem laços consangüíneos, mas com forte comprometimento mútuo, características estas, que Dias (2007) em sua obra define de “famílias eudemonistas”. E por fim, a autora ainda menciona a existência das famílias anaparentais e paralelas/extraconjugal (SOUZA; BELEZA; ANDRADE, 2012).

Segundo estudos de um apanhado histórico, Diniz (2006), diz que, a sociedade brasileira era e é composta por diversos segmentos e que cada um desses grupos tinha sua forma de organização familiar. A autora diz que, a história da vida conjugal e familiar brasileira é marcada pela existência de uma pluralidade de modelos. A autora segue afirmando que o primeiro modelo tem origem ibérica e foi trazido para o país com a colonização portuguesa: trata-se da família patriarcal, tradicional, e extensa.

Posteriormente surge o modelo de família burguesa, introduzido no Brasil após a proclamação da república, e coincide com a urbanização e a modernização da sociedade (SÂMARA, 1987; NEDER, 1994, *apud* DINIZ, 2006). Em linhas gerais, para a mesma,

houve diminuição no tamanho e diversificação nos arranjos familiares. Sendo hoje, grande o número de famílias monoparentais, reconstituídas, homossexuais (DINIZ, 2006).

A autora supracitada evidencia que aconteceu também uma mudança significativa no que diz respeito ao aumento da participação da mulher no mercado de trabalho. Incorrendo, em muitos casos, com que as mulheres dividam as responsabilidades de manutenção da família, provocando uma revisão de posturas e dos papéis entre os sexos (DINIZ, 2006).

Nesse contexto, de acordo com Diniz e Coelho (2005, *apud* Diniz, 2006), as mulheres foram e, ainda são ensinadas a sacrificar e a negligenciar suas próprias necessidades para suprir as necessidades dos outros e para potencializar os projetos de vida dos maridos e dos filhos. A autora diz que o esquecimento de si e a dedicação ao cuidar do outro passam a serem marcas registradas do comportamento feminino. A mesma diz também que, o exercício destas funções está de tal forma entretecida no cotidiano da vida, que as mulheres se tornam invisíveis. Assim, aos poucos, sua própria história e sua identidade vão se tornando também invisíveis, diluídas na vida dos outros membros da família.

Assim sendo concordamos com Cunha (2005), pois em sua tese revela que apesar da família ser uma das instituições base mais antigas da sociedade, não teve sempre a mesma configuração nem espacial nem historicamente. A autora revelou que, assiste-se hoje ainda a uma proliferação de diversas reflexões de intelectuais das mais variadas áreas sobre as recentes transformações e recomposições que a família tem sofrido, pois é comum ouvir o discurso popular afirmar que a família está desaparecendo, ruindo, em crise. No entanto, o meio científico parece ter chegado à conclusão que a família está apenas sofrendo profundas reestruturações e transformações nas suas formas de funcionamento, organização e nas funções que desempenha, não se encontrando necessariamente em crise na sua essência.

A referida autora menciona que essas profundas reestruturações e transformações conduziram a uma pluralidade de novas formas de família, que são muitas vezes vistas como variantes ao desenvolvimento familiar normal e, logo, como desvios à norma. Haja vista serem configurações, ainda hoje, consideradas mais ou menos atípicas às uniões de fato, a monoparentalidade, as famílias adotivas ou de acolhimento, as famílias reconstituídas e as famílias homossexuais.

Desta maneira, entendemos que independentemente de toda esta nova multiplicidade de formas familiares, a família continua ocupando um lugar central na sociedade. É considerado o espaço de afeto, e, a palavra família evoca naturalmente em todos nós a memória dos que nos são queridos e com quem partilhamos a vida.

1.1.6 Vínculo afetivo familiar e suas contribuições ao idoso institucionalizado

Cubas *et al* (2004) dizem que vínculos se referem a laços emocionais exclusivos e resistentes e a manutenção deste laço é experimentada como fonte de segurança e sua renovação como fonte de alegria. Nesse sentido, Wright e Leahey (2002 *apud* Cubas *et al*, 2004) afirmam que, muitas das mais intensas emoções surgem durante a formação, manutenção, ruptura de laços afetivos.

Contudo, para os mesmos é importante ressaltar que não existe um vínculo certo ou errado ou um melhor ou pior, é preciso reconhecer que a ideia de vínculo na saúde da família ultrapassa o conceito dual, deve-se incluir os relacionamentos e as redes de contato, percebendo assim a definição de família não só como um agregado tradicional e restrito que utiliza critérios de consanguinidade, adoção e casamento, mas que família é quem seus membros dizem que são.

Segundo Marino Filho (2010), o afeto é um dos aspectos inerentes à condição humana, e, constitui um notável instrumento de socialização. É o meio pelo qual o indivíduo valoriza seus semelhantes, o seu meio e a si próprio, e por isso auxilia a formação de valores e a autoestima individual. Corroborando Rossot (2009) expressa que: o afeto, sentimento esse que invadiu e passou a fazer parte da vida dos seres humanos, nada mais é do que uma troca recíproca entre os sujeitos de cuidados e de atenção, buscando apenas o bem da outra pessoa, ou seja, é a forma de expressar sentimentos e emoções.

Nesse sentido, Boff (2007) afirma que o mundo é construído a partir de laços afetivos, tornando as pessoas e situações preciosas. Fazendo com que o outro se preocupe e se dedique ao próximo. Responsabilizando o sujeito pelo laço criado com o outro. É através do cuidado que nos mostramos como seres humanos, afirmando que “(...) toda vida precisa de cuidado, caso contrário adoece e morre (...)” Ainda segundo o autor supracitado o cuidar significa zelar, dar atenção, desvelo. O cuidado somente surge quando a existência de alguém tem importância para o cuidador.

Diante disso, percebe-se a importância dos laços afetivos para o idoso, influenciando para que estes possam viver melhor a partir de suas limitações. Na maioria das vezes simples atos como um abraço, uma palavra de carinho, já é o bastante para desencadear uma reação positiva sob a forma deles verem a si mesmo, promovendo portanto uma expressão positiva de humor e emoções dentro do ambiente familiar (ROACH, 2006).

De acordo com Veras (2001 *apud* Cubas *et al*, 2004), as relações de convivência familiar e o estabelecimento de vínculos sociais constituem-se como indicadores relevantes na qualificação da condição de saúde da população idosa. Para as mesmas autoras, esta relação possibilita uma melhor qualidade de vida e maior capacidade de sobrevivência.

Segundo Espitia (2006), ao envelhecer, o idoso deixa transparecer que necessita de mais cuidado, atenção, amor e muito afeto. É justamente nesta fase que as transformações dos sentimentos se afluam, intensificando-se assim a necessidade de afeto e amor com a família.

França (2011) defende em sua tese que, em muitas culturas e civilizações, principalmente nas orientais, o velho, o idoso é visto com respeito e veneração, representando uma fonte de experiência, do valioso saber acumulado ao longo dos anos, da prudência e da reflexão. Enquanto em outras civilizações, principalmente ocidentais, o idoso representa “o velho”, “o ultrapassado” e “a falência múltipla do potencial do ser humano”.

É em meio a essa crise da velhice, no qual o idoso vive em isolamento e perde sua identidade, cada vez mais se distancia da cidadania que deveria ser mantida pela família e construída pela sociedade. É preciso perceber a família como chave da sociedade. Pois é dentro desse núcleo de valores que são construídos e se expressarão mundo a fora. Perceber, também, que não basta viver junto, é preciso viver bem junto (OLIVEIRA *et al.*, 2011).

Já para Salgado (1999), nas sociedades mais desenvolvidas, o prestígio do idoso vem sofrendo um declínio, deixando dois caminhos: no primeiro valorizam-se os velhos, com sua contribuição social, ainda que com limitações físicas, inserindo-os na sociedade, voltando dessa forma, para uma atenção básica, investindo na cultura, educação, transformando a terceira idade como patrimônio da coletividade; no segundo, continua-se atentando para uma velhice de perdas, de desperdício, de incapacidade e dependência no qual “[...] o velho brasileiro continuará sendo visto como um peso e sua experiência um farol iluminando para trás” (SALGADO, 1999, p.12).

Nesse sentido, para Cianciarullo (2002 *apud* Cubas *et al.*, 2004), o vínculo estabelecido entre o idoso e os outros membros da família facilita ou não a convivência familiar e a passagem tranquila por esse ciclo vital que, como todos os outros ciclos contêm crises e adaptações. As mesmas autoras dizem ainda que, a dinâmica do sistema familiar cumpre importante papel no sentido da absorção das tensões provocadas pelos conflitos e

mudanças presentes no processo de envelhecer, que requerem adaptações tanto do idoso quanto da sua família, que igualmente envelhece.

Face ao exposto, estudar o processo de envelhecer num contexto de vínculo familiar não é tarefa fácil, devido a não clarificação de um conceito para o termo vínculo, porém potencializa a assistência prestada ao binômio idoso-família permitindo um cuidado focado na visão de quem está vivenciando o processo de envelhecimento e não apenas centralizado na percepção do profissional de enfermagem.

1.2 Panorama nacional e internacional das políticas públicas voltadas aos idosos

De acordo com Dias (2011, p.468), a palavra “idoso parece ter conotação pejorativa”. É ainda cercada de certo desprestígio e dispõe de conteúdo quase ofensivo. Daí haver uma série de expressões para identificar as pessoas que somente deixam de ter plena capacidade competitiva na sociedade: terceira idade, melhor idade, adulto maduro, adulto maior etc. Também sempre foi alvo de questionamentos com que idade, afinal, alguém se torna um idoso. Porém com o advento do Estatuto do Idoso esta dúvida se dissipa, pois restou eleito o vocábulo “idoso” para identificar a pessoa com idade igual ou superior a 60 anos.

Para a mesma:

Para cumprir os desígnios do comando constitucional, o Estatuto do Idoso, em 118 artigos, consagra uma série infindável de prerrogativas e direitos às pessoas de mais de 60 anos, ou seja, aos idosos. Porém, os maiores de 65 anos são merecedores de cuidados ainda mais significativos. [...] Além de serem indicados os direitos do idoso, o Estatuto identifica os obrigados a dar-lhes efetividade (EI 3º caput): É obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária (DIAS, 2011, p.469).

A esse respeito diz Leonardo Beraldo (*apud* Dias 2011, p.469) “sem sombra de dúvida é formidável! Somente cabe questionar se a comunidade, a sociedade, o poder público e até mesmo a família estão prontos para assumir essa responsabilidade”.

No Brasil, destacam-se duas iniciativas levadas a cabo nos anos 1960 e que tiveram impacto no desenvolvimento futuro das políticas brasileiras para a população idosa. A primeira delas foi a criação da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia em 1961. Um dos seus objetivos era o de “estimular iniciativas e obras sociais de amparo à velhice e cooperar com outras organizações interessadas em atividades educacionais, assistenciais e de

pesquisas relacionadas com a Geriatria e Gerontologia”. A segunda teve início em 1963 por iniciativa do Serviço Social do Comércio (SESC). Consistiu de um trabalho com um pequeno grupo de comerciários na cidade de São Paulo, preocupados com o desamparo e a solidão entre os idosos. A ação do SESC revolucionou o trabalho de assistência social ao idoso, sendo decisiva na deflagração de uma política dirigida a esse segmento populacional. Até então, as instituições que cuidavam da população idosa eram apenas voltadas para o atendimento asilar (CAMARANO, 2004).

Para melhor compreender o panorama internacional das políticas públicas voltadas às pessoas idosas, observando os parâmetros que servem como tendências para as políticas nacionais, há necessidade de contextualizar as conferências internacionais de saúde que tiveram como tema central a promoção da saúde. Desde a Declaração de Alma Ata, em 1978, têm sido apontadas medidas e características de promoção da saúde que implicam na busca de estilos de vida mais saudáveis para um envelhecimento ativo (BRASIL, 2002).

Dentre os elementos das conferências que dizem respeito à pessoa idosa, destacam-se: educação sobre os principais problemas de saúde e sobre métodos de prevenção; promoção do suprimento de alimentos e uma nutrição adequada; abastecimento de água potável e saneamento básico apropriado; imunização contra as principais doenças infecciosas; prevenção e controle de doenças endêmicas; tratamento apropriado das doenças comuns e das consequências de acidentes; disponibilidade de medicamentos essenciais; além de recursos sociais como grupos de convivência, universidades abertas à terceira idade e o despertar para a atenção às capacidades físicas das pessoas idosas saudáveis ou fragilizadas (SANTOS *et al.*, 2008).

No âmbito das Nações Unidas, a Assembleia Geral de 1991 adotou 18 princípios em favor da população idosa. Estes podem ser agrupados em cinco grandes temas: independência, participação, cuidados, autorrealização e dignidade.

A partir da Conferência de Jacarta, em 1997, as pessoas idosas passaram a fazer parte dos grupos prioritários de investimentos no desenvolvimento da saúde. Pode-se correlacionar essa fase, no Brasil, ao surgimento e regulamentação da Política Nacional do Idoso, que se iniciou por meio de ações estabelecidas na Lei nº 8.842/94 e Decreto nº 1.948/96, tendo como objetivo assegurar os direitos sociais dos idosos, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade, reafirmando o seu direito à saúde nos diversos níveis de atendimento (BRASIL, 2002).

Em relação à Política Nacional do Idoso - PNI, os direitos fundamentais foram reconhecidos com a promulgação da Constituição de 1988, a qual garantiu a todos os cidadãos o respeito à dignidade. Esta foi editada justamente para concretizar a garantia constitucional no que se refere aos cidadãos com mais de 60 anos de idade. Tem o objetivo de promover a longevidade com qualidade e não contempla apenas aqueles que já atingiram a velhice, mas também àqueles que ainda irão alcançar tal etapa de vida. Essa Política estabelecida pela Lei nº 8.842/94 visa à integração, a autonomia e a participação efetiva dos idosos na comunidade, visto que também são sujeitos de direito, portanto portadores de dignidade. A realização da I Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento pela Organização das Nações Unidas, em 1982, foi importante para a criação dessa política e inserção na Constituição Federal de 1988 de institutos formais de proteção à velhice (BRASIL, 2002).

Segundo dados do Ministério da Saúde, na condição de instrumento legal e legítimo, a Política Nacional do Idoso tem como diretrizes:

I. Viabilizar formas alternativas de participação, ocupação e convívio do idoso, proporcionando-lhe integração às demais gerações; II. Promover a participação e a integração do idoso, na formulação, implementação e avaliação das políticas, planos, programas e projetos a serem desenvolvidos; III. Priorizar o atendimento ao idoso, por intermédio de suas próprias famílias, em detrimento do atendimento asilar, à exceção dos idosos que não possuam condições de garantir sua sobrevivência; IV. Descentralizar as ações político-administrativas; V. Capacitar os recursos humanos nas áreas de geriatria e gerontologia; VI. Implementar o sistema de informações que permita a divulgação da política, dos serviços oferecidos, dos planos e programas em cada nível de governo; VII. Estabelecer mecanismos que favoreçam a divulgação de informações de caráter educativo sobre os aspectos biopsicossociais do envelhecimento; VIII. Priorizar o atendimento ao idoso em órgãos públicos e privados prestadores do serviço; IX. Apoiar estudos e pesquisas sobre as questões do envelhecimento (BRASIL, 2002).

De acordo com Camarano (2004), o desafio colocado para as políticas públicas é complexo: investir na continuação do aumento da esperança, mas levando em conta o desafio proposto pelas Nações Unidas, que é o de “adicionar vida com qualidade aos anos de vida que foram adicionados”. Políticas de saúde para a população idosa devem se basear na promoção de saúde ao longo de todo o ciclo da vida além das políticas específicas para a população idosa. Políticas de integração social e de conscientização da necessidade de um estilo de vida condizente com uma melhor saúde devem fazer parte de um “pacote de saúde”. No Brasil, as necessidades de saúde de sua população não são plenamente atendidas pelas políticas públicas. Isso pode resultar em uma população idosa com altos níveis de doenças crônicas e baixa autonomia. Além disso, o idoso brasileiro de amanhã terá vivido boa parte de sua vida

em situação de maior vulnerabilidade econômica que os de hoje, o que certamente, afetará suas condições de saúde.

Existem variadas medidas voltadas à criação de uma Rede de Amparo, como o apoio na criação de universidade aberta para a terceira idade; a garantia do impedimento da discriminação do idoso quanto a sua participação no mercado de trabalho; a destinação de unidades em regimes de comodato ao idoso, na modalidade de casas-lares; na reelaboração e fruição dos bens culturais pelos idosos; assistência à saúde, dentre outras, conforme o previsto no capítulo IV da Lei 8.842/94. A Política Nacional do Idoso visa integrar as áreas de saúde, educação, judiciária, lazer, previdência e trabalho em uma rede nacional que compartilhará informações sobre cada idoso cadastrado, facilitando o acompanhamento deste em qualquer uma das áreas supracitadas. Para isso são repartidas as competências dos órgãos e entidades públicas (BRASIL, 2006).

De acordo com Ramos (2005), as pessoas idosas são seres humanos que precisam ser indivíduos e mantidos na sociedade. Não obstante, o Decreto 1.948/96, no art. 4º, procura assegurar melhores padrões de existência a milhões de pessoas idosas através da implementação de uma efetiva rede de atenção ao idoso, como o Centro de Convivência, Centro de Cuidados Diurno, Casa-Lar, Oficina Abrigada de Trabalho, Atendimento Domiciliar e outras formas de atendimento, definidos a seguir:

- O Centro de Convivência é uma alternativa de atendimento para o fortalecimento de atividades associativas, produtivas e promocionais, contribuindo para autonomia, envelhecimento ativo e saudável, prevenção do isolamento social, socialização e aumento da renda do próprio idoso e da sua família. O espaço deve ser destinado aos idosos e seus familiares, para serem desenvolvidas, planejadas e sistematizadas ações de atenção ao idoso, de forma a elevar a sua qualidade de vida.
- A Casa-lar é uma opção de moradia para o idoso sem vínculo familiar. Trata-se de uma residência participativa, destinada a um grupo de, no máximo, oito idosos com algum tipo de dependência e com renda insuficiente para a sua sobrevivência. O Projeto tem como proposta evitar o asilamento e reproduzir um ambiente de convivência familiar, com acompanhamento de um cuidador residente especializado.
- O Centro de Cuidados diurnos, Centro-Dia e Hospital-Dia são locais destinados aos idosos com dependências que moram com a família, mas não tem quem cuide deles durante o dia. O idoso recebe atendimento específico às suas necessidades pessoais básicas, participa de atividades terapêuticas e socioculturais e recebe atendimento médico e de enfermagem necessários. Todas essas atividades são desenvolvidas sem que a pessoa idosa precise se afastar do convívio familiar.
- A assistência domiciliar corresponde ao cuidado da saúde da população idosa, com atenção especial ao atendimento preventivo e curativo de doenças. Para a manutenção da saúde do idoso é vital que se tenha um acompanhamento rigoroso, evitando-se, assim, o desencadeamento de novas doenças. Pessoas idosas muitas vezes possuem dificuldade física de serem transportadas a consultórios e normalmente ficam privadas de um atendimento, sendo superadas através de equipamentos móveis que possibilitam levar um adequado atendimento sem que a pessoa necessite ser deslocada.

➤ Há outras formas de atendimento ao idoso, como o previsto no inciso VI, do art. 4º do Decreto 1.948/96. Dentre estas medidas pode-se, neste município, destacar a Universidade da Terceira Idade - UNITI, que nesta cidade funciona nas dependências de uma Faculdade particular em um Shopping, com aproximadamente 60 idosas inscritas e nenhum representante masculino matriculado, onde há aulas de dança, música, artes, informática, conhecimentos de saúde e legislação, sob pagamento mensal, efetuado pelo aluno idoso (Decreto nº 1.948 de 03 de julho de 1996 – Art. 4º) (BRASIL, 2006a).

Ainda sobre o Decreto nº 1.948/96 (Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa - PNSPI), o Artigo 2º, Inciso V, expressa a necessidade da promoção de eventos específicos para discussão das questões relativas à velhice e ao envelhecimento (BRASIL, 2006a).

Em 2003, o Congresso Nacional do Brasil aprova o Estatuto do Idoso (Lei 10.741/03), o qual foi elaborado com participação de segmentos de defesa dos interesses dos idosos. Esse Estatuto dedica todo o Capítulo IV para o “Direito à Saúde”, onde responsabiliza o Sistema Único de Saúde (SUS) pela garantia da atenção à saúde da pessoa idosa de forma integral e em todos os níveis de atenção. O Artigo 15, §1º, reza sobre a prevenção e manutenção da saúde do idoso e o Artigo 16 assegura o direito de acompanhantes aos idosos que se encontrarem internados ou em observação. No que se refere aos casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra os idosos, o Artigo 19 do Estatuto determina que, nesses casos, cabe aos profissionais de saúde a obrigatoriedade da comunicação aos órgãos competentes (BRASIL, 2003).

O Estatuto do Idoso, em seu Artigo 18, no Capítulo IV do direito à saúde, diz que as instituições de saúde devem atender aos critérios mínimos para o atendimento às necessidades do idoso, promovendo o treinamento e a capacitação dos profissionais, assim como orientação a cuidadores familiares e grupos de autoajuda (BRASIL, 2003).

Publicou-se em fevereiro de 2006, a Portaria nº 399/GM, documento das Diretrizes do Pacto pela Saúde que contempla o Pacto pela Vida. Este documento trata acerca do pacto firmado entre os três níveis de gestão do SUS (Federal, Estadual e Municipal) o qual coloca os gestores frente ao desafio de superar a fragmentação das políticas e programas de saúde, tendo como base na própria rede estabelecida pelo Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2006b).

No que se refere à saúde do idoso, o Pacto pela Vida, ao definir as prioridades e suas metas, coloca entre as seis prioridades pactuadas, a saúde do idoso como sendo a primeira prioridade, tendo como principal diretriz a promoção do envelhecimento ativo e saudável. Para efeitos desse Pacto será considerada idosa a pessoa com 60 anos ou mais.

O trabalho nesta área deve seguir as seguintes diretrizes:

a) Promoção do envelhecimento ativo e saudável; b) Atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa; c) Estímulo às ações intersectoriais, visando à integralidade da atenção; d) A implantação de serviços de atenção domiciliar; e) O acolhimento preferencial em unidades de saúde, respeitado o critério de risco; f) Provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa; g) Fortalecimento da participação social; h) Formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa; i) Divulgação e informação sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS; j) Promoção de cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa; k) Apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas (BRASIL, 2006b, p.8-9).

O Pacto Pela Vida (BRASIL, 2006b) propõe ações estratégicas coerentes com as diretrizes da política:

a) Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa – instrumento de cidadania com informações relevantes sobre a saúde da pessoa idosa, possibilitando um melhor acompanhamento por parte dos profissionais de saúde; b) Manual de Atenção Básica à Saúde da Pessoa Idosa – para indução de ações de saúde, tendo por referência as diretrizes contidas na Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa; c) Programa de Educação Permanente na área do envelhecimento e saúde do idoso, voltado para profissionais que trabalham na rede de atenção básica à saúde, contemplando os conteúdos específicos das repercussões do processo de envelhecimento populacional para a saúde individual e para a gestão dos serviços de saúde; d) Acolhimento – reorganizar o processo de acolhimento à pessoa idosa nas unidades de saúde, como uma das estratégias de enfrentamento das dificuldades atuais de acesso; e) Assistência Farmacêutica – desenvolver ações que visem qualificar a dispensação e o acesso da população idosa; f) Atenção Diferenciada na Internação – instituir avaliação geriátrica global realizada por equipe multidisciplinar, a toda pessoa idosa internada em hospital que tenha aderido ao Programa de Atenção Domiciliar; g) Atenção Domiciliar – instituir esta modalidade de prestação de serviços ao idoso, valorizando o efeito favorável do ambiente familiar no processo de recuperação de pacientes e os benefícios adicionais para o cidadão e o sistema de saúde (BRASIL, 2006b, p.9).

Em 19 de outubro de 2006 foi aprovada a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, por meio da Portaria nº 2.528, considerando a necessidade de que o setor da saúde disponha de uma política atualizada relacionada à saúde do idoso, ficando revogada a Portaria nº 1.395/99 (Política Nacional de Saúde do Idoso), até então vigente, e definindo que a atenção à saúde dessa população terá como porta de entrada a Atenção Básica/Saúde da Família, tendo como referência a rede de serviços especializada em média e alta complexidade (BRASIL, 2006a).

De acordo com Ramos (2005), muito embora haja todo esse aparato legal, dentre os problemas encontrados destaca-se a não efetivação das políticas públicas, em relação aos

idosos em situação de vulnerabilidade, apesar de existir regulamentação em decreto e se reconhecer a importância de sua implantação.

Entretanto, Martins *et al* (2007), revelam que a Política Nacional do Idoso, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, e o Estatuto do Idoso são dispositivos legais que norteiam ações, sociais e de saúde, garantem os direitos das pessoas idosas e obrigam o Estado na proteção dos mesmos. Porém é sabido que a efetivação de uma política pública requer a atitude consciente, ética e cidadã dos envolvidos e interessados em viver envelhecendo de modo mais saudável possível. Portanto para os autores supracitados, Estado, profissionais da saúde, idoso e sociedade em geral são todos corresponsáveis por esse processo.

1.3 Instituição de Longa Permanência para Idosos e resgate histórico acerca da institucionalização do idoso no Brasil

O Manual de Funcionamento da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia de São Paulo denomina as Instituições de Longa Permanência para Idosos - ILPI's como sendo estabelecimentos para atendimento integral institucional, cujo público-alvo é a pessoa de 60 anos e mais, dependentes ou independentes, que não dispõe de condições para permanecer com a família ou em seu domicílio. Essas instituições são conhecidas por denominações diversas como: abrigo, asilo, lar, casa de repouso, clínica geriátrica e ancionato e devem proporcionar serviços nas áreas sociais, médica, de psicologia, enfermagem, fisioterapia, terapia ocupacional, odontologia, e em outras áreas conforme necessidades desse segmento etário (BARRETO, 2009).

Na literatura internacional, notadamente na língua inglesa, utiliza-se, ainda hoje, a expressão *nursing homes*, já empregada nos Estados Unidos na década de 1950 para denominar lares para idosos dependentes, diferenciando-os de *home for the aged* ou *old people's home* (lar para idosos). Termos correspondentes em alemão são *Altenpflegeheim* (lar para idosos dependentes), *Altenheim* (lar para idosos). Em japonês, *tokubetsu yogo rojinhomu* (lar para idosos dependentes), *yogo rojinhomu* (lar para idosos).

Segundo as normas de funcionamento de serviços de atenção ao idoso no Brasil, a Secretaria de Políticas de Assistência Social sob a Portaria SAS 73/01, que garante direitos e cumprimentos de deveres para um envelhecimento saudável com qualidade de vida e reconhecendo a importância da organização desses setores especializados, difundiu três modalidades de instituições (ou unidades nas instituições):

Tabela 02 - Modalidades de Instituições

Modalidade - I	Modalidade - II	Modalidade - III
É a instituição destinada a idosos independentes para atividades da vida diária (AVD). A capacidade máxima recomendada por unidade é de 40 pessoas, com 70% de quarto para 4 idosos e 30% para dois idosos.	É a instituição destinada a idosos dependentes e independentes que necessitem de auxílio e de cuidados especializados e exijam controle e acompanhamento adequado de profissionais de saúde. A capacidade máxima recomendada é de 22 pessoas, com 50% de quartos para 4 pessoas e 50% para 2 idosos	Destinada a idosos dependentes que requeiram assistência total no mínimo em uma atividade da vida diária (AVD). Necessita de uma equipe interdisciplinar de saúde. Capacidade máxima recomendada: 20 pessoas, com 70% de quartos para 4 idosos e 30% para 2 idosos.

Fonte: adaptado de Freitas *et al* (2006).

De acordo com Freitas *et al* (2006), a Comissão de Assessoria Técnica a Instituições de Longa Permanência da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia de São Paulo desenvolveu um trabalho semelhante, incluindo, porém, uma quarta modalidade: é a instituição destinada a idosos dependentes que requeiram assistência total nas AVD's. Necessita de uma equipe multiprofissional de saúde. Capacidade máxima recomendada por unidade: 30 pessoas.

Para o autor supracitado, a Resolução da Diretoria Colegiada – RDC 283/05 da ANVISA adota definição semelhante àquela da Portaria 73/01 (excluída a capacidade máxima por modalidade), limitando à categoria “cuidadores” (pessoas que cuidam de idosos com dificuldades para desempenhar suas atividades de vida diária - AVD's. Suas tarefas envolvem o acompanhamento das atividades diárias e seu auxílio na alimentação, higiene pessoal, medicação de rotina e outros serviços necessários, excluídos aqueles para os quais sejam requeridos técnicas ou procedimentos identificados com profissões legalmente estabelecidas, particularmente na área da Enfermagem) as exigências de pessoal para cuidado ao idoso:

Tabela 03 - Grau de dependência do idoso e recursos humanos para os cuidados aos residentes em ILPI

Grau de dependência - I	Grau de dependência - II	Grau de dependência - III
Idosos independentes, mesmo que requeiram uso de equipamentos de autoajuda (bengala, muletas, entre outros); um cuidador para cada 20 idosos, ou fração, com carga horária de 8 horas/dia.	Idosos com dependência em até três atividades de autocuidado para a vida diária tais como: alimentação, mobilidade, higiene; sem comprometimento cognitivo ou com alteração cognitiva controlada; um cuidador para cada 10 idosos, ou fração, por turno.	Idosos com dependência que requeiram assistência em todas as atividades de autocuidado para a vida diária e ou com comprometimento cognitivo; um cuidador para cada 6 idosos, ou fração, por turno.

Fonte: adaptado de Freitas *et al* (2006).

Watanabe (2010) diz que as ILPI são consideradas um equipamento social em que o cuidado com a saúde não é o foco principal, apesar de seus residentes necessitarem desse cuidado, às vezes especializado. Por essa razão, essas instituições têm um caráter híbrido, social e de saúde. Por esta razão enfatiza que os profissionais de saúde evidenciam sobre os cuidados que devem ser prestados a esses residentes com foco na integração social e familiar, na manutenção da saúde, prevenção e tratamento de alguns agravos, bem como na reabilitação. A mesma, também relata que nas últimas décadas houve mudanças no perfil dos moradores dessas residências e destaca que atualmente há uma maior proporção de indivíduos muitos idosos, mais frágeis, com algum grau de dependência física ou cognitiva.

Fazendo uma reflexão profunda a esse respeito Silva e Santos (2010), em seu estudo, torna evidente que a ILPI é uma moradia especializada, cujas funções básicas são proporcionar assistência gerontogeriatrica, conforme a necessidade de seus residentes, integrando um sistema continuado de cuidados. E para que exista a assistência integral do indivíduo, é requerida a presença de uma equipe multiprofissional habilitada para o cuidado à pessoa idosa. As autoras relatam que esse cuidado direcionado à pessoa idosa deve acontecer sob parceria da instituição com as famílias e a comunidade. Atualmente, novas e diferentes instituições estão surgindo, cada uma com sua filosofia organizacional. Muitas investiram na inclusão de ambientes para socialização, valorização da independência e autonomia, preservação da individualidade e respeito à identidade do idoso.

Segundo o Ministério da Saúde as ILPI's têm a obrigação de manter padrões de habitação qualificados, compatíveis com as necessidades dos idosos e de acordo com as normas sanitárias, sob as penas da lei. Essa assertiva tem origem no Estatuto do Idoso, definido pela Lei n.º 10.741 de outubro de 2003, no qual é estabelecido que o idoso tenha o direito à moradia digna, no seio da família natural ou substituta. Ou desacompanhado de seus familiares, quando assim o desejar, ou ainda, em instituição pública ou privada (BRASIL, 2003).

A esse respeito, Dias (2011) recorre ao Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA, para dar alguns conceitos sobre família natural ou substituta, como segue:

Família natural é comunidade formada por um dos pais e seus descendentes (ECA 25) [...] Já a família substituta nasce na situação de guarda, tutela ou adoção [ECA 28]. Encontrando-se o idoso em situação de risco social, cabe seu acolhimento por adulto ou núcleo familiar (EI 36), instituto que equivale à guarda. Em vez de tutela, cabe a curatela, não havendo qualquer impedimento para que ocorra a adoção, instituto que se aplica ao idoso. Assim está garantido à pessoa idosa o direito à

convivência familiar e comunitária, mesma prerrogativa de que gozam crianças e adolescentes (DIAS, 2011, p. 469).

Para Manzochi (2009), em nossa sociedade são muitos os motivos que levam uma família a colocar seus idosos para viver em uma ILPI. Muitos não têm condições de ficar em casa para cuidar do idoso, pois todos trabalham para manter a família; outras famílias não podem, não querem ou não sabem como cuidar de seus idosos que precisam de alguma atenção especial ou que apresentem dependência de terceiros para desempenhar suas atividades de vida diária – AVD's (banhar-se, vestir-se, alimentar-se, realizar suas transferências, usar o banheiro às suas eliminações adequadamente, entre outros) e atender as suas necessidades de autocuidado.

Para a autora supracitada, a questão da institucionalização de um idoso pode provocar em seus familiares reações diversas, e não cabe aos profissionais de saúde julgar os grupos familiares, mas sim trabalhar para o bem-estar do idoso, pois é essencial que os familiares e as equipes de profissionais das ILPI's percebam a importância e o papel que cada um tem a cumprir em uma parceria que tenha como objetivo a boa qualidade de vida e o bem-estar do idoso dentro da instituição, respeitando sempre as possibilidades e as limitações das famílias e das instituições.

Barreto (2009), afirma que numa sociedade em que a expectativa de vida está se expandindo, o cuidado com a geração idosa, tradicionalmente atribuída à família, vem sendo realizado com frequência cada vez maior pelas ILPI's, principalmente quando os idosos apresentam algum comprometimento na sua autonomia e independência.

O mesmo autor segue dizendo que é fundamental entender que o processo de institucionalização deve levar em conta que o “cliente” não é apenas o idoso, mas que também sua família deve ser percebida como parceiro de toda a equipe, decorrendo daí a importância do estabelecimento de confiança entre esta e a ILPI na busca de estratégias para enfrentar situações do cotidiano.

O Decreto Federal 1.948, de 3 de julho de 1996, que regulamenta a Lei 8.842, de 4 de janeiro de 1994, que dispõe sobre a política nacional do idoso; em seu artigo 3º, deixa claro que a modalidade asilar de assistência social ao idoso é entendida como sendo 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 (CORTELLETTI *et al*, 2004).

No entendimento das mesmas, a grande parte das ILPI's, mantém a maioria dos idosos inativos dentro das instituições. Neste sentido, a carência do suporte familiar e social é também um fator que limita as oportunidades de o idoso buscar alternativas além de sua institucionalização e mesmo em instituições que atendem à população com maior poder aquisitivo (com renda média ou alta), os serviços volta-se, em geral, à saúde física do idoso, em detrimento dos seus aspectos psicológicos e sociais.

Contudo, as autoras supracitadas dizem ainda que, a sociedade precisa pensar alternativas para a institucionalização do idoso, investindo em alternativas mais complexas de suporte social, bem como, capacitação de profissionais e de voluntários; desenvolvimento de atividades interdisciplinares e multidisciplinares; atendimento em domicílio; e trabalho com familiares de idosos são aspectos que devem ser melhor explorados, requerendo-se atenção e ações mais efetivas dos que se ocupam com programas e políticas sociais voltados para a terceira idade.

A partir, principalmente, da década de 1980, quando um *boom* da terceira idade aconteceu no Brasil, diferentes grupos de convivência passam a existir no país. A velhice deixa o *status* de doença e passa a ser vista como um processo natural do curso da vida dos seres humanos. Desde então, surge uma rede de instituições de prestação de serviços com o objetivo de prover aos idosos cuidados integrais à saúde. O asilo foi uma dessas primeiras instituições, preocupado em suprir necessidades básicas como alimentação e moradia aos idosos. Contudo, o atendimento nestas instituições é marcado por relatos de maus-tratos e abusos, o que exigiu do governo medidas drásticas em relação a esta situação. Desde 1996, quando 88 idosos faleceram num período de um mês em uma dessas instituições, uma CPI foi instaurada em 2001 revelando que a maioria dos asilos funciona de forma clandestina e que, certamente, aquele não era o único asilo que oferecia comida estragada, água contaminada e remédios vencidos (CORTELLETTI *et al*, 2004).

Corroborando com estes acontecimentos, a literatura científica nas áreas de geriatria e gerontologia acerca da temática do idoso asilado reforça, muitas vezes, a questão do abandono, da exclusão social, da perda dos vínculos familiares, solidão, inatividade e improdutividade (DEBERT, 1999; PESTANA; ESPÍRITO SANTO, 2008).

Assim sendo, Yoshitome (2010) alerta que a enfermeira nas ILPI's deve desempenhar enorme quantidade de papéis: prestadora de cuidados, agente de ligação com a família e com os diferentes serviços, coordenadora, conselheira, amiga e elo da equipe multidisciplinar.

Nesse sentido, esse profissional torna-se elemento essencial para a garantia da qualidade da assistência ao idoso residente nestas instituições.

Segundo Claudia Fló (2010), a proporção de indivíduos que vivem em ILPI nos países em transição demográfica chega a 11%, enquanto que no Brasil não chega a 1,5%. A tendência é o aumento da demanda por ILPI no Brasil, desde há muitas décadas, embora as políticas públicas priorizem a família como responsável pelos cuidados ao idoso. A mesma refere várias ocorrências que contribuem para este fato como: a urbanização, as mudanças na estrutura familiar, a presença da mulher no mercado de trabalho, a redução do espaço habitacional e a crise socioeconômica.

O fato é que para Siqueira (2003), a questão da institucionalização de idosos continua sendo um assunto delicado, visto que sua aceitação como alternativa de suporte social ainda não é consensual, embora seja indiscutível o aumento da demanda por este serviço. Desta forma, é necessário traçar o perfil do idoso, diferenciando aqueles que vivenciam um envelhecimento bem-sucedido (senescentes) daqueles que demandam atenção profissional especializada (senis) e, considerando estas variedades e especificidades, planejar uma forma de suporte adequado.

Nesse sentido, o autor supracitado, relata que os asilos, atualmente chamados de Instituições de Longa Permanência para idosos – ILPI's representam uma dessas alternativas para um perfil específico de idosos. O que não é ainda uma realidade quando nas instituições brasileiras há uma grande procura por vagas, não só por parte dos idosos com alta dependência, mas também por idosos jovens, entre 60 e 65 anos, independentes, que foram alijados do mercado de trabalho e da proteção familiar, em decorrência das transformações socioeconômicas em curso na nossa sociedade.

No Brasil, as ILPI's têm caráter residencial e são destinadas ao domicílio coletivo de pessoas idosas, segundo a Resolução de Diretoria Colegiada n. 289 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária - ANVISA. De acordo com esse conceito não fica claro se essas entidades são consideradas parte da área social ou de saúde. Permitindo-as transitar de acordo com os interesses de cada entidade, especificamente. Assim, enquanto instituições sociais desobrigam-se da responsabilidade da prestação de cuidados de saúde. Enquanto a área de saúde pode-se obter outra fonte de recursos, nem sempre interessante devido às maiores exigências e fiscalização pelos conselhos de classe dos profissionais que nelas poderiam atuar (YOSHITOME, 2010).

Nesse segmento, a mesma relata que, para o Ministério da Saúde, a responsabilidade pela saúde dos idosos institucionalizados é das equipes de Saúde da Família da área em que a instituição se localiza. A mesma relata que algumas instituições, entretanto, mantêm uma equipe para atender as necessidades de saúde, como médicos, enfermeiros, nutricionistas, fisioterapeutas, entre outros, para uma atuação independente. A autora acima citada identifica o caráter híbrido das ILPI's, isto é, o fato de serem da área social e também da saúde, como sendo o desejável para que o idoso residente pudesse ter uma assistência diferenciada e qualificada.

A autora supracitada afirma também que, assim como no resto da América Latina, as ILPI's brasileiras têm objetivos diversificados são instáveis financeiramente, a gestão dos serviços não é profissionalizada e é pequeno o conhecimento técnico-científico sobre o processo de envelhecimento dos idosos residentes. Em sua maioria, tendem a prestar somente o serviço de abrigo, fornecendo teto e alimentação.

Nesse sentido Born e Boechat (2006, p.1133-34) revelam que, “em todo território nacional, não há praticamente ILPI's governamentais”. Os autores dizem que a grande maioria dessas instituições é de direito privado e se classifica como beneficente/filantrópica ou com finalidades lucrativas. As primeiras são mantidas por grupos religiosos, associações de imigrantes ou descendentes, e muitas têm um longo histórico de trabalho assistencial, de caráter asilar. As clínicas geriátricas ou casas de repouso, pertencentes ao grupo de instituições com finalidades lucrativas, mais recentes, localizam-se especialmente nos grandes centros urbanos. Geralmente nos municípios menores ou nas regiões menos desenvolvidas, encontram-se, apenas, instituições beneficentes/filantrópicas.

Camarano (2004) evidencia que, cuidados institucionais não constituem uma prática generalizada nas sociedades latinas. No entanto, a demanda por esse tipo de cuidado está aumentando em todo o mundo como resultado das transformações principalmente dos avanços do papel da mulher na sociedade e na economia. As restrições a essa prática são de várias ordens: custos financeiros e sociais elevados e baixa eficiência e eficácia dessa modalidade de atenção em relação aos seus benefícios. É consenso entre as mais variadas especialidades científicas que a permanência dos idosos em seus núcleos familiares e comunitários contribui para o seu bem-estar.

O texto constitucional brasileiro de 1998 assinala como preferencial que os programas de amparo aos idosos sejam executados em seus lares. Ao envelhecer, os indivíduos defrontam-se com várias rupturas, tais como a aposentadoria, a viuvez, a morte de amigos e a

proximidade de sua própria morte. O quadro pode ser agravado se parte dos idosos for acometida por redução na sua capacidade de execução das atividades da vida diária (AVD), o que compromete a sua autonomia.

Corroborando com o exposto, Claudia Fló (2010, p.488) diz que, a questão das ILPI para idosos, especialmente quando se trata de instituições para assistência ao idoso de baixa renda, é considerado um problema crônico e aparentemente sem solução na sociedade brasileira. No entanto, “acredita-se que as instituições sejam passíveis de influências e reformulações”.

A legislação brasileira relativa aos cuidados da população idosa é bastante avançada. No entanto, a prática tem se mostrado pouco satisfatória. Em 2002, a Comissão de Direitos Humanos da Câmara dos Deputados publicou o relatório intitulado V Caravana Nacional de Direitos Humanos: uma Amostra da Realidade dos Abrigos e Asilos de Idosos no Brasil. De acordo com o relatório, existiam aproximadamente 19 mil idosos institucionalizados em todo o País, o que representa aproximadamente 0,14% do total de idosos brasileiros. No entanto, como salientado pelo documento, é de se esperar que esse número seja bastante maior se se levar em conta que muitas das instituições asilares não são cadastradas e, possivelmente, grande parte delas funcione na clandestinidade. A maior ausência do poder público não reside, no entanto, na insuficiência presumida do número de vagas existentes e sim nas péssimas condições em que se encontram essas instituições, ou seja, na falta de uma supervisão adequada (CAMARANO, 2004).

1.4 Rede de suporte social ao idoso

Segundo Domingues e Derntl (2005) “o envelhecimento da população impulsiona, cada vez mais, o Poder Público a criar alternativas que viabilizem a permanência do idoso na comunidade, otimizando suas capacidades e estimulando, dessa maneira, o exercício de sua cidadania”. Para que se efetivem tais alternativas, faz-se necessário a identificação e posterior mobilização das pessoas que compõem sua rede de suporte social.

Em relação a isso, Sluzki (1997) define rede de suporte social como sendo o conjunto de pessoas significativas para o indivíduo, que o distingue de massa anônima da sociedade. Para Neri (2005), é o conjunto hierarquizado de pessoas que mantêm entre si laços típicos das relações de dar e receber. Diz ainda a autora, que essa rede existe ao longo de todo o ciclo vital do indivíduo e atende a motivação básica do ser humano de interação.

Para Rodrigues (2006), a rede social é constituída por um conjunto de relações interpessoais a partir das quais a pessoa e/ou a família mantêm a própria identidade social. Essa identidade compreende os hábitos, costumes, crenças e valores de uma determinada rede social, que conferem à pessoa determinadas características. Da rede social a pessoa e/ou a família recebem sustento emotivo, ajuda material, serviços, informações, tornando possível o desenvolvimento de formações de relações sociais. As redes sociais influenciam e interferem no comportamento dos membros que compõem o sistema. Permitem entender como a família articula-se com outros grupos e instituições através da rede de relacionamentos pessoais que ligam seus membros.

Assim, para o mesmo:

[...] é preciso resgatar o olhar sobre os indivíduos, suas famílias e seus contextos de vida, identificando como as famílias existem. Quem são, como são compostas, como funcionam que papéis desempenham, quais são as forças que os grupos familiares constituíram ao longo da sua trajetória para co-construir o cuidado às famílias, reconhecendo-as, respeitando sua autonomia e favorecendo a resolução dos problemas (RODRIGUES, 2006, p.77).

A esse respeito, Dias (*apud*, Souza; Beleza; Andrade, 2012) observa que há uma complexidade de fatores que interferem na manutenção e perpetuação das famílias, portanto faz-se necessário que os profissionais tenham clareza quanto às transformações e à realidade em que estão inseridas as famílias, com o intuito de realizar um trabalho coerente que atenda suas necessidades, de acordo com a singularidade que cada uma apresenta.

No envelhecimento, porém, esses relacionamentos tendem a se contrair. Isso se deve basicamente a dois fatores: morte de seus componentes e diminuição de oportunidades para efetivar novos contatos. Mesmo assim os vínculos que se mantêm são de grande intensidade, tornando sua atuação bastante efetiva (DOMINGUES, 2005).

Segundo Camarano (2004), em estudos do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA (fundação pública federal que realiza atividades de pesquisa econômica e de análise das políticas públicas no Brasil, criada em 1964), evidenciaram que:

- Na Europa a existência de um forte sentimento de reciprocidade e altruísmo tanto por parte dos filhos adultos quanto por parte dos idosos. Um terço dos jovens europeus acredita que sua geração tem responsabilidades para com os idosos e apenas 5% afirmam que não gostariam de ter de cuidar de parentes idosos (GRUNDY, 2001).
- Para a mesma, a probabilidade de existência de arranjos familiares extensos por necessidade dos idosos cresce à medida que aumenta a sua idade. Isso leva a uma associação entre co-residência de idosos (idosos vivendo em casa de filhos ou outros parentes) com sua “dependência” física ou financeira. Essa relação é fortemente

intermediada por fatores culturais. Por exemplo, na Europa os mecanismos de apoio dos filhos aos pais dependentes variam enormemente entre os países. Enquanto 73% dos espanhóis e 51% dos italianos responderam que ajudariam os pais com deficiência morando com eles, a proporção comparável, entre ingleses e holandeses, é bastante inferior, respectivamente 34% e 10%. Em contrapartida, a possibilidade de institucionalização é mais freqüente nos países nórdicos — 41% dos suecos em comparação a 2% dos italianos.

➤ Na Ásia, muito embora a co-residência de idosos e filhos esteja diminuindo, a família continua sendo a sua principal referência quando estes necessitam de apoio. O filho adulto tem a responsabilidade de cuidar dos pais quando eles perdem a autonomia e passam a necessitar de cuidados. Numa pesquisa feita em 1995 nas Filipinas, Cingapura, Taiwan e Tailândia, constatou-se que apenas uma pequena parcela dos idosos não possuía pelo menos um filho adulto vivo. Nos anos 1990, 70% dos pais com 60 anos ou mais viviam com um filho adulto. Entre os chineses e malaio de Cingapura esse percentual aumentou para 90% [Ofstendal, Knodel e Chayovan (1999)].

➤ Pesquisas na China evidenciaram que, mais de 70% dos idosos moram com filhos. Destes, aproximadamente 3/4 vivem em famílias com mais de três gerações [Yi (2001)]. Du Peng e Phillips (2002) mostraram que apesar de a China estar ampliando a cobertura do seu sistema de Seguridade Social, somente 25% das pessoas idosas recebem algum tipo de benefício. Nas áreas urbanas, 57% dos idosos dependem da ajuda econômica dos filhos e nas rurais, 64%. As mulheres são muito mais dependentes da renda dos filhos do que os homens. Cerca de 75% de sua renda vêm de ajuda dos filhos.

➤ Ferreira (s.d.) mostra que a co-residência na África do Sul também tem sido benéfica para as gerações mais velhas. Ela mostra também, que em quatro outros países africanos, Ghana, Nigéria, Serra Leoa e Zimbábue, a maioria dos idosos recebe ajuda material, financeira e física de seus filhos. A grande maioria dos cuidados com idosos tem recaído sobre as mulheres. Também são elas que mais requerem o cuidado dos filhos. Isso pode estar associado ao fato de viverem mais do que os homens e de se encarregarem do cuidado deles.

➤ Pesquisa realizada em 1994 no México mostrou que as famílias provinham a mais importante ajuda para os idosos [Conceição e Zavala (2002)]. Entre os casais de idosos, encontrou-se 67% deles vivendo com filhos. Entre as mulheres idosas sem cônjuges, a proporção comparável foi de 51% e, entre homens idosos sem esposas, ela foi de 41%, ou seja, a ajuda dos filhos aos idosos privilegia as mulheres nas idades mais avançadas, ficando os homens numa situação de maior fragilidade.

➤ De Vos (1990) mostra que o estado conjugal afeta a probabilidade tanto do idoso quanto da idosa de morarem na casa dos filhos. Isso foi verificado para seis países da América Latina. Em média, 67% dos idosos não casados vivem com suas famílias; entre os casados, essa proporção cai para 49%. O efeito é mais acentuado entre as mulheres do que entre os homens, controlando por idade e residência. Uma exceção foi encontrada na República Dominicana, onde os homens casados são mais propensos a viver com suas famílias que os solteiros (CAMARANO, 2006).

Nesse sentido, evidências de estudos de Camarano (2004), já mostravam preocupação com a importância do suporte familiar para os idosos e chamou atenção para o menor número de membros na família, devido à queda da fecundidade, e a entrada da mulher no mercado de trabalho. Isso pode implicar alterações na função tradicional da família de suporte e apoio aos idosos, seja pelo menor número de membros na família para cuidar das pessoas idosas, seja pelo menor tempo da mulher, tradicional cuidadora dos dependentes. O trabalho feminino crescente favorece a ajuda material ao idoso e desfavorece as demais ajudas. Na medida em que uma pessoa se aposente em boas condições de saúde, essa preocupação pode ser

minimizada. Por outro lado, as tendências crescentes de divórcio e separações em quase todo o mundo podem enfraquecer os laços familiares e reduzir o apoio aos idosos dependentes.

Neri (2005, p.44) fala sobre a importância dos cuidados formais e diz que “são aqueles prestados por profissionais, quer em domicílio, quer em instituições domiciliares, hospitalares ou as de curta permanência”. Porém a mesma diz que infelizmente, não dispomos no Brasil de *redes formais de suporte* de tamanho e qualidades suficientes para atender à demanda. A autora lembra também que, as conseqüências negativas são a sobrecarga da família e do cuidador e o comprometimento da qualidade de vida dos idosos. Porém, do lado positivo, ocorre uma mobilização das famílias e das organizações não governamentais em prol da solidariedade intergeracional.

1.5 Papel educativo da equipe de enfermagem no processo de admissão da pessoa idosa na ILPI

Há muito tempo a educação de pacientes é considerado um dos principais componentes do cuidado padrão disponibilizado pelos enfermeiros. O papel de educador desses profissionais está profundamente atrelado ao crescimento e ao desenvolvimento de sua profissão. Desde a metade do século XIX , quando a enfermagem foi reconhecida pela primeira vez como disciplina independente, a responsabilidade pelo ensino é reconhecida como um importante papel do profissional enquanto cuidador, com Florence Nightingale (1810-1920), que dedicou a vida para o cuidado do outro e para a profissionalização da enfermagem. Esta mulher é conhecida como fundadora da enfermagem moderna e foi sem dúvida um grande exemplo de educadora. Não só desenvolveu a primeira escola de enfermagem, como também dedicou grande parte da sua carreira ao ensino de enfermeiros, médicos e agentes de saúde (BASTABLE, 2010).

Florence Nightingale postula as concepções teórico-filosóficas baseadas nos conceitos fundamentais do ser humano, meio ambiente, saúde e enfermagem. Conforme Geovanini (2005, *apud* Silva Neto *et al.*, 2013, p.26):

Florence enfatizou em seus livros que a arte de enfermagem consistia em cuidar tanto dos seres humanos sadios como dos doentes, entendendo como ações interligadas da enfermagem, o triângulo cuidar-educar-pesquisar (...) considerou que o conhecimento e as ações de enfermagem são diferentes das ações e conhecimentos médicos, uma vez que o interesse da enfermagem está centrada no ser humano sadio ou doente e não na doença e na saúde propriamente ditas (SILVA NETO, 2013, p.26).

Segundo os mesmos autores, Nightingale fundou uma escola de enfermagem no Hospital Sant Thomas, que serviu de modelo às demais escolas. As aulas eram ministradas por médicos que decidiam quais de suas funções poderiam ser delegadas aos enfermeiros. A enfermagem firmou-se como uma prática feminina, assalariada e específica, subordinada ao saber médico. No Brasil, as práticas de saúde eram realizadas, inicialmente, pelos curandeiros indígenas, pelos sacerdotes e jesuítas. A prática de enfermagem nesta época caracterizava-se por ser uma atividade doméstica e empírica, com pouca técnica e exercida em sua maioria por pessoas do sexo masculino.

Para Geovanini (2005, *apud* Silva Neto *et al*, 2013), a primeira escola de enfermagem brasileira foi fundada no Rio de Janeiro, através do Decreto Federal 791 de 27 de setembro de 1890, chamada de Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras, atualmente conhecida como Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, pertencente à UNIRIO. O curso nesta escola estava de acordo com os modelos de Salpetière na França e tinha duração de dois anos. Como em outras sociedades, em todos os cursos de enfermagem, o ensino era determinado pelo médico, bem como a direção do curso, sendo esta última delegada a enfermeiros apenas recentemente.

De acordo com os autores supracitados, em 1923 foi estabelecida no Brasil a primeira escola de enfermagem pautada no modelo americano, denominada Anna Nery. Esta escola selecionava para seu quadro moças da alta sociedade, determinando a divisão do trabalho, sendo que às enfermeiras da Escola Anna Nery eram delegadas as atividades com maior complexidade intelectual, formando uma imagem elitista da profissão.

Ainda segundo Geovanini (2005, *apud* Silva Neto *et al*, 2013), a partir da década de 1960, com o aumento da privatização do setor de saúde, os profissionais de ensino superior passaram a atuar em maior número nos hospitais privados, enquanto que, a fim de diminuir gastos, o setor público de saúde passa a promover a formação de técnicos e auxiliares, o que na opinião da autora, fragmenta o trabalho de enfermagem, sendo delegado aos enfermeiros as atividades administrativas e burocráticas da instituição, enquanto que o cuidado direto ao cliente fica a cargo dos técnicos e auxiliares. Atualmente, a enfermagem divide-se em duas posições diferenciadas, uma gama de trabalhadores especializa-se cada vez mais para atender as demandas médico-hospitalares, enquanto que, outra parte, age em busca do resgate da saúde pública brasileira.

No Brasil, o exercício da enfermagem foi regulamentado pela Lei nº 7498, de 25 de junho de 1986, que, por sua vez, foi referendada pelo Decreto nº 94.406, de 08 de junho de

1987. Essa profissão é exercida privativamente pela enfermeira, pelo técnico de enfermagem e pelo auxiliar de enfermagem, respeitados os respectivos graus de habilitação e de competência, como integrantes da equipe de saúde (YOSHITOME, 2010).

Para Ribeiro (2009), a enfermagem é uma das áreas da saúde cuja essência e especificidade é o cuidado ao ser humano, individualmente, na família ou na comunidade, desenvolvendo atividades de promoção, prevenção de doenças, recuperação e reabilitação da saúde, atuando em equipes. Responsabiliza-se através do cuidado, pelo conforto, acolhimento e bem-estar dos pacientes, seja prestando o cuidado, seja coordenando outros setores para a prestação da assistência e promovendo a autonomia dos pacientes através da educação em saúde. Fazem parte da equipe de enfermagem: o enfermeiro, o técnico e o auxiliar de enfermagem.

Smeltzer e Bare (2009) sugerem que as enfermeiras que cuidam de pessoas idosas precisam estar atentas e observar como as mudanças normais (diminuição da rapidez do funcionamento mental, diminuições da memória recente, do pensamento abstrato, da concentração e tempo de reação diminuído) que ocorrem com a idade afetam as capacidades de aprendizagem e como uma pessoa idosa deve ser assistida para se ajustar a essas mudanças cognitivas resultantes do envelhecimento. Principalmente, o mais importante é reconhecer que o simples fato da pessoa ser idosa, não significa que ela não possa aprender.

Neste sentido, para as autoras supracitadas, as enfermeiras precisam atentar para o fato de essas mudanças estarem acentuadas devido a problemas de saúde e, para isso, devem promover uma avaliação completa do nível de funcionamento fisiológico e psicológico do idoso antes de iniciar o processo de ensino. Onde se devem desenvolver estratégias eficazes que incluam: apresentação lenta e progressiva do material, repetição frequente da informação e uso de técnicas de reforço como: audiovisual, material escrito e repetidas sessões práticas.

As mesmas autoras dizem ainda que envolver os membros da família do idoso para uma boa aprendizagem deve ser reforçada, até porque, podem ajudá-lo a não esquecer as instruções mais tarde, bem como, fornecer informações valiosas sobre a situação de vida do mesmo e sinalizar outras necessidades de ensino. Nesse contexto, a enfermeira, a família e outros profissionais de saúde envolvidos trabalham colaborando para facilitar a aprendizagem da pessoa idosa, as chances de sucesso aumentam e resulta na melhoria das capacidades de autocuidado, aumento da autoestima e desejo de aprender nas sessões futuras.

Diante do exposto torna-se relevante, pois, informar às famílias dos idosos quanto aos cuidados médicos, que devem ocorrer freqüentemente com exames preventivos,

acompanhamento e revisão geral do estado de saúde dependendo da idade, sexo e doenças predominantes no meio familiar. Para tanto, o Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003) destina-se “a regular os direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a 60 anos”, suprimindo uma carência existente ao longo da história de nossa sociedade (BRASIL, 2003).

Em relação aos idosos institucionalizados Eliopoulos (2005, p.435) lista algumas das principais responsabilidades das enfermeiras nesses estabelecimentos, conforme tabela abaixo:

Tabela 04 - Principais responsabilidades das enfermeiras nas ILPI's

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">➤ Auxiliar os residentes e suas famílias na seleção e na adaptação à instituição.➤ Investigar e desenvolver um plano de cuidados individualizado com base nos dados investigados.➤ Monitorar o estado de saúde do residente.➤ Recomendar e usar as técnicas de cuidado reabilitatório e recuperador, quando possível.➤ Avaliar a eficácia e a propriedade do cuidado.➤ Identificar as mudanças nas condições do residente e tomar as medidas apropriadas.➤ Comunicar e coordenar o cuidado com a equipe interdisciplinar.➤ Proteger e defender os direitos do residente.➤ Promover uma alta qualidade de vida para os residentes.➤ Assegurar e promover a competência da equipe de enfermagem. |
|---|

Fonte: Adaptado de Eliopoulos (2005, p.435)

Contudo torna-se relevante avaliar o desempenho da prática profissional da equipe de enfermagem, e, para isso pode-se utilizar alguns parâmetros como o nível educacional, o coleguismo, a ética, a colaboração, a realização de pesquisas e a utilização (otimização) dos recursos disponíveis (YOSHITOME, 2010).

Destarte, em seu estudo, Rissardo *et al* (2011) dizem que a família é, ou pelo menos deve ser um suporte na proteção ao idoso fragilizado; entretanto têm-se verificado, principalmente nos grandes centros urbanos, modificações na estrutura familiar e na dinâmica da sociedade, com a inserção cada vez maior de integrantes da família no mercado de trabalho, especialmente da mulher, o que resulta no enfraquecimento do suporte de cuidado aos idosos e no consequente aumento da institucionalização de pessoas idosas.

Para os mesmos, quando a família procura uma instituição de longa permanência para idosos como local para seu familiar morar, ela está tentando proporcionar um ambiente que ofereça cuidados e companhia, além de um espaço de convivência e socialização, já que no domicílio isto não é possível, porém na maioria das vezes os idosos são asilados contra sua vontade, necessitando de adaptações para inserir-se na instituição.

Além disso, muitos familiares, após a institucionalização do idoso, não retornam para visitá-lo, delegando os cuidados aos profissionais da instituição. Isto às vezes se deve a problemas de relacionamentos familiares nunca resolvidos, os quais levam algumas famílias a não se sentirem responsáveis pelos idosos (RISSARDO *et al*, 2011).

Neste contexto, é necessário compreender as circunstâncias que levaram a essa situação mediante a avaliação das forças e das fragilidades da família, pois isto pode expandir o conhecimento relacionado ao processo de cuidado do idoso institucionalizado e melhorar a avaliação das necessidades do idoso referentes à relação familiar. Pesquisas sobre o envelhecimento têm crescido em todas as áreas, entretanto pouco se sabe sobre a percepção do idoso institucionalizado com relação ao meio em que está inserida, sua construção histórica, o momento que está vivendo, a relação que permeia este idoso e sua família, bem como a importância do papel da família na vida do idoso asilado (RISSARDO *et al*, 2011).

Contudo, Pernambuco (2009), não nos deixa esquecer que o envelhecer pode ser uma linda experiência, para a qual nos preparamos durante toda a vida e, na qual, os profissionais que atuam com o idoso podem sempre aprender e ajudar a tornar este processo prazeroso e com qualidade, mantendo a independência e a funcionalidade.

Entretanto, Eliopoulos (2005, p.434) diz que “é crucial para as enfermeiras que trabalham em ILPI’s terem conhecimentos específicos dirigidos não somente aos idosos, bem como aos seus familiares”. Conforme algumas informações relevantes para o processo admissional listados na tabela abaixo:

Tabela 05: Medidas para auxiliar a família na admissão do idoso/familiar numa ILPI

Antes da admissão
➤ Encorajar a família a visitar a instituição e a destinar um período de tempo sem interrupções, para passar com ela. Revisar a informação básica sobre o estabelecimento e suas rotinas sem sobrecarga. Apresentar a família à direção de enfermagem, a direção médica, ao administrador e ao pessoal-chave. ➤ Solicitar informações sobre o residente que permite a equipe compreender a história particular do indivíduo, suas necessidades e preferências. Demonstrar interesse no residente como pessoa. ➤ Acompanhar a família até uma área privativa e oferecer a ela uma oportunidade de expressar suas preocupações e sentimentos. Comunicar aos familiares que é normal que se sintam culpados, zangados e deprimidos por terem uma pessoa querida internada; garantir-lhes que esses sentimentos serão amenizados pelo tempo. Avisar que não é raro que o residente, inicialmente, fique zangado com a família, implore para voltar pra casa, ou rejeite os familiares. Garantir que à medida que o residente se adapta a instituição essas reações geralmente diminuem. ➤ Descrever os direitos e as responsabilidades das famílias na instituição.
Na admissão
➤ Tentar contatar um membro da equipe, que tenha encontrado a família anteriormente a admissão, para acompanhá-la durante o processo admissional. ➤ Informar os membros da família sobre a localização do restaurante, banheiros, espaços de lazer, etc. Se possível solicitar uma bandeja ou um lanche para que familiares possam compartilhar a

primeira refeição do residente na instituição. ➤ Providenciar para que a equipe que cuidará do residente se apresente a família. É benéfico que a equipe escreva seus nomes em um papel para que família possa consultar para futuras referências. ➤ Apresentar a família aos membros da família de outro residente e encorajá-los a desenvolver um “companheirismo”. Muitas vezes as famílias podem prestar apoio significativo uma as outras e tornar as visitas mais agradáveis. ➤ Avisar a família sobre a sequência de eventos antecipados para o residente (por exemplo, o residente será examinado pelo médico a tarde, participará de uma atividade de grupo esta noite, consultará o fisioterapeuta amanhã pela manhã). Informar a família sobre as datas e horários das conferências de planejamento e dos outros eventos nos quais são convidados a participar. ➤ Encorajar a família a ir para casa em um horário razoável. Reforçar-lhes que o processo de admissão é cansativo, para eles e para o residente, e que todos podem beneficiar-se com algum repouso. Expressar compreensão com os sentimentos desagradáveis apresentados pela família e pelo residente, nesta ocasião, lembrando que eles normalmente melhoram com o tempo.
Durante as visitas ➤ Encorajar a família a envolver-se ativamente no planejamento e nas atividades de cuidados. Instruir os familiares sobre as atividades de cuidados que podem realizar, como a alimentação, esfregar as costas, exercícios com a variação de movimentos, arrumação. ➤ Sugerir atividades que a família possa compartilhar com o residente durante as visitas (por exemplo, jogos de cartas, presença de um animal de estimação, montagem de um álbum de fotografias, leitura, quebra-cabeças, decoração de um quadro de avisos). Se possível, levar o residente para a sala de atividades, ou para a parte externa durante a visita, e encorajar a família a levar o residente para fora das instalações por períodos curtos. ➤ Encorajar o toque entre a família e o residente. ➤ Proporcionar e respeitar a privacidade durante as visitas.
Em geral ➤ Ser cortês e paciente. Lembrar-se de que a presença de um familiar em uma instituição é difícil e pode causar várias reações direcionadas a equipe. ➤ Chamar a família quando houver uma mudança no estado ou incidente envolvendo o residente. ➤ Ouvir e investigar as queixas. Encorajar as famílias a discutirem os problemas com a equipe no nível da unidade. ➤ Solicitar a participação da família no planejamento e na prestação dos cuidados no maior grau possível.

Fonte: Adaptado de Eliopoulos (2005, p.434).

Ainda em relação ao envolvimento familiar, Eliopoulos (2005, p.433) adverte também que, as enfermeiras devem desenvolver e oferecer às famílias uma preparação de pré-admissão do idoso, mantendo-as orientadas e apoiando-as constantemente, além disso, devem desenvolver mecanismos de comunicação com as famílias envolvendo-as no cuidado e até informá-las quanto à importância das visitas após a institucionalização.

CAPÍTULO 2 - PROBLEMÁTICA

Quanto mais um homem se aproxima de suas metas, tanto mais crescem as dificuldades.

Johann Wolfgang von Goethe

2.1 Objeto de estudo

Papel educativo do enfermeiro na prevenção do corte do vínculo familiar do idoso institucionalizado.

2.2 Pergunta de pesquisa

Quais as contribuições educativas do enfermeiro na prevenção do corte do vínculo familiar do idoso institucionalizado?

2.3 Objetivos

2.3.1 Objetivo geral

Analisar as contribuições educativas do enfermeiro frente à família na prevenção do corte do vínculo familiar do idoso institucionalizado.

2.3.2 Objetivos específicos

- Conhecer as características sociodemográficas da família do idoso institucionalizado;
- Compreender como o idoso e a sua família enfrentam o processo de envelhecimento humano;
- Conhecer as políticas públicas dirigidas à pessoa idosa;
- Entender o vínculo familiar na concepção da família do idoso institucionalizado.

CAPÍTULO 3 - METODOLOGIA

*A vida só pode ser entendida retrospectivamente,
mas deve ser vivida progressivamente.*

Kierkegaard

Em cumprimento com o objetivo da pesquisa, para o desenvolvimento do estudo elaboramos uma pesquisa de natureza qualitativa, a qual consiste em entender melhor o fenômeno e suas características.

Os tipos de procedimentos utilizados foram entrevistas semiestruturadas e análise documental, com o objetivo de responder os questionamentos da pesquisa e alcançar o objetivo proposto.

Segundo Minayo (2004, p.22), a pesquisa qualitativa enfoca a subjetividade, trabalhando com o “universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes” que não podem ser quantificados. Para a mesma, qualquer estudo social que pretenda um aprofundamento maior da realidade não pode ficar restrito ao referencial quantitativo, ele deve expressar dados qualitativos, que requerem um referencial de coleta de interpretação diferenciado. Sendo assim, essa abordagem visa compreender a lógica interna de grupos, instituições e atores quanto à: valores culturais e representações sobre sua história e temas específicos; relações entre indivíduos, instituições e movimentos sociais; processos históricos, sociais e de implementação de políticas públicas e sociais, onde, possibilitará a coleta e organização dos dados, tendo em vista o alcance dos objetivos da pesquisa.

A presente pesquisa foi realizada com profissionais de enfermagem que atuavam há pelo menos um ano na Instituição de Longa Permanência para Idosos (campo de pesquisa), na cidade de João Pessoa, no Estado da Paraíba - Brasil, pois nesse tempo de serviço prestado à ILPI estes profissionais já poderiam deter um pouco de conhecimento acerca da dinâmica do processo de institucionalização. Também fizeram parte desta pesquisa os idosos residentes na referida instituição e seu familiar correspondente.

Para Bardin (2010), a abordagem qualitativa corresponde a um procedimento mais intuitivo, mas também mais maleável e mais adaptável, a índices não previstos, ou à evolução das hipóteses. É válida, sobretudo, na elaboração das deduções específicas sobre um acontecimento ou a uma variável de inferência precisa, e não em inferências gerais.

Para entendermos o fenômeno família e envelhecimento no contexto da institucionalização do idoso, empregamos uma abordagem de análise de conteúdo. De acordo com Minayo (2004), a análise de conteúdo é muito mais do que uma técnica de análise de dados. É uma abordagem metodológica com métodos e possibilidades próprias.

Para iniciarmos a pesquisa de campo, entramos em contato com a ILPI, campo de pesquisa, em busca da autorização para a execução da pesquisa. O diretor, a chefe de enfermagem, logo se colocaram à disposição, o que facilitou o processo. Em seguida partimos para os idosos institucionalizados e na sequência, seus familiares. A partir da identificação dos profissionais de enfermagem demos início à aplicação do instrumento de pesquisa, a entrevista semiestruturada. Na sequência, identificamos os idosos e seus familiares correspondentes. Esse momento, sem dúvida foi o mais crítico e complexo do nosso trabalho, pois encontramos resistência por parte de alguns familiares, nesse caso não os forçamos. Portanto, por não atender adequadamente aos critérios predeterminados, ficaram de fora da pesquisa.

É oportuno destacar, então, que ficamos com 04 profissionais de enfermagem, 06 idosos e 06 familiares, perfazendo no total, dezesseis participantes que atenderam às necessidades estabelecidas para o estudo. Por se tratar de uma investigação de caráter qualitativo, trabalhamos com a subjetividade, com sentimentos íntimos, com percepções e opiniões distintas, elementos que justificam o reduzido número de sujeitos da pesquisa pela natureza de nossa investigação. Contudo uma amostragem muito ampliada representaria uma séria dificuldade em lidar com estes elementos.

Convém ressaltar ainda que os resultados obtidos nessa investigação que pretende identificar as contribuições educativas do enfermeiro a fim de promover a continuidade do vínculo familiar com o idoso institucionalizado, poderão reaplicar-se em outras Instituições de Longa Permanência, visto que o objetivo da pesquisa não é encerrar-se em si mesma, mas aliada a outros campos do conhecimento abrir caminhos e possibilidades de reflexão e mudança em outras ILPI's, como canal de transformação do processo de institucionalização do idoso.

3.1 Universo da pesquisa ou população

A pesquisa que empreendemos realizou-se em uma Instituição de Longa Permanência para Idosos em regime de filantropia, situada na cidade de João Pessoa, Estado da Paraíba, que denominaremos simplesmente de ILPI. A instituição escolhida atende aos objetivos propostos no projeto por acolher idosos com a cognição preservada, e, além disso, por manterem vínculo familiar, mesmo depois da institucionalização; são estes os idosos, familiares e ainda os profissionais de enfermagem os objetos da pesquisa. A ILPI escolhida possui também uma estrutura física e funcional adequada ao desenvolvimento da referida pesquisa por trabalhar, inclusive, com a equipe de enfermagem distribuída em turnos distintos, em plantões matutino, vespertino e noturno o que contribui bastante para o êxito das atividades educativas de enfermagem desempenhadas junto aos familiares. Abriga idosos de várias camadas sociais inscritos numa fila de espera e que necessitam desse tipo de serviço, mas também conta com alguns idosos que foram trazidos por ordem judicial, visto que viviam em situação de vulnerabilidade social e risco.

A população objeto deste estudo foi constituída por profissionais da equipe de enfermagem que prestavam serviço na ILPI há pelo menos um ano, localizada na cidade de João Pessoa, capital do Estado da Paraíba, Brasil; idosos institucionalizados na mesma, com funções mentais e memórias preservadas e sua família, porém, esta, teria como critério fundamental ter vínculo afetivo com aqueles. É importante destacar também que todos os sujeitos que fizeram parte deste estudo aceitaram espontaneamente o convite para colaborar com este trabalho.

3.2 Amostra ou sujeitos da pesquisa

No entanto, os sujeitos participantes do estudo foram quatro profissionais da equipe de enfermagem (todos do sexo feminino); seis idosos institucionalizados (3 do sexo masculino e 3 do sexo feminino) e seus respectivos familiares (5 do sexo feminino e um do sexo masculino), escolhidos de acordo com os seguintes critérios de seleção:

- Ter 18 anos de idade ou mais;
- Ter condições cognitivas para responder à entrevista semiestruturada;
- Ser parente do idoso(a) e este(a) ter vínculo afetivo com aquele(a);

- Concordar em participar do estudo espontaneamente, através da carta convite (apêndice – C), depois de explicado o objetivo e informado sobre o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (apêndice - A);
- Ser assíduo(a) aos encontros pré-estabelecidos pela pesquisadora;
- Permitir o uso de um instrumento de gravação de voz, durante a entrevista, a fim de se evitar qualquer perda de conteúdo relevante à obtenção dos resultados;
- Consentir que os resultados da pesquisa pudessem ser publicados, apresentados e divulgados em eventos de natureza científica.

É importante destacar que os idosos sujeitos deste estudo tiveram que atender aos seguintes critérios de inclusão: condições de comunicar-se com a pesquisadora, de responder ao instrumento de coleta de dados e concordância em participar do estudo de maneira voluntária após a explanação dos objetivos.

Portanto, puderam-se realizar um total de dezesseis entrevistas (apêndices – D; E; F), com os seguintes sujeitos: quatro profissionais de enfermagem, seis idosos institucionalizados e seus respectivos familiares, haja vista os demais que faziam parte do universo não corresponderem às exigências propostas pelo referido estudo e não atenderem às necessidades da elaboração de análise de dados e discussão para esta pesquisa.

3.3 Instrumentos e procedimentos de coleta de dados

De acordo com a observância aos aspectos éticos de pesquisa envolvendo seres humanos, preconizados pelo Conselho Nacional de Saúde, respeitamos o descrito conforme a Resolução 196/96 do Ministério da Saúde, onde, foi solicitado aos participantes autorizações para participação no estudo, garantindo-lhes anonimato e sigilo, bem como o direito de acesso aos dados coletados e a liberdade de desistir de sua participação a qualquer momento. Ainda sobre esta Resolução, asseguramos aos participantes desta pesquisa, informações sobre os quatro referenciais básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça, entre outros (BRASIL, 1996).

Foi solicitado, ao Diretor Administrativo e a Chefe de Enfermagem da Instituição, onde desenvolvemos as entrevistas, autorização da pesquisa (apêndice - B), depois de explanado o estudo e seus objetivos. Contatamos os idosos e seus familiares selecionados e expusemos o trabalho e seus objetivos, para envolvê-los, e, assim obtivemos suas

colaborações, foi feito o convite para participar do estudo (apêndice – C) e depois foi solicitado o consentimento para aplicação do instrumento (apêndices – D; E; F) através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (apêndice – A).

Os dados foram coletados através de entrevista semiestruturada a qual é definida por Lüdke e André (1998), como questões formuladas a partir de um esquema básico de perguntas, mas não sendo aplicado de forma rígida, permitindo ao pesquisador a obtenção dos objetivos a que se propõe a investigação. Depois de gravadas as entrevistas, através das questões contidas no instrumento de pesquisa estas foram imediatamente transcritas.

No entanto, há várias maneiras de fazer uma entrevista, porém seguimos as orientações de Bardin (2010), que classifica a entrevista semiestruturada como sendo a mais fácil de ser aplicada e informa que se deve transcrever e registrar integralmente, incluindo hesitações, risos, silêncios, bem como estímulo do entrevistador.

Os dados foram coletados pela pesquisadora durante o mês de maio de 2013, com os profissionais, idosos e família, através de entrevista semiestruturada, utilizando roteiro de elaboração própria, conforme prescrito em apêndice – D; E; F, respectivamente. Constituído de duas partes: a primeira com vista à coleta de dados referentes à caracterização sociodemográfica e a outra contendo questões abertas dirigidas aos profissionais de enfermagem; aos idosos institucionalizados e família destes.

As questões dirigidas aos profissionais de enfermagem eram referentes à percepção deles a cerca das contribuições, de seu papel como educador na prevenção do corte do vínculo familiar com o idoso institucionalizado. Já com o idoso institucionalizado buscava-se identificar um familiar que tivesse vínculo afetivo com o mesmo e também sobre a influência exercida pela equipe de enfermagem no que se refere à continuidade do vínculo familiar. Em seguida se dirigia ao familiar, através de carta convite, a fim de colher seu depoimento em relação à percepção deste sobre o envelhecimento, institucionalização e vínculo familiar com foco na continuidade do vínculo afetivo entre idoso e família. Tudo aconteceu em turno e local, dias e horários previamente estabelecidos. As entrevistas foram realizadas com cada sujeito do estudo, com duração média de 60 minutos.

Oportuniza-nos informar que os sujeitos do estudo tiveram o direito de escutar a entrevista gravada e de alterarem qualquer resposta que lhes parecesse conveniente, porém nenhum o quis fazê-lo.

3.4 Características gerais do município de João Pessoa – PB

Para a construção desse texto foi realizada uma pesquisa em vários artigos e *sites* diversos, entre eles Wikipédia. Começaremos por mostrar o mapa do Brasil para uma melhor localização geográfica do País Sul Americano. Chamamos atenção para a Região Nordeste, o estado da Paraíba e sua capital João Pessoa, cidade sede da pesquisa. Em seguida, também expomos algumas belas imagens com a fachada do Mosteiro de São Francisco, o Parque Arruda Câmara com vista da Lagoa, o Centro de Convenções, o Farol de Cabo Branco e vista aérea das praias dos Seixas e de Cabo Branco.



Figura 1 – Mapa do Brasil
Fonte: www.googleimagens.com



Figura 2 – João Pessoa – PB
Fonte: www.googleimagens.com

João Pessoa é um município situado na região nordestina do Brasil e capital do estado da Paraíba. É conhecida como "Porta do Sol", devido ao fato de, no município, estar localizada a Ponta do Seixas, que é o ponto mais oriental das Américas, o que faz a cidade ser conhecida como o lugar "onde o sol nasce primeiro, nas Américas". Fundada em 1585 com o nome de "Nossa Senhora das Neves", a cidade de João Pessoa é a terceira capital de estado mais antiga do Brasil, tendo já sido fundada com título de cidade.

É a cidade mais populosa do estado, com cerca de 750.000 mil habitantes e sua região metropolitana formada por João Pessoa e outros dez municípios forma 1 milhão e 150 mil habitantes, aproximadamente.

O município possui clima tropical. É famosa pelas suas praias e pelos vários monumentos de arquitetura e arte barroca. Durante a Conferência das Nações Unidas sobre o Meio Ambiente e o Desenvolvimento, em 1992, João Pessoa recebeu o título de "segunda capital mais verde do mundo". Segundo um cálculo baseado na relação entre número de habitantes e área verde, a cidade perderia apenas para Paris.

Suas praças contam com equipamentos de ginástica, além de ciclovias espalhadas pela cidade. É lei o fechamento de parte da orla para caminhadas nas manhãs (das 5 às 8 horas). Dados de 2000 mostram João Pessoa como a capital menos desigual do Nordeste, segundo dados do IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada.

A região nordeste também apresenta alterações importantes em sua estrutura etária. Nesta região, o estado da Paraíba ocupa um lugar de destaque em termos de envelhecimento, sendo 11,2% (DATASUS, 2009) de sua população composta por indivíduos acima dos 60 anos, ocupando, em 2009, a terceira colocação em número proporcional de idosos.

Na cidade de João Pessoa, há pouco mais de 170 000 famílias, numa média de 3,48 pessoas por domicílio, o que reflete a diminuição de pessoas na família média pessoense. Segundo censos, a redução no tamanho da família pessoense deve-se a função do rápido e intenso processo de diminuição da fecundidade nas últimas duas décadas e no aumento na parcela de domicílios que são mantidos financeiramente por mulheres. Na década de 1970, a família pessoense média tinha pouco mais de 5 membros. Hoje em dia, a composição tradicional da família é pai, mãe e filho (IBGE, 2010).

A cidade revela um aprofundamento de algumas tendências e o afloramento de alguns novos padrões de distribuição espacial da população. No censo de 2000, o número de pessoas não naturais do município alcançou 28.500. Dez anos depois, a população da capital

aumentou em quase 100.000 pessoas, sendo que boa parte delas é de filhos de pessoas naturais de outras cidades do estado, de outros estados do Brasil ou de outros países. Ainda segundo o censo de 2000, o número de estrangeiros na cidade é crescente, sendo que a maioria é de origem portuguesa (16,5%), peruana (10%), chilena (8%), seguidos de alemães, italianos, argentinos e bolivianos.

Dados do Censo de 2010 revelaram que, 75,4% dos pessoenses residem em domicílios próprios, 18,3%, em imóveis alugados e outros 6,3%, em locais cedidos. Apesar de muitas famílias pessoenses terem seus domicílios próprios, muitas se encontram em domicílios muito pequenos com famílias numerosas e domicílios bem maiores com poucos moradores. Outro dado domiciliar relevante é a crescente verticalização: boa parte da cidade é alvo de verticalização excessiva. É crescente o número de pessoas residindo em apartamentos, por causa do enorme crescimento do número de unidades habitacionais deste tipo ao longo da década de 1970 (IBGE, 2010).

João Pessoa também é uma das 3 capitais que proporcionalmente possuem o maior número de famílias da classe “A” no nordeste, segundo a pesquisa da FGV – Fundação Getúlio Vargas com dados do Censo de 2010, assim como Recife, capital do Pernambuco e Aracaju, capital de Sergipe (IBGE, 2010).

3.5 Contextualizando a instituição campo de pesquisa

A instituição campo de pesquisa é composta por um corredor central que dá acesso, à esquerda, três pavilhões; copa; salão de eventos e ao fundo uma praça, à direita, mostra também parte de um jardim e a lateral de uma igreja Católica.

Trata-se de uma instituição filantrópica, sendo mantida por doativos da comunidade, trabalhos voluntários e aposentadorias dos idosos residentes, fundada há mais de seis décadas, tem capacidade para acolher 60 idosos, de ambos os sexos, no momento há moradores com idade entre 60 e 104 anos.

A instituição conta em sua estrutura física com uma área reservada à parte burocrática, administrativa; ambulatório, posto de enfermagem, sala de curativos, farmácia, sala de esterilização de materiais e acondicionamento dos mesmos; uma sala que serve de apoio aos acadêmicos de vários cursos de graduação na área de saúde, que prestam estágios práticos, supervisionados por seus respectivos professores; uma sala para fisioterapia (em construção); tem também uma igreja católica, com missas semanais; um salão para eventos, inclusive reuniões espíritas semanais, cultos evangélicos mensais e dinâmicas de grupo, com

atividade física; um almoxarifado com prateleiras em alvenaria, geladeiras e freezers para o armazenamento de alimentos perecíveis e não perecíveis; tem ainda, uma cozinha com mesa, lavatório em inox, um fogão industrial, geladeiras e armários e refeitório contendo lavabo, bebedouro, uma TV grande, mesas e cadeiras com capacidade para 48 lugares.

Para residência dos idosos há quatro pavilhões térreos, sendo dois masculinos e dois femininos, para aqueles que apresentam condições de independência há suítes individuais, contendo cama guarda-roupa, TV e geladeira pequena, e, quartos coletivos para os idosos que apresentam condições de dependência, ou seja, idosos que apresentam necessidade de ajuda para as atividades básicas da vida diária (AVD's) - como higiene pessoal, alimentação, locomoção, etc. – e os que possuem transtornos mentais.

Existem ainda, três depósitos independentes e reservados com destino a guarda de materiais de limpeza, de construção e de resíduos, uma lavanderia, onde são lavadas as roupas dos idosos por duas lavadeiras, de segunda à sexta-feira, e, encaminhadas pelos cuidadores às suítes dos mesmos, se forem independentes, ou no caso do idoso ser dependente são levadas para serem acondicionadas na rouparia existente em cada pavilhão. A instituição conta também com banheiros destinados aos visitantes, uma pracinha com 6 bancos de concreto e bem arborizada; além disso, há passarelas e jardins para passeios e caminhadas; há ainda, uma sala para realização de fisioterapia, em construção.

O seu quadro de funcionários é formado por um diretor, um vice-diretor, um tesoureiro, uma secretária, uma enfermeira entre outras três voluntárias, quatro técnicas de enfermagem, uma nutricionista, uma psicóloga, cinco cuidadores, duas cozinheiras, duas lavadeiras, quatro auxiliares de serviços gerais e vários voluntários que prestam algum tipo de serviço em várias áreas, na instituição, como: médica, cabeleireira, manicure, barbeiro, representantes religiosos, entre outros.

3.6 Procedimentos

Buscando a compreensão do fenômeno social, Minayo (2004) diz que a pesquisa qualitativa, por trabalhar com os motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, tem a possibilidade de aprofundar-se no mundo dos significados das ações e relações humanas. Em sintonia com a abordagem qualitativa, utilizamos a entrevista semiestruturada como procedimento central da pesquisa.

Em concordância Laville e Dionne (1999) informam que após o pesquisador identificar as fontes potenciais de informações necessárias deverá obtê-las e aí então iniciar o processo de análise e interpretação para em fim concluir.

Outro procedimento que foi utilizado compreende numa análise documental que “consiste em especificar a realidade dos fatos e acontecimentos relevantes”, (GONSALVES, 2003, p.68), os quais foram coletados através dos prontuários dos residentes, por intermédio de registros, neste caso específico, registros da equipe de saúde da ILPI.

Para Bardin (2010, p.47), a análise documental pode ser definida como sendo “uma operação ou um conjunto de operações visando representar o conteúdo de um documento sob uma forma diferente da original, a fim de facilitar, num estado ulterior, a sua consulta e referência”.

A mesma segue afirmando que:

[...] a análise de conteúdo toma em consideração as significações (conteúdo), eventualmente a sua forma e a distribuição destes conteúdos e formas (índices formais e análise de co-ocorrência). [...] o objetivo da análise documental é a representação condensada da informação, para consulta e armazenamento; o da análise de conteúdo é a manipulação de mensagens (conteúdo e expressão desse conteúdo) para evidenciar os indicadores que permitam inferir sobre uma outra realidade que não a da mensagem (BARDIN, 2010, p. 47-8).

Como aspectos fundamentais da entrevista, o entrevistador demonstrou um grande respeito pelo entrevistado, ouvindo-o sem forçar suas respostas, respeitando o ritmo de cada um, criando um clima de confiança e aceitação. Convém ressaltar também que, respeitaram-se os horários, garantindo o sigilo das respostas e compreendendo o universo e o horizonte intelectual dos sujeitos. Dessa forma, as pessoas entrevistadas responderam com tranquilidade, pois perceberam que não estavam sendo manipuladas ou utilizadas pelo entrevistador e os resultados foram compensadores.

Para a realização da análise, após as entrevistas gravadas, foram transcritas e os dados obtidos organizados em temas, estes foram confrontados com a literatura pertinente, bem como através da técnica de análise de conteúdo de Bardin, que afirma:

As diferentes fases da análise de conteúdo, tal como o inquérito sociológico ou a experimentação, organizam-se em torno de três pólos cronológicos: 1) a pré-análise; 2) a exploração do material; 3) o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação (BARDIN, 2010, p.121).

Por conseguinte, os dados foram descritos e desenvolvidos textualmente após uma leitura crítica, analítica e sistemática ao material coletado, a fim de satisfazer o questionamento do estudo em detrimento da relevância do objetivo proposto pela pesquisadora, a fim de chegarmos aos resultados da pesquisa.

Destarte, a pesquisa que empreendemos é de caráter qualitativo, sendo utilizados os instrumentos acima descritos.

CAPÍTULO 4 - DESCRIÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS COLETADOS NA PESQUISA

Disciplina é a ponte entre metas e realizações.

Jim Rohn

No percurso metodológico desse trabalho se enfatizou que, devido às características do seu objeto e de seus objetivos, este estudo se inscreve na perspectiva da pesquisa qualitativa, mediante a utilização das abordagens de pesquisa bibliográfica, de campo e análise documental. Por isso, o momento de análise dos dados consistiu mais em uma descrição do processo vivido do que propriamente na apresentação dos dados exatos, mensuráveis, pois um dos aspectos que caracteriza as pesquisas qualitativas é que seus achados são predominantemente descritivos (LÜDKE & ANDRÉ, 1998).

Também se mencionou no percurso metodológico, que o estudo teve como sujeitos de pesquisa 4 (quatro) profissionais da Equipe de Enfermagem, sendo 1 (uma) enfermeira e 3 (três) técnicas de enfermagem; e, 6 (seis) idosos institucionalizados e seus respectivos familiares, totalizando 16 participantes.

Realizadas as dezesseis entrevistas com os sujeitos investigados, passou-se a análise dos achados destacando, inicialmente, as características dos participantes da pesquisa. Em seguida, procedeu-se a análise de suas falas.

Apreciaram-se também os prontuários dos idosos institucionalizados e através das informações ali contidas realizou-se uma análise documental, sobretudo, para esse fim levou-se em consideração duas fichas: 1) **PAAMII** - Protocolo de Avaliação Admissional Multidimensional do Idoso Institucionalizado, preenchida no momento da institucionalização por uma equipe multiprofissional; 2) **SAE** - Sistematização da Assistência de Enfermagem, preenchida de acordo com os resultados da consulta de enfermagem, realizada pelo enfermeiro, em sua rotina diária. Deu-se prioridade à análise dos documentos referidos acima, dada à riqueza de informações pertinentes aos objetivos propostos nesse estudo.

Os participantes foram caracterizados de acordo com as iniciais que os representavam, seguidos da ordem numérica ao qual foram entrevistados. Para os profissionais de enfermagem, estabeleceram-se as seguintes denominações: P – 1; P – 2; P – 3 e P – 4. Para os idosos institucionalizados utilizaram-se: I – 1; I – 2; I – 3; I – 4; I – 5 e I – 6. Já para os

familiares desses idosos configuraram-se as seguintes denominações: F – 1; F – 2; F – 3; F – 4; F – 5 e F – 6.

Tabela 06 - Caracterização dos profissionais de enfermagem sujeitos da pesquisa

Participante	Sexo	Idade	Experiência na Enfermagem	Nível de Atuação
P - 1	Feminino	28	08 anos	Técnico
P - 2	Feminino	45	23 anos	Técnico
P - 3	Feminino	32	04 anos	Superior
P - 4	Feminino	26	05 anos	Técnico

Fonte: Roteiro para Entrevista com os Profissionais da Instituição de Longa Permanência para Idosos

A análise do quadro ilustrativo permitiu destacar a predominância das mulheres na equipe de enfermagem, especialmente na assistência, pois se constatou que os quatro sujeitos profissionais participantes da pesquisa são do sexo feminino.

Analisando os dados no que diz respeito às características dos sujeitos investigados nesse estudo, se observou que são todos do sexo feminino; apresentam idade variando entre 26 e 45 anos; possuem tempo de experiência na enfermagem variando entre 05 e 23 anos; atuam na área de enfermagem em gerontologia; têm formação em nível médio, no chamado Técnico em Enfermagem e apenas uma possui graduação em Enfermagem, ou seja, com atuação em nível superior.

Um dado significativo refere-se à média de idade das participantes da pesquisa, pois se observou que das quatro profissionais entrevistadas, três delas, ou seja, 75% concluíram o curso Técnico em Enfermagem com até 22 anos de idade, as quais informaram terem prestado o exame vestibular sem sucesso foi então que, resolveram buscar qualificação profissional, e, optaram por fazer o curso técnico em enfermagem.

Outra constatação diz respeito ao número reduzido de Enfermeiros trabalhando na assistência nesse tipo de instituição, pois dos seis profissionais da equipe de enfermagem que atuam na ILPI, somente uma tem formação em nível superior, ou seja, é enfermeira, porém apenas quatro profissionais dessa equipe fizeram parte deste estudo, na qualidade de sujeitos participantes da pesquisa.

4.1 Descrição e análise dos dados da pesquisa com os profissionais de enfermagem

Após a descrição das características dos profissionais de enfermagem, iniciaram-se as análises de suas falas obtidas por meio de entrevistas semiestruturadas, usando-se a análise de conteúdo de Bardim.

A primeira entrevista foi realizada com uma técnica de enfermagem, a mesma chegou e informou que estava disponível naquele momento e as outras profissionais foram entrevistadas em turno e dias diferentes.

A entrevista foi conduzida pela autora da pesquisa, numa sala reservada aos estudantes/estagiários de enfermagem e seus devidos preceptores de várias Instituições de Ensino Superior desta cidade. O local era amplo, porém não oferecia privacidade, nem para a pesquisadora, nem para a entrevistada, pois a qualquer momento poderiam chegar estudantes, idosos/moradores e outros profissionais também poderiam passar pelo local, o que ocorreu por dois momentos durante a entrevista. Com relação à entrevistada, foi possível perceber que sentia pressa, pois a mesma estava sozinha para a realização de diversos procedimentos (banho no leito, troca de curativo, administração de medicamentos, entre outros) em idosos que ainda faltava realizar naquele turno, porém estava à vontade, para falar sobre sua rotina na instituição. No decorrer da conversa, a participante se mostrou cansada ao mencionar que a saúde do idoso ficava única e exclusiva sob sua responsabilidade, emocionou-se ao falar do seu trabalho e da relação com os idosos.

A segunda profissional foi entrevistada no período da tarde, também é técnica de enfermagem, a entrevista se realizou no posto de enfermagem, é uma sala pequena com acomodações restritas, porém aberta e com pouca privacidade. A profissional também estava de plantão, mas estava tranquila e apresentava empenho ao responder as perguntas. Apresentou-se calma, paciente e gentil, me pediu para sentar, leu atentamente o Termo de Consentimento, assinou e disse que estava ao meu inteiro dispor. Disse que gosta da profissão, estar terminando o nível superior, pois o nível técnico é mais cansativo e lhe proporciona pouca satisfação em relação ao salário recebido.

Na sala de estudos entrevistei a terceira participante que era a Chefe de Enfermagem da instituição. Assim como já tínhamos conversado previamente, informei novamente o objetivo do trabalho e falei sobre o termo de consentimento. A mesma aparentou uma postura comunicativa se mostrou disponível, falou detalhadamente sobre seu trabalho na ILPI e parecia sentir-se a vontade com a minha presença. Todavia mostrou-se cansada, pois tinha outro vínculo empregatício e somava doze horas de trabalho diário, correspondendo a sessenta

horas semanais. Na referida instituição a mesma assumia o plantão das 07:00 às 13:00 horas, de segunda à sexta-feira. Falou também que a demanda para a assistência do serviço de enfermagem era intensa e contava com a importante colaboração das enfermeiras/professoras universitárias e seus acadêmicos/estagiários do Curso de Graduação em Enfermagem.

A última profissional foi entrevistada no turno da manhã, no mesmo local, todavia nesse momento o ambiente estava mais calmo e não houve nenhuma interrupção durante a entrevista. A participante também é técnica em enfermagem e foi entrevistada pela mesma pesquisadora. Quanto ao estado emocional, apresentou-se bastante calma e colaborativa. Ao ser questionada, respondeu com segurança e discorreu sobre seu trabalho com objetividade. Em seu discurso enfatizou gostar tanto da área de saúde, que resolveu estudar mais para prestar vestibular, se formar e colocar um anel no dedo. Mas, tudo por amor à enfermagem e não por dinheiro, pois como desabafo disse ganhar muito pouco.

As análises foram realizadas agrupando as respostas em quatro temas, partindo do roteiro da entrevista:

- 1) Papel da Equipe de Enfermagem na ILPI;
- 2) Contribuições da equipe de enfermagem para a adaptação do idoso na ILPI;
- 3) Nível de conhecimento acerca das Políticas Públicas direcionadas ao idoso;
- 4) Principais dificuldades enfrentadas pela Equipe de Enfermagem na ILPI.

Os dados foram analisados enfatizando os pontos com maior destaque em cada tema abordado durante a entrevista com as profissionais, sendo desconsideradas algumas falas em que havia repetição nos argumentos apresentados.

Tema 1: Papel da Equipe de Enfermagem numa ILPI

No tema referente ao papel da equipe de enfermagem numa ILPI se procurou identificar junto às profissionais entrevistadas, o grau de importância, os principais procedimentos/cuidados (técnicos ou básicos) realizados e quanto ao acolhimento dos idosos na instituição. Esta indagação se deu porque, embora haja uma equipe de enfermagem trabalhando no local, porém confunde-se a esse tipo de instituição “necessidades marcadas, sobretudo, pelo assistencialismo e ficando relegadas à função de guarda, proteção e alimentação”, conforme (OKAZAKI, 2010, p.343).

Corroborando com essa discussão, a Resolução de Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, a RDC n. 283/2005 regula o funcionamento dessas

instituições no Brasil e deixa claro que as ILPI's têm caráter residencial e são destinadas ao domicílio coletivo de pessoas idosas.

Por isso Watanabe (2010) diz que as ILPI's se caracterizam por terem um caráter residencial e de domicílio coletivo destinado a idosos desprovidos financeiramente ou cujas famílias não tenham condições para a própria manutenção. Dessa forma, são consideradas um equipamento social em que o cuidado com a saúde não é o foco principal, embora seus residentes necessitem desse cuidado. A mesma traz para o debate a questão dessas instituições terem um caráter híbrido, social e de saúde.

Como se pode observar, a presença de uma equipe de saúde numa ILPI envolve vários fatores, bem como o de estar vinculada ao caráter social ou de saúde. Além disso, a pesquisa ora realizada corrobora com estudos anteriores, quando se verifica que os sujeitos pesquisados apontam embaraços a essa questão, pois eles se confundem quando indagados a esse respeito. Como se pode observar a seguir:

“O papel da equipe de enfermagem? Bem, são muitos, viu! (pausa) Olhe tem os cuidados com a saúde deles, fazer curativos, administrar a medicação... sim, tem também a higiene, a alimentação... tudo fica na nossa responsabilidade, sabe? Acompanhar nas consultas médicas... Providenciar exames, quando precisar! Tudo que disser respeito a saúde do idoso fica na nossa responsabilidade... Em fim... eu acho que o papel da equipe de enfermagem é muito importante nessa instituição! É isso!” (P – 1).

“É importante no sentido de realizar os procedimentos específicos da nossa área... estar atenta à higiene, à alimentação, às eliminações... porque tem uns que tem problema de prisão de ventre... e, se a gente não estiver atenta... já viu, né? É hospital na certa! A gente também acaba sendo mãe, amiga, irmã... faz papel de psicóloga, e tudo mais... apazigua as confusões entre eles, mais com as idosas... é fofoca... volta e meia estão de mal umas com a outras... tem também que ficar alerta quanto ao isolamento, viu? Tem uns que se a gente deixar... não sai de casa nem pra comer e tomar banho de sol... Sim, tem também que realizar os curativos e a administrar as medicações... Bem... é estar sempre vigilante!” (P – 2).

“São muitos, pois aqui eu além de ser enfermeira e ter a obrigação de dar conta da parte da saúde física deles... sou também nutricionista, pois todo tempo estou de olho em suas alimentações... em relação aos constipados ou diarréicos e, ainda aos diabéticos e aos hipertensos... atuo também como psicóloga, pois vez por outra me vejo ouvindo as angustias deles... aí tenho que dá uma palavra de conforto pra melhorar sua auto-estima... pelo menos naquele momento... é sofrimento!(risos).Tem também o acolhimento que muitas vezes sou eu que realizo. Trabalho com quatro técnicas de enfermagem e divido com elas todos os cuidados, mas tem atividades que eu tenho que realizar, pois é de minha competência... como por exemplo, a admissão, a consulta de enfermagem... Além disso, tem as cobranças da família... tem alguns que têm restrição alimentar (os diabéticos ou hipertensos), a própria família traz uma alimentação que eles não podem

comer... e depois, a própria família questiona a hiperglicemia ou pico hipertensivo (pausa) e também a parte administrativa, pois quando tem fiscalização... quem responde por tudo sou eu...” (P – 3).

“Olhe, assim... eu acho que o papel da equipe de enfermagem é muito importante! Pois, é a gente que tá do lado deles (idosos) todo o tempo! Então... qualquer alteração no estado de saúde deles a gente logo informa a enfermeira e ela toma uma atitude... leva logo pro médico e trata rapidinho, entendeu? E também quando precisa a gente faz curativos e outras coisas de acordo com a necessidade de cada um, sabe? E também quem administra as medicações somos nós... e a gente tem que ficar atenta, porque tem uns que engana! (risos)... faz que toma e quando a gente dar as costas... joga fora... e, depois a gente ver o comprimido jogado no chão, embaixo da cama, dentro do travesseiro... pois é... são espertinhos, viu? (risos)” (P – 4).

Portanto, na entrevista realizada com os quatro profissionais de enfermagem da ILPI em relação à primeira pergunta, foi questionado o papel da enfermagem na Instituição de Longa Permanência para Idosos e, os resultados indicaram que 50% dos profissionais (P – 1 e P – 2) consideram como importante a função que exercem, outros 25% (P – 4) refere os cuidados básicos como papel da enfermagem e, 25% (P – 3) acredita que o acolhimento é essencial em seu trabalho, como se pôde observar em suas falas acima.

É observado que o profissional de enfermagem se percebe como sendo aquele que é responsável pelo cuidado direto e, algumas vezes, citado como o que exerce a função de multiterapeuta, incluindo as atribuições de psicoterapeuta, de amigo, ou ainda, de familiar. De certa forma, concordando com Olshowsky *et al.* (2005 *apud* Silva Neto *et al.*, 2013) ao falar que os profissionais têm em sua prática o acolhimento, o estabelecimento de vínculos e a humanização da atenção. Entretanto, isso surge não como uma prática desenvolvida criticamente, ou através da aplicação teórico-técnica refletida e assimilada no processo de formação profissional, pois o autor afirma que os profissionais de enfermagem carregam a necessidade de refletir sua prática e os pressupostos referenciados como humanizados em sua diretriz, mas, o que se verifica, é um aprendizado deliberado e constituído em outro lugar de formação: a formação pessoal. Como se pôde observar nas verbalizações de (P – 3).

Ainda em concordância com a fala da profissional sujeito (P – 3), Malagutti e Bergo, (2010) colocam que todas as alterações que ocorrem no processo de envelhecimento devem ser vistas por meio do olhar dos profissionais da equipe interdisciplinar: fisioterapeutas, assistentes sociais, psicólogos, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, dentistas, nutricionistas, além de médicos e enfermeiros. A autora chama atenção para a interação dessas visões com enfoque na melhoria da qualidade da assistência ao idoso.

Corroborando com o exposto, Diogo (2000 *apud* Malagutti e Bergo, 2010, p.226) afirmam que, “as necessidades físicas, sociais e psicológicas do idoso fragilizado são frequentemente complexas e, assim, exigem [...] uma avaliação interdisciplinar”.

Fazendo referência ao depoimento do sujeito de pesquisa (P – 3), ao relatar sobre alguns procedimentos só poderem ser realizados pelo profissional enfermeiro graduado, Yoshitome (2010) confirma que, legalmente, as enfermeiras devem realizar a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) de cada idoso residente, como uma atividade exclusiva.

Contudo, os dados ora apresentados revelaram um aspecto importante quando se percebeu que, em sua maioria, os sujeitos profissionais participantes dessa pesquisa vêem o desempenho de suas atividades como sendo algo de grande importância para o bem estar do idoso na instituição, como se pôde averiguar nas falas de (P – 1 e P -2).

Nesse sentido, Yoshitome (2010) lembra que, apresentar a importância da enfermagem não deve servir somente para enaltecer a profissão, mas demonstra sua responsabilidade na própria equipe, nos serviços e na instituição como entidade.

Tema 2: Contribuições da equipe de enfermagem para a adaptação do idoso na ILPI

Neste tema foram evidenciadas as contribuições da equipe de enfermagem para a adaptação dos idosos na ILPI, onde se verificou certa congruência em suas respostas, conforme segue os depoimentos:

“Bem, a esse respeito, eu penso que à equipe de enfermagem, compete também estimular que o idoso novato seja bem tratado por todo mundo que trabalha aqui, pois nós só estamos aqui por causa deles, né?” (P – 1).

“Quanto à adaptação... é papel da enfermagem dar apoio ao idoso, nesse momento... mostrar a casa, apresentar o idoso que tá chegando aos moradores mais antigos, né? Acho que é isso! A enfermagem pode contribuir na adaptação dessa forma, mesmo! Fazendo esse elo entre o idoso novato e os outros moradores... e também pode contribuir estimulando na formação de uma nova realidade pro idoso, pois quando o idoso chega aqui vai construir uma nova família com os funcionários e os outros moradores. [...] todo mundo aqui é como se fosse uma família, sabe? [...] tem idoso que chama o outro de tia, de madrinha. [...] já o diretor é chamado de papai, por alguns idosos, e, a gente da enfermagem eles costumam associar a nossa pessoa a figura da mãe! [...] acho que é pelo fato da gente cuidar deles com carinho e também pela carência deles, né?” (P – 2).

“Acredito que a enfermagem pode contribuir de forma bastante intensa nesse processo de adaptação que, nem sempre é fácil para o idoso! Bem, ele vem de uma realidade diferente! Com rotina diferente! Por exemplo: quanto ao tipo de alimentação e também em relação ao horário que são servidas as

refeições. [...] a enfermagem pode colaborar conversando e explicando a rotina estabelecida pela casa! [...] e, também respeitar sua resistência e dá um tempo para a sua adaptação. Outra coisa é visitá-lo com mais frequência, procurar estabelecer um vínculo de confiança e, deixá-lo à vontade para expressar seus sentimentos. [...] sem fazer juízo de valor e nem agir de maneira preconceituosa. [...] e, deixar claro pra ele (idoso) que estamos aqui para ajudá-lo no que ele precisar! [...] e, também estar sempre à disposição para tirar qualquer dúvida.” (P – 3).

“Olhe em relação à adaptação, a enfermagem pode contribuir ajudando o idoso não perder o vínculo com a família, entende? Porque no começo eles costumam ficar muito triste. [...] sentem falta dos parentes deles, dos amigos. [...] então se a enfermagem estimular esse contato vai ajudar na adaptação, porque eles se sentem mais seguros e amados pela família! [...] e, não se sentem abandonados, o que é mais importante!” (P – 4).

A segunda questão, sobre as contribuições da equipe de enfermagem para a adaptação dos idosos na instituição, indicou que 75% (P – 1; P – 3 e P – 4) dos entrevistados acreditam que oferecer acolhimento é fundamental para a adaptação, 25% (P – 2) aponta que favorecer a formação de novos laços afetivos entre os moradores auxilia no processo de adaptação e falou sobre a importância da formação de uma nova estrutura de família, no meio institucional. Ainda (P – 4) disse que estimular a continuidade do vínculo familiar faz parte da competência da equipe de enfermagem.

Portanto, de acordo com Corteletti *et al.*, (2004) partindo do ponto de vista de que por sua natureza, o homem é um ser social, um ser de relações, que não se basta a si mesmo, visto que é no espaço da convivência que se constitui o modo de ser de cada um – coexistimos. Por isso, todo ser humano tem necessidades afetivas. Quando as relações possibilitam uma proximidade mais íntima, uma maior afinidade, nascem os afetos e se estabelecem os vínculos.

Nesse sentido, há coesão com a fala de (P – 2), quando a mesma, em seu discurso, nos leva a profundas reflexões sobre a carência afetiva e a importância da formação de novos vínculos, na velhice e, principalmente ao idoso institucionalizado. Haja vista, “os relacionamentos interpessoais são de extrema importância para lidar com situações novas e estressantes” (CORTELETTI *et al.*, 2004, p.99).

Todavia, as autoras supracitadas colocam que, o vínculo é a representação da relação que permanece. Isso se reflete na vida de cada pessoa, na sua própria felicidade, porque os afetos permitem partilhar alegrias, tristezas, conquistas, fracassos, perdas realizações... e, permitem trocas de atenção, de preocupação, de carinho, de cuidados.

Deste modo, Vieira (2003, p.45) menciona outro aspecto relevante acerca dessa temática ao afirmar que, “os vínculos criados pelo indivíduo carregam em si uma forte relação com o que temos de mais íntimo e o que mais queremos preservar: nossa autonomia e senso de controle sobre nossas vidas e nossas escolhas”. Logo, Corteletti *et al.* (2004) diz que, no meio institucional nem sempre isso é levado em consideração.

No entanto, o depoimento de (P – 3) chama atenção para a autoestima, onde Corteletti *et al* (2004) nos revela que é importante que se reflita sobre a relação entre a vida institucional, os relacionamentos sociais e a autoestima, visto que, as interações sociais satisfazem uma das necessidades humanas básicas e estão intimamente ligadas ao conceito que a pessoa tem de si, à sua autoestima e ao seu conceito sobre os outros.

A profissional investigada (P – 3) não nos deixa esquecer em sua declaração, quando nos remete ao respeito do idoso institucionalizado, a não emissão de julgamento de valores ou preconceitos contra a nova condição de moradia dessa pessoa.

Nessa sequência, ainda nesse segmento, Corteletti *et al.* (2004, p.98) diz que “a vida na instituição deveria estar livre de preconceitos, rótulos e estigmas em relação à velhice”, pois isso se converteria num importante facilitador da elevação do conceito positivo de si próprios pelos idosos e contribuiria para um melhor relacionamento entre os idosos e deles com todos os demais integrantes da instituição.

Evidenciaram-se ainda, através das falas dos sujeitos que, aos profissionais envolvidos na assistência ao idoso institucionalizado cabe, também, proporcionar momentos onde o idoso possa ser ouvido, apresentar suas demandas e prioridades, bem como promover ações motivadoras para nortear e captar experiências.

Tema 3: Nível de conhecimento acerca das Políticas Públicas Direcionadas ao Idoso

Neste item se investigou o nível de conhecimento das Políticas Públicas direcionadas ao idoso, procurando focalizar como dimensões de investigações, os aspectos relacionados ao Estatuto do Idoso, Política Nacional de Saúde do Idoso, o Idoso na Legislação Brasileira, entre outros.

A este respeito, os sujeitos investigados revelaram ter um restrito conhecimento, alegaram que durante o curso técnico e até mesmo na graduação estudaram de maneira superficial sobre saúde do idoso e durante o curso não deram muita importância a essa temática.

As profissionais ressaltaram a importância da aquisição do conhecimento acerca deste tema, pois hoje elas trabalham com essa camada social e reconheceram essa falta, visto que em alguns momentos precisaram tomar atitudes e pelo desconhecimento reservaram-se a própria ignorância. Onde, estes aspectos ficaram evidenciados nos trechos abaixo:

“Outro dia eu tava no médico com uma idosa... aí ela não tava muito bem... eu pedi a atendente pra gente ser atendida logo e, ela me disse que não podia passar a idosa à frete não, porque se não as outras pessoas que tavam na fila ia fazer confusão” (P – 1).

“uma vez, uma idosa só se queixando de dor no joelho... (quase não conseguia andar direito)... aí eu levei pro médico... ele pediu pra fazer um exame... (Ressonância Magnética)... sabe pra quando marcaram? Nove meses pra frente. A idosa ficou sorrindo e disse: viche Maria... o tempo de nascer um menino! É, o jeito é esperar, né? É um absurdo o idoso não ter prioridade, nesses casos... onde fica o Estatuto do Idoso, a Constituição Federal? Falta de respeito!” (P – 2).

“Vejo corriqueiramente em minha prática a falta de respeito às leis que protegem o idoso... Quando eles adoecem... e, precisam ser internos em uma unidade hospitalar, é um problema! É uma verdadeira via crucis por um leito... e, quando se consegue uma vaga... é outro problema, pois vem a questão de acompanhante... a casa já tem poucos funcionários... eu só conto com 4 técnicos de enfermagem... tem também os cuidadores, mas também são poucos... aí vem o grande nó, conseguir um acompanhante! A família, muitas vezes, não tá nem aí..., nem todos, claro! Mas alguns... só Deus! E eu não posso colocar qualquer pessoa como acompanhante! Tem que saber cuidar de idoso!” (P – 3).

“quando a casa (ILPI) não tinha carro e a gente precisava sair com o idoso... levar o idoso pro médico, por exemplo, ou quando ele queria passear, mesmo... tinha que ir ou de taxi ou... se o idoso pudesse ir... a gente ia de ônibus... mas, alguns motoristas e também os passageiros reclamavam porque o idoso demorava pra subir no ônibus e pra sentar também... era horrível... eles não sabem que se envelhecerem podem ficar desse mesmo jeito e passar por isso também... É direito do idoso... eles tinham que respeitar mais!” (P – 4).

A questão que verificava o conhecimento dos profissionais acerca das Políticas Públicas de Saúde dirigidas à Pessoa Idosa apontou que 75% (P – 2; P – 3 e P – 4) possuem conhecimento sobre a legislação, porém superficial, enquanto que 25% (P – 1) referiram não ter compreensão sobre o assunto.

Portanto, através dos discursos das profissionais puderam-se ressaltar para reflexão alguns textos considerados importantes sobre o que reza a legislação direcionada ao idoso vigente em nosso país. Uma vez que há um desconhecimento dos direitos da pessoa idosa, (ela própria desconhece) haja vista que, apenas um idoso entre quatro, no Brasil, conhece o Estatuto do Idoso (SILVA; PINTO; GUEDES, 2007). Quais sejam:

- Constituição Federal de 1988 - Artigo 196 - “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.
- Política Nacional do Idoso/94, porém regulamentada em 1996 - assegura o direito social à pessoa idosa, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade e reafirmando o direito à saúde nos diversos níveis de atendimento do SUS.
- Estatuto do Idoso (Lei 10.741/03) - Artigo 15, §1º - reza sobre a prevenção e manutenção da saúde do idoso; Artigo 16 - assegura o direito de acompanhante ao idoso que se encontrar internado ou em observação; Artigo 19 – obriga o profissional de saúde comunicar aos órgãos competentes sobre a ocorrência de maus-tratos contra a pessoa idosa.
- Publicou-se em fevereiro de 2006, a Portaria Nº. 399/GM, documento das Diretrizes do Pacto pela Saúde que contempla o Pacto pela Vida. No que se refere à saúde do idoso, o Pacto pela Vida, ao definir as prioridades e suas metas, coloca entre as seis prioridades pactuadas, a saúde do idoso como sendo a primeira prioridade, tendo como principal diretriz à promoção do envelhecimento ativo e saudável.

Diante do exposto, em relação à temática questionada evidenciou-se à necessidade do enfrentamento de alguns desafios para quem trabalha com essa camada social como: escassez de estruturas de cuidado ao idoso e equipes multiprofissionais, bem como o despreparo dos trabalhadores e a falta de sensibilidade da sociedade em relação ao acolhimento do idoso; número insuficiente de serviços de cuidado ao idoso frágil previsto no Estatuto do Idoso. Evidenciou-se também na fala de (P - 3), a necessidade de se estabelecer um suporte qualificado e fundamental a essa população; constataram-se a implementação insuficiente ou mesmo a falta de implementação das Redes de Assistência à Saúde do Idoso. Como se puderam identificar nos discursos das profissionais (P – 1 e P – 3).

Dada à necessidade de enfrentamento do processo de envelhecimento e seus desafios evidenciaram-se na fala de (P – 4), a indignação em valorizar e respeitar a velhice; estimular a solidariedade para com este grupo etário; facilitar a participação das pessoas idosas em equipamentos sociais; contrapor atitudes preconceituosas para com a pessoa idosa, através da disseminação de informações esclarecedoras e adequadas de que, o envelhecimento, não é sinônimo de doença.

Nesse contexto, evidenciaram-se através das falas das profissionais investigadas que há uma necessidade urgente, do conhecimento e respeito das devidas legislações dirigidas a esta camada social, tanto para os profissionais que são responsáveis pela realização de um cuidado seguro, ético e com qualidade, dirigidos a esta população, bem como para a sociedade em geral.

Corroborando com o exposto, Silva; Pinto; Guedes (2007, p.25) complementam afirmando que embora o Estatuto traga garantias importantes, observa-se a necessidade de sua

maior divulgação, assim como de outras legislações brasileiras pertinentes, visando maior conhecimento e socialização de informações sobre os direitos disponibilizados para esse segmento populacional, uma vez que há um desconhecimento dos direitos da pessoa idosa, (ela própria desconhece) haja vista que, apenas um idoso entre quatro, no Brasil, conhece o Estatuto do Idoso.

Ainda nesse tema, Franco (2004) comenta o Artigo 8º do Estatuto do Idoso, que reza sobre o envelhecimento como um direito personalíssimo e sua proteção é um direito social. O autor diz que:

Um dos direitos fundamentais da pessoa humana, previsto na Constituição Federal é a vida. Esse direito é indisponível. Viver e envelhecer são direitos personalíssimos da pessoa humana protegidos pela legislação. A proteção ao envelhecimento é um direito social que há de ser respeitado por quem quer que seja não podendo ser violado em qualquer hipótese. A violação desse direito atribui ao agente responsabilidade penal, civil e administrativa, conforme o caso (FRANCO, 2004, pp.34-5).

Tema 4: Principais dificuldades enfrentadas pela equipe de enfermagem na instituição

Neste tema se destacaram aspectos relacionados, sobretudo em dois segmentos, a falta de reconhecimento em geral, e baixas condições de trabalho. Ficando o profissional impotente diante de situações adversas. Como ficou evidenciado nos trechos abaixo:

“Bem, pra mim... é mais por conta do não reconhecimento... as pessoas (colegas de profissão – téc. de enfermagem) acham que a gente não faz nada... Um grande engano!” (P – 1).

“Em relação às dificuldades... é mais o dinheiro... que é muito pouco... e, muito trabalho! Mas, ainda bem que a gente conta com a ajuda dos cuidadores...” (P - 2).

“Eu costumo dizer que, aos olhos dos meus colegas (enfermeiros), eu não atuo como tal, pois eles perguntam pra mim, assim: o que uma enfermeira faz em uma instituição pra idoso, heim? [...] apesar da responsabilidade tem também a questão de aqui (instituição) eu trabalhar com mais autonomia, em compensação a enfermeira que trabalha em hospital ganha bem mais que eu!” (P – 3).

“[...] olhe eu adoro minha profissão (téc. De enfermagem)! Tanto é que quero fazer o superior... mas, a gente trabalha muito... não tem reconhecimento de ninguém e o salário não dá pra nada... a gente ganha muito pouco!” (P – 4).

Nesse tema, é notável a total insatisfação salarial e expressões de cansaço quanto à elevada demanda de trabalho. Fica notório também na fala dos sujeitos investigados, a

questão do não reconhecimento em relação ao desempenho de suas práticas profissionais. Visto que, quando questionadas acerca das dificuldades enfrentadas em seu trabalho, 50% (P – 2 e P – 4) das entrevistadas se queixaram sobre condições de trabalho e, 50% (P – 1 e P – 3) reclamaram a falta de reconhecimento dos profissionais da área.

Para isso, Yoshitome (2010) reconhece que nas ILPI's, a enfermeira deve desempenhar uma enorme quantidade de papéis: prestadora de cuidados, agente de ligação com a família e com os diferentes serviços, coordenadora, conselheira, amiga e elo da equipe multidisciplinar.

Corroborando com a fala de (P – 3), Eliopoulos (2005, p. 436) complementa dizendo:

Diferentemente de muitos outros ambientes clínicos, a instituição média de cuidado prolongado (ILPI) não tem médicos e outros profissionais no local durante todo o tempo. Embora isso imponha um fardo maior sobre as enfermeiras para a investigação e o controle dos problemas, proporciona a elas a oportunidade de funcionamento independente e de uso de uma ampla variedade de conhecimentos e habilidades. A prática independente de enfermagem e a capacidade para desenvolver relacionamentos duradouros com os residentes e suas famílias estão entre os aspectos estimulantes da enfermagem nesse ambiente (ELIOPOULOS, 2005, p.436).

Contudo, os discursos das entrevistadas soam quase como um desabafo, quando em seus depoimentos, unanimemente, falam sobre cansaço. Visto que, a instituição trabalha com um número reduzido de enfermeiros, acarretando, assim, uma sobrecarga de trabalho deste profissional.

Portanto, podemos conferir que, de acordo com Yoshitome (2010), o cuidado aos idosos numa ILPI não requer procedimentos de alta complexidade, são simples, por um lado, mas difíceis pela longa duração, repetitividade das ações, carga emocional envolvida, sobrecarga ergonômica, entre outros fatores. A autora lembra ainda que, um serviço de enfermagem estruturado pode refletir a qualidade do serviço de uma ILPI.

Nessa sequência, em relação ao número reduzido de profissionais, Eliopoulos (2005) complementa dizendo que ainda existe problemas nas casas geriátricas, pois aspectos como pessoal insuficiente continuam a perturbar essas instituições de cuidado.

Em relação à insatisfação salarial destacamos um breve histórico trazido por Yoshitome (2010), onde refere que o cuidado aos idosos foi, por muitos anos, um ramo impopular da prática de enfermagem nos Estados Unidos. Visto que, as enfermeiras que atuavam em ILPI eram tidas como menos capacitadas e menos preparadas para trabalhar em serviços de ponta, pois o atendimento ao idoso não requeria procedimentos de alta

complexidade. A mesma segue afirmando que, as próprias instituições geriátricas desencorajaram a aproximação de enfermeiras competentes, pelos baixos salários oferecidos.

4.2 Descrição e análise dos dados da pesquisa com os idosos institucionalizados

Após a entrevista com os profissionais de enfermagem identificaram-se os idosos, e de acordo com os critérios de pesquisa foram selecionados 15 de 64 idosos institucionalizados, porém apenas seis participaram como sujeitos pela dificuldade de identificar um familiar com vínculo, entre outros motivos.

Tabela 07 - Caracterização dos idosos institucionalizados sujeitos da pesquisa

Participante	Idade	Sexo	Tempo de Institucionalização	Situação Conjugal	Nº de filhos	Escolaridade	Religião	Renda mensal em salário mínimo
I - 1	73	M	16 anos	Separado	05	2º grau incompleto	Católica	Até 05
I - 2	73	M	01 ano	Separado	03	Formação superior	Católica	Até 03
I - 3	72	M	08 anos	Separado	0	1º grau incompleto	Católica	Um salário mínimo
I - 4	81	F	01 ano	Solteira	0	1º grau incompleto	Católica	Até 02
I - 5	82	F	02 anos	Solteira	02	Não alfabetizada	Católica	Um salário mínimo
I - 6	83	F	03 anos	Viúva	05	Formação Superior	Evangélica	Até 05

Fonte: Roteiro de entrevista com os idosos e análise documental

De acordo com o quadro ilustrativo podemos destacar a predominância da situação conjugal, pois se constatou que dos seis idosos sujeitos participantes da pesquisa três (50%) são homens e três (50%) são mulheres dos quais todos os homens (100%) são separados, duas mulheres (33,4%) solteiras e apenas uma (16,6%) é viúva; no tocante ao número de filhos, vimos que dois tiveram 5 filhos, um teve 3 filhos, uma teve 2 filhos e dois idosos não tiveram filhos; em relação à idade, apresentam uma variação que vai de 73 a 83 anos, com média de 77 anos de idade; já para o tempo de institucionalização, se observou que havia um idoso que estava lá há mais de 16 anos, um há 8 anos, uma idosa há 3 anos, uma há dois anos e dois idosos há 1 ano, perfazendo uma média de 5 anos de institucionalização na ILPI.

Analisando os dados no que diz respeito à escolaridade, dois idosos concluíram uma formação superior, um idoso não tinha concluído o segundo grau (ensino médio), dois não tinham concluído o 1º grau (ensino fundamental) e apenas uma idosa não era alfabetizada; quanto à renda mensal pôde-se observar que dois idosos recebiam um valor aproximado a 5 salários mínimos mensais, um até 3 salários mínimos, um até 2 salários e dois idosos

recebiam apenas um salário mínimo mensalmente. Vale destacar que os valores recebidos por estes idosos eram fruto de suas aposentadorias e apenas uma idosa recebia também a pensão do marido já falecido.

Um dado significativo refere-se à religião, pois vimos que 100% dos idosos são cristãos, sendo 5 (83,5%) católicos, porém não participam de missas regulamentares, apesar de haver na instituição uma Capela com missas dominicais. Vimos ainda que, apenas uma (16,7%) idosa é evangélica e frequentadora da Igreja Assembleia de Deus, aos domingos.

As entrevistas foram agendadas previamente com os idosos, transcorreram tranquilas e sem intercorrência. Não houve nenhum momento ansiogênico. Os idosos se comportaram de maneira colaborativa e foram bastante dinâmicos durante todo o tempo de entrevista.

A partir das falas dos idosos e de acordo com o objetivo desta pesquisa seguimos as orientações de Alcântara (2009), onde diz que se deve dar destaque ao período em que a família decidiu pelo internamento, privilegiando, assim, perguntas voltadas para o relacionamento familiar pré e pós-institucionalização.

As análises foram realizadas agrupando as respostas em três temas, partindo do roteiro da entrevista, como descrito a seguir:

- 1) Vínculo familiar do idoso institucionalizado;
- 2) Acompanhamento da família à saúde, à socialização e espiritualidade do idoso institucionalizado;
- 3) Contribuições da enfermagem na continuidade do vínculo familiar do idoso institucionalizado.

Os dados foram analisados enfatizando os pontos com maior destaque em cada tema abordado durante a entrevista com os idosos, sendo desconsideradas algumas falas em que havia repetição nos argumentos apresentados. E ainda, de acordo com Alcântara (2009), os depoimentos foram lidos e relidos por diversas vezes com o intuito de relacionar as falas com a problematização do estudo.

Tema 1: Vínculo familiar do idoso institucionalizado

No tema referente ao vínculo familiar do idoso institucionalizado se procurou em identificar junto aos idosos entrevistados, a frequência e qualidade das visitas familiares,

quanto ao apoio emocional da família, bem como as contribuições de seus familiares em ajudá-los nas realizações de suas AVDI's – Atividades de Vida Diária Instrumentais.

Esta indagação se deu porque, embora tenham vários aspectos relacionados à existência ou não do vínculo familiar, pois envolvem fatores subjetivos quanto fatores objetivos, como fatores socioeconômicos, étnico-cultural, ambiente social, as relações familiares, a história anterior de relacionamento entre idoso e seus familiares, entre outros.

Portanto, buscou-se ainda, neste tema, identificar uma pessoa da família com quem o idoso tivesse vínculo e este familiar compreendesse a importância da continuidade do vínculo para a saúde do idoso institucionalizado, bem como as contribuições para o bem-estar deste idoso na instituição.

A esse respeito ficou explicitado conforme se pode perceber nas falas abaixo:

“[...] tem uma irmã que sempre vem me visitar aqui (instituição). Eu gosto muito quando ela vem aqui, mas ela demora um pouco, porque ela tá sempre muito ocupada com a vida dela, o marido, os filhos. [...] a casa dela é muito grande, dá muito trabalho pra cuidar! [...] e, também tem a saúde dela que não é muito boa! [...] eu entendo! Quando eu preciso de alguma coisa ela compra e traz pra mim. [...] esse rádio e esse relógio foi ela que trouxe pra mim! [...] ela se preocupa comigo e quando não pode vir aqui (instituição), ela liga pra saber como é que eu tô. [...] é muito boa minha irmã, eu gosto muito dela!” (I – 1).

“Olhe, pra falar a verdade quem mais me visita aqui (instituição) da minha família é minha filha! Eu gosto e muito quando ela vem, porque dá mais segurança pra gente, né? Também ajuda a gente não se sentir tão só! A família da gente é um bem muito precioso, não tem valor! Pena que só percebi isso agora (na velhice). Quando eu preciso de qualquer coisa, é ela que compra pra mim, sempre! Só não gosto muito quando ela controla o meu cigarro, mas eu entendo, é porque ela se preocupa com a minha saúde, né? (risos)” (I – 2).

“Quem vem me vê aqui (instituição) só é minha irmã, mesmo! [...] mas nem toda vez ela (irmã) vem me ver. Ela (irmã) vem ver as amigas (idosas institucionalizadas) dela. Pra mim tanto faz ela (irmã) vim ou não, tanto faz! (fala com indiferença) Tudo que eu preciso, eu já tenho aqui (instituição). [...] num preciso que ela traga nada não!(silêncio) [...] mas, eu gosto da minha irmã, gosto mesmo!” (I – 3).

Quem mais me visita aqui (instituição) é uma sobrinha, sabe? Ela é muito ocupada, mas vem me ver toda semana, eu gosto muito dela! [...] sempre que eu preciso de alguma coisa é ela (sobrinha) quem traz pra mim. Apesar dela ter as obrigações dela, que são muitas, eu sei! [...] mesmo assim ela (sobrinha) não deixa de se preocupar comigo!” (I – 4).

“Olhe quem vem me visitar é uma fia que eu tive, mas num criei ela não! [...] ela (filha) foi criada por uma famia que tinha muita condição. Eu vim morar aqui porque ela (filha) trabaia muito e num pára em casa. [...] mas toda sumana ela (filha) tá aqui (instituição) pra me visitar. Eu tem muito amor por ela (filha) apesar de num ter criado ela (filha), mas eu nunca me esqueci dela (filha) não! De tudo que eu preciso ela (filha) compra e traz pra mim. É uma boa fia!” (I – 5).

“Eu recebo visita de muita gente da minha família, vem meus netos e minhas filhas. [...] Pra falar a verdade eu gosto de todos, mas (silêncio) o do meu coração é um neto, que eu criei como filho. Sempre que eu preciso dele ele vem, é só ligar que ele vem ligeirinho! Tudo que eu preciso é ele que providencia e compra pra mim. Eu gosto muito dele! Nele eu confio, sempre! (risos)” (I – 6).

Em suas respostas, os idosos priorizaram terem suas necessidades materiais supridas em detrimento a relações de afeto e carinho com seus familiares. Verificou-se também, que os familiares parecem ter escolhido viver separados de seus membros idosos, sem negligenciarem, necessariamente, os cuidados para com estes. Situação esta, convergente com estudos de Vieira (2003).

No tocante ao vínculo familiar, constatou-se nas falas dos idosos que, para eles, o que é mais importante é ter alguém que cumpra o papel de provedor em suas vidas e lhes comprem o que eles venham a precisar, ficando claro em todos os depoimentos. É o que também se confirma nos estudos de Cortelletti *et al.* (2004).

Contudo, de acordo com Vieira (2003) é fundamental o idoso institucionalizado ter sua autonomia respeitada pela sua família. Sendo assim, queremos ainda, neste momento, chamar atenção para autonomia destes idosos que, expressam seus desejos e os tem realizados, na medida do possível, pelos membros de sua família.

Tema 2: Acompanhamento da família à saúde, à socialização e espiritualidade do idoso institucionalizado

Nesse tema procurou-se identificar as contribuições das famílias quanto ao acompanhamento da saúde, da vida social do idoso fora da instituição, bem como o estímulo de suas famílias a cerca da espiritualidade do idoso institucionalizado.

“[...] quando eu preciso ir ao médico quem me acompanha é as meninas da enfermagem daqui (instituição) mesmo, e quando eu adoço quem me leva pro hospital é elas também! [...] mas no caso deu precisar ficar interno, que já fiquei muitas vezes, é uma filha minha que me acompanha e tem também uma outra pessoa que revesa com minha filha, no caso dela precisar ir em casa vê como tá a família (filhos) dela. Em relação a passear, eu não gosto

de sair de casa (instituição) não. As vezes minha irmã me levava pra casa dela, mas nunca mais eu quis ir não. Quero ficar aqui (mermo)! As vezes vem minhas irmã ou um irmão meu me visitar, no domingo, e me chamam pra ir pra missa, mas eu não gosto mais de ir não. Eu tenho uma bíblia e como eu não tenho mais vista pra lê... peço pra alguém lê pra mim e pronto!” (I – 1).

“[...] até agora eu não precisei ir ao médico fora daqui (instituição) não (suspirou aliviado). Nunca adoeci pra precisar ficar hospitalizado também não, graças a Deus! [...] e passear fora daqui (instituição) eu saio com minha filha que costuma me levar pra almoçar na casa dela nos domingos, mas né todo domingo também, não! Às vezes ela me leva de manhã depois da missa e me trás de tarde, antes do anoitecer, gosto de voltar pra casa (instituição) cedo! Eu sou católico e gosto de ir à missa aqui (instituição) mesmo, pois todo domingo de 9:00 da manhã tem missa na igreja aqui (instituição). Minha filha e a família (marido e filhos) dela são evangélicos, então nem eu vou pra igreja deles e nem eles vão pra minha! Tamo empatado! (risos).” (I – 2).

“[...] no caso deu adoecer, aqui (instituição) eu vou pra médica daqui mermo, que vem toda semana, mas se eu precisar ir pra médico de fora ou se precisar fazer algum exame em hospital, aí eu vou com as menina (pessoal de enfermagem) daqui (instituição) mermo! Não gosto de sair pra passear fora não, eu prefiro ficar em casa (instituição) assistindo televisão ou senão jogando dominó com os outros velho (idosos institucionalizados) daqui mermo!” (I – 3).

“Eu saio sempre na companhia de uma sobrinha minha, né? É ela que me leva pra médico, quando eu preciso! Graças a Deus que eu nunca caí doente pra precisar ficar internada em hospital, não! É a minha sobrinha que me leva pra visitar minha irmã, que é a mãe dela, mas eu não gosto muito de ir vê-la, não! É que ela tem aquela doença que esquece as coisas e não me reconhece mais. Eu fico muito triste, sabe! Eu sou católica e costumo ir à igreja com as outras idosas que moram aqui também. Minha sobrinha trabalha muito, ela é muito ocupada com os afazeres da casa dela, da família (filhos) e também cuida da minha irmã, que é a mãe dela, né? Então não tem muito tempo pra sair comigo, não. Eu entendo e sei que ela tem um vida muito cansativa, sabe!” (I – 4).

“Eu agradeço a Deus todo dia porque eu tenho uma saúde muito boa! Nunca precisei ir ao médico e muito meno baixar hospital! Eu tenho uma fia (filha) que é de ouro, pra mim. Ela gosta de me buscar aqui (instituição) com o namorado dela porque ela num tem filho, não. Eles me levam pra comer no apartamento dela ou então me levam pra comer fora, em restaurante. Eu gosto de ir! Todos os mês nós faz um passeio desse. Mas, também todo domingo de manhã minha fia vem pra nós assistir a missa junta, a gente combinou isso! Aí depois da missa o namorado dela vem pra buscar ela e as vez eu vou com eles pra passear. Mas, também né toda vez que eu vou não, viu? (risos) É que eu num gosto de atrapaiair os passei deles, não! (muitos risos)” (I – 5).

“Eu tenho um coração fraco, adoço muito! Volta e meia estou indo pra médico (geriatra, cardiologista) e me interno com muita frequência, também! Quem me acompanha nas consultas médicas são os meus netos,

que eu criei como filhos, e às vezes uma filha minha, a mãe deles, sabe? No caso de eu precisar ficar internada a minha família (filha ou netos) é quem paga um acompanhante pra ficar comigo no hospital, porque todos eles (família) são muito ocupados, trabalham bastante! [...] no caso de passeios, eu saio quase todo sábado à noite ou domingo pela manhã. Vou para igreja (evangélica) na companhia dos meus netos que eu amo muito (risos). Eles participam do grupo de teatro da minha igreja e gostam de me levar para eu assistir as apresentações deles, eu adoro e tenho muito orgulho disso! (alegria). Às vezes passo o final de semana na casa deles (filha e netos), eu gosto muito, mas peço pra eles me trazerem de volta pra cá (instituição) no domingo à noite ou na segunda de manhã. Eu até que gostaria de ficar mais tempo, viu? (pausa). [...] mas, mais do que um fim de semana não fico de jeito nenhum! Pra eles não se cansarem de mim!” (muitos risos). (I – 6).

De acordo com Malagutti e Bergo (2010), o que se modifica no curso da vida é justamente o tempo empregado nas atividades de trabalho e lazer e o impulso que motiva o indivíduo a atuar no mundo. Na infância, o fazer caracteriza-se pelo brincar. Na adolescência, o tempo é utilizado em passatempos pessoais, jogos em grupo e eventos sociais. No adulto, o impulso principal é a realização dentro dos papéis da família e da comunidade, onde o lazer serve ao propósito de suportar a rotina do trabalho, recriando e regenerando as energias. Já a velhice caracteriza-se pela transição da vida produtiva intensiva para o lazer e a aposentadoria. A autora chama atenção para que essa experiência tanto pode ser positiva e gratificante como pode tornar-se uma incapacitação social. Dependerá da pessoa, de sua história de experiências de vida e das circunstâncias externas durante a velhice.

Deste modo, dos seis idosos entrevistados, dois relataram serem acompanhados ao médico por profissionais de enfermagem da instituição, dois por membros de sua família e, dois idosos negaram terem adoecido desde sua institucionalização e agradeceram a Deus por isso. Em relação à socialização, todos os idosos disseram que são convidados a ir à casa de seus familiares, aos finais de semana, porém dois deles afirmaram não aceitar a qualquer convite para saídas externas. Já em relação à espiritualidade, todos os idosos afirmaram ter uma religião definida, respeitada e estimulada por sua família.

Verificamos também felicidades nas falas dos idosos residentes na instituição, pois não é por estarem distantes de seus familiares que os tornam pessoas deprimidas, angustiadas ou com sentimento de abandono. Haja vista, Vieira (2003, p.62) cita, inclusive, estudos realizados com idosos mostrando que “ao contrário da crença popular, em muitos casos, o idoso pode verdadeiramente preferir estar num local seguro e confiável onde possa receber os cuidados de que precisa”. Vieira (2003, p.63) lembra ainda, que, “as instituições geriátricas

trazem a história da mendicância e do confinamento asilar, reproduzindo os abusos cometidos pela prática institucional de exclusão e alienação”.

É importante destacar que foi critério para integrar esta amostra, os idosos que tivessem o vínculo familiar preservado, pois parece justo considerar que estes não gozavam de carência socioafetiva dos membros de sua família e nem estavam em solidão total (sem familiares e amigos).

Portanto, conforme afirmações de Cortelletti *et al.* (2004, p.113), “se houver a união dos poderes públicos com a sociedade e a família, teremos à questão do idoso, respostas claras às suas demandas e à qualidade de vida, como uma realidade no Brasil”.

Tema 3: Contribuições da enfermagem na continuidade do vínculo familiar do idoso institucionalizado

“Sempre que eu tô com algum problema de saúde a enfermeira daqui (instituição) procura minha família e avisa pra eles o estado de minha saúde e também quando eu fico triste chama eles pra vir me visitar e saber o motivo da minha tristeza! Eu gosto disso porque eu gosto de saber que eles (equipe de enfermagem e família) se preocupam comigo! E também ela (enfermeira) encaminha a gente pra médica, que vem aqui, toda quarta-feira. (alegria)” (I – 1).

“A enfermeira daqui é muito atenta a nossa saúde e qualquer alteração que ela percebe na gente, ela logo comunica a nossa família. Leva a gente pra médica... dá remédio... se preocupa com nossa alimentação... (silêncio). Pra mim, isso é muito bom! Quanto a ligar pra nossa família e dizer como a gente tá, eu acho que ela (enfermeira) tá certa, porque nossa família precisa saber tudo que tá acontecendo com agente aqui (instituição) dentro, né mesmo?! (satisfação)” (I – 2).

“Eu não ligo muito pra essas coisas não! Tanto faz se a enfermeira ou minha família estão preocupadas comigo. Tanto faz! Nem me importo! (indiferença)” (I – 3).

“Ah, aqui por qualquer alteração na nossa saúde... [...] se a gente não tá se alimentando bem ou se a gente tá triste. [...] qualquer coisa, mesmo, que aconteça com a gente, a enfermeira logo procura nossa família, né? Olhe, eu gosto disso, pois eu sinto que nós não estamos sós e que tem gente que cuida da gente, né? E gosto quando minha sobrinha me liga pra confirmar o que a enfermeira falou pra ela, também! Me sinto segura! (otimista)” (I – 4).

“Bem... aqui (instituição) é assim (pausa) se acontece qualquer coisa com a gente (pausa) a enfermeira liga logo pra nossa família (risos) e aí eles vem saber como é que agente tá! (risos) Eu gosto disso (pausa) é um cuidado bom, né? (risos) sinal que nós tamo sendo bem cuidado e que nossa família não abandonou nós! (risos)” (I – 5).

“A minha família é muito grande (silêncio), mas na verdade, eu só conto mesmo é com dois netos que eu tenho (pausa), eles são como se fossem meus filhos (risos). Eu amo os meus netos! (alegria) Sempre que eu quero eu ligo pra eles e eles vêm logo aqui. Se a enfermeira ligar pro celular de qualquer um dos dois eles ficam logo preocupados comigo (risos) e me ligam imediatamente (pausa) perguntando como é que eu to! Eu me sinto segura (pausa) eu sou feliz aqui! (risos)” (I – 6).

Após incontáveis escutas da entrevista, percebemos nas falas dos idosos, que, estes, reconhecem a pessoa da enfermeira da instituição onde vivem, como sendo a principal provedora de seus cuidados e, a elas destinam total confiança de sua saúde. Mencionam também, com otimismo, sobre o cuidado da equipe de enfermagem em manter seus familiares a par de todas as alterações que ocorram em sua saúde, comportamento ou humor. Dessa forma, vê-se que a enfermeira está desenvolvendo com responsabilidade suas atribuições, conforme Eliopoulos (2005) determina:

Monitorar o estado de saúde do residente; identificar as mudanças nas condições do residente e tomar as medidas apropriadas; comunicar e coordenar o cuidado com a equipe interdisciplinar; promover uma alta qualidade de vida para os residentes (ELIOPOULOS, 2005, p.435).

Nesse sentido, entendemos ainda que, a equipe de enfermagem está cumprindo o que Eliopoulos (2005) cita:

Chamar a família quando houver uma mudança no estado ou incidente envolvendo o residente; ouvir e investigar as queixas; encorajar as famílias a discutirem os problemas com a equipe no nível da unidade; solicitar a participação da família no planejamento e na prestação dos cuidados no maior grau possível (ELIOPOULOS, 2005, p.434).

Portanto, o importante é o idoso sentir-se seguro para poder desempenhar estratégias de enfrentamento de situações novas e estressantes, bem como desenvolver um relacionamento positivo com os profissionais da ILPI. Ainda assim, torna-se pertinente o apoio da equipe de enfermagem quanto à continuidade do vínculo familiar, pois se sabendo que, este, já existia há muito mais tempo do que os vínculos construídos na instituição, é relevante não perdê-lo, depois da institucionalização.

4.3 Descrição e análise dos dados da pesquisa com a família do idoso institucionalizado

Após a descrição e análise das informações obtidas junto às profissionais de enfermagem participantes da pesquisa, iniciaram-se a análise documental, através dos relatórios de saúde emitidos pela equipe de enfermagem da ILPI, em seguida realizaram-se as

entrevistas semiestruturadas com os idosos moradores da instituição, ora sujeitos desta pesquisa. Em seguida partiu-se para a entrevista semiestruturada com a família desses idosos e só então se iniciaram as análises das falas obtidas por meio dos instrumentos de pesquisa, prescritos nos Apêndices “D; E; F”, bem como ao Protocolo de Avaliação Admissional Multidimensional do Idoso Institucionalizado e na Sistematização da Assistência de Enfermagem que constam nos Anexos I e II, respectivamente.

Tabela 08 - Caracterização dos familiares dos idosos institucionalizados

Participante	Idade	Sexo	Grau de afinidade	Situação Conjugal	Nº de filhos	Escolaridade	Religião	Área de Ocupação Profissional	Renda Mensal aproximada (em salários mínimos)
F - 1	66	F	Irmã	Casada	03	Formação Superior	Católica	Educação	Até 03
F - 2	39	F	Filha	Casada	02	Pós Graduação	Evangélica	saúde	Até 08
F - 3	66	F	Irmã	Solteira	0	1º Grau incompleto	Católica	Pensionista	Até 2
F - 4	54	F	Sobrinha	Separada	03	2º Grau Completo	Católica	Autônoma	Até 3
F - 5	48	F	Filha	União Estável	0	Formação Superior	Católica	Comércio	Até 3
F - 6	23	M	Neto	Noivo	0	Formação Superior	Evangélica	Construção civil	Até 3

Fonte: Roteiro para Entrevista com a família dos idosos institucionalizados

As análises das falas da família foram realizadas agrupando as respostas em cinco temas, partindo do roteiro da entrevista, como descrito abaixo:

- 1) Compreensão do processo de envelhecimento e conflitos gerados no enfrentamento das alterações ocorridas na velhice para a família;
- 2) Motivação para a institucionalização do idoso e incidência desse processo na família;
- 3) A institucionalização do idoso e suas repercussões no relacionamento com a família;

- 4) Concepção de família e contribuições do vínculo familiar para a saúde do idoso institucionalizado;
- 5) Contribuições educativas da equipe de enfermagem no processo de institucionalização do idoso na prevenção do corte do vínculo familiar.

Os dados foram analisados enfatizando os pontos com maior destaque em cada tema abordado durante a entrevista com a família, desconsiderada alguma fala em que havia repetição nos argumentos apresentados.

Tema 1: Compreensão do processo de envelhecimento humano e conflitos gerados no enfrentamento das alterações ocorridas na velhice para a família

Inicialmente, na entrevista com os familiares dos idosos institucionalizados, em relação à compreensão do processo de envelhecimento se destacou como sendo um processo natural da vida, que ocorre do nascimento à morte. Já quanto à velhice, se evidenciou o avanço da idade cronológica, e, como principais conflitos nesta etapa da vida enfatizaram-se o surgimento de doenças incapacitantes, dependência para a realização do autocuidado, perda da autonomia, proximidade da finitude.

Por isso, se buscou investigar o processo de envelhecimento, o envolvimento e a participação da família diante das alterações ocorridas na velhice. Nesse contexto, Malagutti e Bergo (2005, p.26) dizem que o envelhecimento inicia-se a partir da infância, mas nas sociedades ocidentais “a idade cronológica define o ser idoso mediante o sistema de datação, que não considera aspectos biológicos e estágios de maturidade”. A idade cronológica e a idade biológica estão longe de coincidir sempre, e por isso é difícil definir quem é velho em uma sociedade em que cada ser humano é único. Os autores (2005, p.27) lembram ainda que, diante das “representações sociais construídas ao longo dos anos, sobre o que é o envelhecimento humano, suas causas e conseqüências, geralmente se refletirão na saúde e no corpo do indivíduo, a partir de determinada idade”.

Corroborando, Py (2004), informa que, nossa sociedade é marcada por uma conotação negativa da velhice, com perspectivas de exclusão. O mesmo (2004, p.120) revela que, “o envelhecimento, ao se traduzir no contexto social como negatividade, agrava o que é sentido como perda e, assim, fragiliza os recursos internos do indivíduo idoso”.

Portanto, no Brasil, o envelhecimento populacional ocorreu muito rapidamente, dificultando, pois, ao Estado, à sociedade e à família, o enfrentamento das questões advindas

desse processo. Haja vista, essa problemática da questão social ser agravada pela marginalização do idoso que ocorre em nossa sociedade, em meio a uma cultura que associa o segmento a uma série de negatividades, sendo o idoso considerado improdutivo, um peso para a sociedade, decadente, feio. A esse respeito, os familiares declararam que:

“Bem, no meu entendimento, o envelhecimento é quando o tempo vai passando e a pessoa vai ficando velha... [...] na velhice a pessoa perde as forças, a energia, o equilíbrio... a pessoa vai ficando cansada! [...] aí fica difícil pra gente cuidar... fica dependendo da gente... mas, o grande problema é a perda da saúde mental... pra mim é o pior... dá trabalho pra tomar remédio... pra comer... pra dormir... com a higiene... [...] em fim, a velhice é um problema pra quem tem doença mental, e, as dificuldades começam a surgir quando as coisas começam a fugir do seu (filha) controle... é horrível a convivência!” (F – 1).

“[...] no envelhecimento vem a questão das doenças fisiológicas... e quando se trata de doença da mente... é mais complicado ainda! Quanto a velhice... quando se tem uma vida jovem saudável... é uma maravilha! Porque é aquele período onde você junta conhecimento, maturidade... pra servir de exemplo pra outras pessoas, né? Porém, com a velhice vem o cansaço, as limitações, as incapacidades de realizar coisas que antes era bem mais simples. [...] o que eu acho mais triste na velhice é a dependência do outro... pra viver! [...] um dos maiores problemas em manter painho conosco foi a questão de conciliar o nosso tempo com as necessidades dele... isso é o que eu acho mais difícil e complicado... administrar o nosso tempo!” (F – 2).

“Envelhecimento é o jeito, né? É uma coisa que a gente não pode lutar contra... Não depende da nossa vontade, acontece! Fica velhinho... cansado, sem força, precisando da ajuda dos outros. [...] só tem uma coisa boa na velhice: a nossa aposentadoria, o nosso dinheiro... mas também por pouco tempo, né? [...] porque... logo vem a morte!” (F – 3).

“Envelhecimento no meu modo de pensar é uma coisa natural... que a gente veio ao mundo jovem e a tendência é envelhecer... pra isso a gente tem que se preparar... saber envelhecer! [...] e o maior conflito para mim foi a dependência... é complicado... cansativo... estressante!” (F – 4).

“Envelhecimento eu acho que é uma coisa natural e, que vai acontecer com todo mundo que não morrer cedo... velhice é uma coisa difícil... é complicado em relação à pessoa querer ser o que era antes de ser velha... é depender do outro pra fazer as coisas que antes podia fazer sem problema algum... e, nem sempre a gente consegue dá conta, né? Isso é o pior!” (F – 5).

“É um processo natural da vida, onde, todos nós iremos passar por isso... e, se tivermos a sorte, chegaremos a uma idade mais madura... na velhice, né? [...] velhice... eu acho que é uma fase de aproveitar o tempo que ainda tem de vida e usufruir do que já trabalhou... momento de curtir a vida, viajar, (se

tiver condições) do lado da família e de quem você mais gosta... mas tem também o lado negativo da velhice, que é o surgimento das doenças, a restrição de realizar determinadas atividades que, quando você era mais novo não tinha dificuldade em fazer. [...] a maior dificuldade para a continuidade de você ficar morando lá em casa... com certeza foi o gênio! Ela é muito geniosa... é uma pessoa de difícil relacionamento!” (F – 6).

A fala dos familiares dos idosos institucionalizados permitiu constatar que sobre o aspecto do envelhecimento, este se dá através de um processo, composto por fases e que a velhice é inevitável, assim como todas as alterações que a acompanha. Assim sendo, Baulieu (2001) nos adverte dizendo que:

Antes de mais nada, é preciso fazer uma distinção entre duas noções: a longevidade, ou duração do tempo que se passa em vida, e o envelhecimento, cedo ou tarde, inelutável, que evoca uma alteração das qualidades de vida às quais os seres humanos atribuem boa dose de prazer. Para o mesmo, quando se é idoso, o hormônio do estresse, o cortisol, é geralmente elevado. As consequências mais graves disso são as alterações do funcionamento cerebral. [...] entre os graves disfuncionamentos associados a uma vida mais longa, o problema do funcionamento da memória é freqüente e, muitas vezes, grave (BAULIEU, 2001, p.243).

Nesse sentido, Cortelletti *et al.* (2004, p.31), nos lembra que “a longevidade trouxe consigo um novo compromisso com os membros da família que não estão preparados para assumir tais obrigações”.

Contudo, constatou-se nas falas dos familiares dos idosos institucionalizados, ora sujeitos dessa pesquisa, o que diz Ruffié (2001, p.249) “somos os representantes da única espécie que tem consciência dos futuros obstáculos possíveis e da morte inelutável”.

No entanto, Py (2004, p.121), nos leva a refletir profundamente sobre o processo de envelhecimento humano com a seguinte afirmativa, “estamos familiarizados com a vinculação do envelhecimento à idéia de perda”, no entanto, o envelhecimento não é uma sucessão de perdas, mas sim um processo constituído de perdas e aquisições.

Tema 2: Motivação para a institucionalização do idoso e incidência desse processo na família

Nesse item se investigou a motivação para a institucionalização do idoso e, como se deu a incidência desse processo na família. Nesse sentido, se buscaram conhecer a opinião junto aos familiares sujeitos de pesquisa, as causas que contribuíram para a institucionalização, como ocorreu esse processo e a participação do idoso no meio familiar no

que diz respeito à anuência do mesmo e os critérios utilizados em relação à escolha da instituição.

De acordo com Pavarini (*apud* Alcântara, 2009, p.45), “a maioria dos velhos institucionalizados foi persuadida pela família, sob o argumento de que no asilo aquele teria melhor assistência médica e um espaço próprio, por um período restrito ao cabo do qual voltaria para casa”.

Nessa sequência, Zariti (*apud* Alcântara, 2009) parte do pressuposto de que:

[...] a decisão de institucionalizar o idoso ocorre porque as tarefas de cuidar torna-se demasiadamente difíceis, tanto do ponto de vista emocional quanto físico, por causa da doença e da conseqüente dependência do velho da constante necessidade de hospitalização, da proximidade da morte, dos conflitos entre os papéis profissionais e familiares do cuidador, das necessidades crescentes do velho e das dificuldades de relacionamento entre o cuidador e o velho (ZARITI, *apud* ALCÂNTARA, 2009, p.45-6).

Sobre tais aspectos os familiares declararam:

“Com certeza o problema de saúde mental dele... desde que ele adoeceu que ficou difícil pra família dele (esposa e filhos)... Ele já ficou interno em hospital psiquiátrico e tudo! Quando melhorava voltava pra casa, mas quando adoecia... sumia, desaparecia e todo mundo (esposa, filhos e irmãos) se preocupava muito! [...] o relacionamento dele com a esposa e os filhos não era muito bom, eles se separaram quando as filhas eram ainda pequenas, aí ele foi morar comigo lá em casa. [...] meu marido e meus filhos concordaram, mas depois de um tempo começou a dá muito problema... principalmente nas crises, pois meu irmão não dormia nem de dia nem de noite, ele ficava falando alto e repetindo a mesma palavra, às vezes, os remédios não ajudavam em nada! [...] a gente tinha que tirar as chaves das portas... foi quando nós (os irmãos) nos reunimos pra discutir a situação dele... [...] a melhor alternativa foi uma instituição como esta! Nós informamos pra ele e o trouxemos pra cá (ILPI), onde ele se adaptou e não quer mais sair daqui (instituição) de jeito nenhum! [...] foi a melhor coisa que fizemos!” (F – 1).

“[...] quando meu pai saiu por duas vezes sozinho de casa... se perdeu na cidade e a gente (marido e filhos) ficou tudo preocupado, todo mundo ficou enlouquecido procurando por ele... isso foi a gota d’água... porque até então o plano da nossa família (marido e filhos) era que ele morasse com a gente pro resto da vida, em nossa casa! Foi quando nós pensamos... E agora, o que fazer? [...] eu era responsável por ele, mas tinha que sair pra trabalhar, meu marido também passava o dia fora de casa (trabalhando), meus filhos tinham que sair pra estudar, né? E meu pai ficava sozinho em casa, exposto aos perigos do mundo! Violência, assalto... sair de casa e não saber voltar, podia até ser atropelado! Me preocupava muito, essa situação! Foi quando, através de uma assistente social, fiquei sabendo da institucionalização...

amadureci a idéia com a minha família (marido e filhos),... sofri muito pra tomar esta decisão (institucionalizar). [...] Eu chorava como uma criança... não sabia o que fazer! Depois, conversamos com meu pai que, prontamente entendeu e aceitou a idéia de passar um “tempo” aqui. [...] conheci a realidade de algumas instituições e me escrevi em duas... aí surgiu essa vaga e eu vim e organizei toda a estrutura pra ele morar de forma um tanto confortável e digna! Depois eu o trouxe, pra ele conhecer a casa (ILPI). Ele logo gostou, de primeira! No início foi mais sofrível, principalmente na hora da despedida, ele perguntava que horas eu ia votar, e, eu não podia vir visitá-lo todos os dias. Sofri muito com isso! Mas, eu sempre venho vê-lo no meio da semana e, aos fins de semana eu o levo pra almoçar lá em casa. [...] mas, logo depois do almoço, cedo da tarde, ele fica perguntando se eu já posso levá-lo de volta (pra ILPI). [...] ele diz que já tá na hora do dominó... ele tem alguns amigos aqui (ILPI) e, jogam dominó todo dia... painho sempre gostou disso! Quando ele morava lá em casa, vivia reclamando, dizia que a gente nunca tinha tempo pra jogar (dominó) com ele!” (F - 2).

“Bem, tudo começou quando o meu sobrinho chegou lá em casa e viu a minha luta: cuidando sozinha de dois irmãos (idosos e acamados). [...] aí ele (sobrinho) disse que aquela vida tava muito pesada pra mim, que eu também já tava ficando velhinha e ia acabar ficando doente também... como meus irmãos! E, se eu adoecesse, quem ia cuidar de nós três (irmãos)? [...] eu cuidava da casa, da comida e deles dois (irmãos)... todos dois acamados... aí depois meu sobrinho conversou aqui (ILPI) com o diretor e disseram que, no momento não tinha vaga, mas qualquer coisa ligava avisando. [...] no começo eu fiquei preocupada... eu pensava assim: meu irmão ir morar num asilo! Aí meu sobrinho conversou comigo e com meu irmão (idoso) e a gente entendeu que isso era bom, mesmo! Eu sou solteira, nunca casei, mas quem dava banho no meu irmão era eu... com uma vergonha danada... mas era o jeito, né? Fazer o quê? Aí ele veio pra cá (instituição) e ficou só eu e minha irmã lá em casa! Mas, eu sempre venho visitar ele (irmão)” (F - 3).

“Olhe o problema era o isolamento, pois eu e meus filhos passávamos o dia todo fora, trabalhando e estudando e, não tínhamos condições de dá atenção que ela (tia) precisava e merecia... ela (tia) é diabética e também tem problema de pressão... eu me preocupava com o isolamento dela... ficava o tempo todo sozinha, dentro do quarto dela! [...] achei melhor procurar um local onde ela pudesse receber alimentação adequada e outros cuidados de saúde, por exemplo... e, também queria que ela (tia) tivesse contato com pessoas da idade dela, pois lá em casa ela (tia) passava muito tempo sozinha! Tia é solteira, nunca casou e nem teve filhos, depois que a minha vó morreu ela ficou morando sozinha, no sul... depois veio morar lá em casa, comigo e meus filhos. [...] no início, meus parentes me criticaram sobre a institucionalização... aí o jeito foi procurar um lugar agradável (ILPI) pra ela (tia) ficar. [...] conversamos sobre o assunto... mas, primeiro ela (tia) quis vir conhecer a casa (ILPI), aí gostou... depois quis vir morar aqui (ILPI)” (F - 4).

“[...] eu vejo que no tempo atual, o grande problema pra quem tem um idoso em casa é não ter como cuidar dele... no meu caso, nem eu e nem meu irmão podia cuidar da nossa mãe, pois a gente trabalha o dia todo e não

dava pra trabalhar e cuidar dela (mãe). [...] meu irmão é separado, mora só, em outra cidade longe daqui e, também não podia levar ela pra morar com ele. [...] eu não casei nova e, nunca tive filhos, moro só e ela ficava o dia todo sozinha no meu apartamento... reclamava por isso! [...] ela não fazia nada em casa, não enxergava direito e tem problema de diabetes e queria comer tudo que o médico proibia, a gente vivia brigando, ela era muito teimosa! Era um problema! Viviam doente, porque não tomava o remédio e comia de tudo! [...] eu não tinha condições de cuidar dela (mãe). [...] ela dependia de mim pra tudo! Eu me sentia muito cansada! [...] um dia, uma pessoa amiga me falou sobre uma casa como essa (ILPI). [...] eu procurei me informar melhor. [...] depois conversei com ela que, no primeiro momento, me esculhambou e disse que eu tava querendo me livrar dela... mas, naquele momento, eu só tava pensando no melhor pra ela, entende?(silêncio) Depois com a continuação, ela mesmo me pediu pra conhecer o local (ILPI) e, me pediu pra trazer ela pra morar aqui (ILPI)!” (F – 5).

“Sem dívida nenhuma, o gênio! A dificuldade de relacionamento com a família, principalmente com as filhas dela! (vó) A teimosia! [...] antes da institucionalização era briga quase todo dia! [...] ficamos (o neto, seus pais e o irmão) sabendo da existência dessa casa (ILPI) através de amigos de nossa família. Discutimos o assunto e, depois conversamos com vó... Ela logo concordou em vir morar aqui... Então, logo logo, providenciamos toda a estrutura pra ela se sentir bem instalada.” (F – 6).

Na fala dos familiares se percebeu que a estrutura da família não está preparada no que se refere à permanência do idoso em seu domicílio. Nesse sentido se ressaltou a necessidade de um sólido conhecimento do processo de envelhecimento, aja vista em suas falas os familiares demonstraram um restrito entendimento das alterações causadas na velhice.

Para isso, Vieira (2003) assegura que, o crescente aumento da população com idade superior a 65 anos tem trazido reflexos positivos e negativos para a vida familiar e social. Essas afirmações se sustentam no que dizem Cortelletti *et al.* (2004, p.31), “os indícios gradativos de degeneração dos órgãos vitais, problemas físicos e mentais podem levar os idosos ao asilamento”.

Em contrapartida, Petrini (2003, p.43), afirma que “a família constitui uma rede de solidariedade capaz de oferecer, ainda que com limites, os cuidados necessários a membros temporária ou permanentemente incapacitados”. O autor diz ainda que, à medida que a família entra em crise, a ponto de não mais realizar satisfatoriamente as suas tarefas básicas de socialização primária e de amparo aos seus membros mais frágeis, prospecta-se no horizonte uma situação de carências.

A esse respeito, Cortelletti *et al.* (2004) dizem que, as perdas significativas que ocorrem nos idosos nos aspectos físicos, mentais, emocionais, acaba por levar uma sobrecarga

da família e com isso, parte desta, acaba utilizando a institucionalização como a única solução e alternativa para lidar com os problemas decorrentes do envelhecimento. A pesquisa dessas autoras revelou que, a ausência de constituição familiar leva ao desamparo ao longo do processo de envelhecimento; a presença de cônjuge costuma assegurar a permanência do idoso no domicílio, porém a existência de filhos e/ou família não garante o amparo ao idoso na velhice; o tipo de história de vida dos idosos com seu grupo familiar podem determinar o seu abandono na velhice; e, ainda, os interesses e as necessidades dos membros que integram a família podem ser diferentes e assim dificultar a aceitação do envelhecimento no âmbito da família. Nessa sequência, as autoras fazem as seguintes considerações:

[...] os indícios gradativos de degeneração dos órgãos vitais, problemas físicos e mentais podem levar os idosos, que ainda possuem cônjuge e mesmo núcleo familiar de referência, ao asilamento por diversas razões, entre elas, as condições socioeconômicas, físicas, ambientais (domésticas) e emocionais; a longevidade trouxe consigo um novo compromisso com os membros da família que não estão preparados para assumir tais obrigações (CORTELLETTI *et al.*, 2004, p.31).

Assim sendo, como se percebeu no discurso dos familiares, Eliopoulos (2005) corrobora ao afirmar que, muitas vezes, uma crise desencadeia a necessidade de institucionalização e até o momento em que é tomada esta decisão, muitas famílias estão exauridas física, emocional e financeiramente, com o acréscimo de culpa, de depressão e de frustração provocadas pela situação.

Corroborando, Born (*apud* Alcântara, 2009, p.46) diz que há muitos mitos sobre a família e a instituição, e é natural atribuir à família a tarefa de assistir os seus velhos. No entanto nem todas as famílias, em face de suas condições psicossociais e econômicas, estão preparadas para manter seus velhos. Diante da impossibilidade, uma das opções é o internamento asilar.

No que se referem às dificuldades enfrentadas pela família, se observaram concordância na fala dos familiares, visto que Vieira (2003) diz que, embora a longevidade seja uma aspiração de toda a sociedade, ela, exige uma reestruturação dos equipamentos sociais para atender às demandas específicas da população idosa. Para a autora, o Brasil não está preparado para lidar com a questão da longevidade, pois além desse processo ter sido extremamente rápido, o envelhecimento populacional disputa recursos públicos com outros segmentos sociais que também ainda não tiveram as suas necessidades atendidas.

Nesse contexto, Cortelletti *et al.* (2004) dizem ainda que, em se tratando de envelhecimento, se compararmos o Brasil com vários países desenvolvidos, constatam-se

diferenças marcadas principalmente por três aspectos fundamentais: o tempo que a população levou para envelhecer; como se dá o processo de envelhecimento individual; e as condições para viver a velhice. As autoras (2004, p.16) corroboram afirmando que:

[...] a Europa levou cem anos para envelhecer. No Brasil, isso se deu em três décadas, a partir de 1970. Esse acelerado processo dificulta à sociedade, ao Estado, à família e ao próprio indivíduo o preparo e as providências para enfrentar a velhice de forma digna; as fases de vida anterior à velhice, as condições, o modo de vida, e ainda os fatores internos que determinam o processo individual de envelhecimento são muito distintos entre as pessoas; a situação socioeconômica da maioria da população brasileira que envelhece é precária, não lhe oferecendo meios para atender satisfatoriamente às necessidades básicas para viver a velhice. A sociedade e o Estado também não dispõem dos meios adequados e não estão aptos a promover a preparação do indivíduo para a velhice, a manter a inserção social do idoso e a garantir, por meio de políticas sociais, o mínimo necessário para a sua subsistência (CORTELLETTI *et al.*, 2004, p. 16).

Em contrapartida, em seu estudo intitulado: *Velhos institucionalizados e família*, Alcântara (2009, p.28) informa que “um relacionamento desprovido de apego emocional transforma o cuidado numa tarefa onerosa, pois atitudes de solidariedade, gratidão e responsabilidade tendem a ser encaradas como mera obrigação”. Assim, a mesma autora (2009, p.28) diz ainda que, “é fundamental dimensionar como foram vividas as fases anteriores, tendo em vista, toda história de vida está em jogo e a situação de dependência pode não apagar os ressentimentos e mágoas”.

Portanto, ressalta-se que esse estudo não teve a intenção de conduzir a família a entrar em contato com sentimentos conflitantes, tão pouco provocar choro e motivá-las a contar histórias ansiogênicas que pudesse gerar mal estar e lágrimas. De uma forma geral, sobre esse tema, Wagner (*apud* Alcântara, 2009, p.45) afirma que, a opção pela institucionalização nem sempre pode ser vista como uma forma de abandono e, cada situação requer estudo, objetividade e profissionalismo na análise dos fatores predisponentes a essa tomada de decisão.

Tema 3: Instituição de Longa Permanência para Idosos e as alterações causadas no relacionamento com a família após o processo de institucionalização do idoso

Nesse tema procurou-se saber, na opinião dos familiares, a concepção de Instituição de Longa Permanência para Idosos e se houve alguma alteração (positiva ou negativa) no

relacionamento entre o idoso e os membros de sua família depois da institucionalização. Em relação a esta temática os familiares revelaram:

“[...] eu acho que é uma casa (instituição) que tem pessoas (equipe de saúde) capacitadas pra lidar com idosos que precisam de cuidados... pois muitas vezes a família não tá preparada pra lidar com situações (doença) difíceis, né? [...] a institucionalização do meu irmão, eu vejo como uma coisa positiva pra ele, pois lá em casa não dava mais pra ele morar e, se ele tivesse morando com as filhas... tenho certeza que já teria morrido, pois todas três (filhas) são desajustadas! [...] só querem (filhas) saber do dinheirinho dele! Até quando ele adoece e precisa ficar hospitalizado... tem uma delas (filha) que diz que só fica com ele, no hospital, se pagar a ela, do contrário, não fica (de acompanhante do pai no hospital) de jeito nenhum! Eu gosto muito do meu irmão, tenho muita pena dele e não abandono ele não, nunca! Vou visitá-lo, pelo menos, no final de semana e, às vezes, quando ele tá bem, levo ele pra almoçar com a gente lá em casa. Hoje nós (irmã e família dela – marido e filhos) temos um ótimo relacionamento com ele (idoso) e todos (filhas, sobrinhos e irmãos do idoso) vêm aqui pra visitá-lo. Foi muito bom ele ter vindo morar aqui! (F – 1).

“[...] é um céu (ILPI)! Eu (filha) costumo dizer que, aqui (instituição) eu encontrei anjos (equipe de enfermagem) pra me ajudar a cuidar do meu pai (idoso)! Hoje eu vejo o quanto foi bom pra paiinho ter vindo morar aqui (instituição). Ele adora esse lugar! Às vezes ele diz: ‘minha filha, não vá assinar nenhum papel lá na frente (secretaria) pra eu sair daqui (instituição) não, viu?’ É porque, no início (da institucionalização), eu disse que ele viria pra passar só uma temporada aqui (instituição), sabe? Mas, com a continuação... ele se adaptou muito bem, aqui! E, eu fico muito feliz por isso ter acontecido! [...] Mas eu ainda digo que, se o idoso é lúcido, tem sua autonomia e é independente, o melhor é morar junto com a família... mas, do contrário, o melhor mesmo... pra todo mundo (família e idoso), é morar numa instituição, como essa aqui, por exemplo! [...] Aqui (instituição) eu tenho a garantia que ele estar sendo bem cuidado, o dia todo! [...] Mesmo que eu contratasse uma pessoa pra cuidar dele em minha casa, eu ficaria preocupada. E, tem também a questão do isolamento... passar o dia todo dentro de casa, sozinho com um cuidador. [...] acho perigoso, pros dias atuais... pois, vimos pela TV tanta violência que acontece (em suas próprias residências) com os idosos, né? Me assusta! [...] já aqui (instituição), eu fico mais sossegada, porque além dos profissionais que trabalham aqui (instituição) ele (idoso) tem também a convivência com os outros idosos (moradores) e tudo mais!” (F – 2).

“[...] é uma casa (instituição) onde mora velhinho que não tem condições de se cuidar, né? [...] é um lugar bom... né ruim não! Eu venho aqui toda semana... visitar meu irmão, saber como ele tá... ele não gosta muito de conversa não... sempre foi muito calado, na dele... mas eu sinto que ele gosta quando eu venho vê ele, aqui... porque no dia que eu não venho, ele pergunta: ‘o que houve, se nossa irmã tá bem e como tá as coisas lá em casa?’ Ele ter vindo morar aqui (instituição) foi bom, porque ele tá sendo bem cuidado, né? Tem roupa lavada, comida na hora certa... tem os outros véim (idosos) pra ele conversar, tem também as enfermeira pra dá os

remédio e também levam pro médico, quando ele precisa! [...] É um canto bom pra se morar, né?” (F – 3).

“[...] é um lugar (instituição) muito bom e, também muito importante! Eu digo aos meus filhos que quando eu tiver velhinha podem me trazer pra cá (instituição)! [...] a institucionalização é uma necessidade pra quem precisa! É muito importante! [...] no início algumas pessoas da família me criticou bastante, mas hoje ao verem o quanto tia (idosa) melhorou aqui... [...] hoje me dão razão! [...] outro dia ela (tia) me contou toda feliz sobre um passeio que fez com o pessoal (acadêmicos de enfermagem/estagiários) daqui da casa (instituição). [...] ela diz que tá adorando morar aqui e só sai por morte! Eu venho vê-la, pelo menos, uma vez por semana e outras pessoas da família também... tia (idosa) sempre recebe visitas... ela (tia) gosta muito de receber visitas da família (sobrinhos)!” (F – 4).

“Pra mim esse tipo de casa (instituição) é uma coisa muito boa, tanto para o idoso que recebe um bom cuidado, como para a família que fica mais tranqüila... segura! [...] hoje mãe (idosa) adora tá aqui (instituição), às vezes eu levo ela pra almoçar comigo lá em casa, mas ela fica pedindo pra eu trazer logo ela de volta pra casa (instituição) dela. [...] ela se adaptou bem aqui (instituição), diz que é muito feliz morando aqui e diz também que gosta demais, principalmente, das festas e dos passeios que faz com o pessoal (acadêmicos de enfermagem/estagiários) daqui. [...] hoje nós temos um relacionamento bem melhor do que quando ela morava comigo, lá em casa. [...] hoje a gente (filha e idosa) não briga mais!” (F – 5).

“[...] eu (neto) vejo com sendo um local (ILPI) muito importante, pois só sabe o quanto é útil quem precisa desse tipo de serviço! [...] desde o início que vó gostou de morar aqui, pois ela sempre gostou de ter o lugar dela! [...] a experiência de morar na casa das filhas dela (vó) não tinha sido positiva pra ela e nem pras filhas! [...] antes dela (vó) vir morar aqui estava de mal (relações cortadas) com as filhas e depois de um tempo dela tá morando aqui as filhas dela vem visitá-la ou então liga pro celular dela. [...] depois de uns dois anos de vó tá morando aqui (instituição), o relacionamento entre elas (mãe e filhas) melhorou bastante! Então eu acho que a institucionalização de vó, nesse caso, foi muito positiva pra todos (idosa, filhas, genros e netos).” (F – 6).

No que se refere à Instituição de Longa Permanência para Idosos, se ressaltou nas falas dos familiares que é um equipamento de grande utilidade e que disponibiliza cuidados necessários e importantes para a saúde, a socialização, bem como para o bem estar do idoso. Observou-se ainda que os familiares, em seus discursos, buscam na ILPI uma parceira no cuidado do idoso.

Sendo assim, para Cortelletti *et al.* (2004), a família na atualidade enfrenta determinados problemas que não consegue solucionar internamente, e acabam repassando para outras instituições, que não a familiar, as questões que antes eram de sua responsabilidade. As autoras (2004, p. 33) dizem que, as “mudanças nos papéis sociais da

família fizeram com que seus idosos perdessem o cuidado direto de seus filhos no enfrentamento diário de seu envelhecimento”. Dessa forma, para as autoras supracitadas (2004, p.33), “a existência da família é condição *sine qua non* da vida em grupo. Porém, o vínculo familiar não garante ao idoso a sua permanência no domicílio”. Aja vista, para as mesmas “a família como instituição básica, quando acolhe o seu idoso, revela valores que atribui ao grupo e aos papéis que o representam”.

Tema 4: Concepção de família, vínculo familiar e contribuições da continuidade deste, para a saúde do idoso institucionalizado

“[...] família é sangue correndo na veia... é parte da gente! [...] vínculo familiar, pra mim, é a assistência que um tem que dar para o outro (familiar). [...] é estar sempre participando de reuniões com a família, promover um almoço ou um jantar e convidar a família pra vir a sua casa. [...] é visitar e procurar saber como o outro (familiar) estar. [...] é não perder o contato! [...] manter o vínculo com o nosso familiar na instituição é importante porque ele tem mais afeto com agente e agente com ele também... e ele se sente bem melhor por saber que a gente (familiar) se importa com ele. Eu acredito que ajuda até na melhora da saúde dele, sim! [...] porque as meninas (equipe de enfermagem) me dizem que quando eu venho (instituição) visitar meu irmão, ele se acalma mais!” (F – 1).

“[...] Bem, família pra mim é independente de ser sangue ou não, eu acredito que existem dois tipos de família: aquela família que a gente não escolhe, pois já nasce nela (mãe, pai, irmãos, tios, avós, primos) e aquela que a gente adota! [...] tem gente que não tem meu sangue (amigos de trabalho, vizinhos), mas eu considero muito mais do que meus parentes de sangue (tios, primos)! [...] As únicas pessoas que visita meu pai aqui sou eu, meu marido e meus filhos! [...] vínculo familiar são as pessoas que te amam, te apóiam e te aceitam do jeito que você é e está! Pra mim (filha) é isso! [...] independente de ter sangue correndo nas veias ou não... porque, o meu esposo é mais família dele do que os sobrinhos dele (idoso), que são muitos... do que os irmãos... do que os amigos... e assim, as pessoas que moram aqui com ele e também quem trabalha tem bem mais vínculo afetivo do que a própria família ‘de sangue’ dele (idoso)! A gente (família) percebe isso... com a convivência! [...] Eu acho que a continuidade do vínculo familiar é muito importante! [...] tanto pra ele (idoso) como pra gente (filha, genro e netos) [...] eu, por exemplo, quando não posso vir aqui, ligo pro celular dele (idoso) e também pra enfermeira pra saber como ele tá. Eu também sinto que ele gosta desse contato!” (F – 2).

“Bem, família? Pra mim (irmã), é você pertencer a um grupo de pessoas, onde tem pai, mãe, irmãos e também tios, sobrinhos, primos e avô, avó! [...] é ter o mesmo sangue! [...] vínculo familiar é não abandonar, né? É tá sempre presente, mesmo quando não pode vir aqui (instituição), pessoalmente... procurar saber notícia dele (irmão) pelo telefone e mandar avisar e ele que a gente ligou... pra ele ficar feliz e saber que, mesmo a

gente (família) não vindo, a gente se preocupa com ele aqui. Isso é bom pra ele e pra gente também, né?!” (F – 3).

“é ter o próprio sangue... é não abandonar (tia), é visitar, conversar, procurar saber se tá precisando de alguma coisa, é levar pra passear! [...] enfim... é tá presente na vida da pessoa (família)! [...] e, manter esse vínculo é muito importante pra saúde tanto física como mental da pessoa (tia), pois o sentimento do abandono (familiar) é muuuito triste! (enfática)” (F – 4).

“Pra mim (filha) é independente de sangue... Vínculo é uma coisa que a gente não pode perder... Eu acho que é uma coisa muito importante! [...] eu tenho dois compromissos com ela (mãe): um é ir à missa com ela e o outro é levar a roupa dela pra lavar lá em casa... Ela gosta disso! Se sente mais protegida! [...] ela (mãe) sabe que pode contar comigo (filha) e que não está abandonada aqui (instituição). Eu acho que isso (compromisso) é bom pra nós duas!” (F – 5).

“[...] família é ter o mesmo sangue... é ser pai, mãe, filho, vô, vó, neto... (pausa) é isso!!! [...] vínculo familiar é manter um laço afetivo com a família. [...] é tá sempre presente, é tá se ajudando, nos momentos bons ou ruins, sempre que precisar! [...] é pra ser isso, entendeu? É muito importante manter esse vínculo! [...] quando eu (neto) não posso vir (instituição) pessoalmente, ela (vó) fica triste, debilitada fisicamente. Diz até que está sendo abandonada! Nesse sentido, realmente, esse vínculo deve ser preservado e mantido, pela família!” (F – 6).

Segundo Vieira (2003) para se falar de institucionalização de idosos parece ser indispensável falar de família, porque, muitas vezes, é ela a originária da demanda pela instituição. Por isso, pesquisamos sobre essa temática e falamos em um tópico exclusivamente sobre estrutura de família e vínculo familiar.

Durante a entrevista, a maioria dos familiares dos idosos, procurou definir família como sendo uma relação estabelecida através da consanguinidade entre pessoas. Sobre vínculo familiar disseram ser o cuidado, a preocupação e respeito para com o outro. Revelaram ainda que é de fundamental importância a continuidade desse vínculo para a saúde e o bem estar do idoso na instituição. Ressaltamos que, no tocante a essa temática, os depoimentos da família dos idosos convergem com os estudos de Cortelletti *et al.* (2004).

Tema 5: Contribuições educativas da equipe de enfermagem no processo de institucionalização do idoso na prevenção do corte do vínculo familiar

“Em relação à enfermagem [pausa]. Elas tratam todos os idosos da instituição com muito carinho e sempre tão ligando pra gente pra informar sobre o estado de saúde [pausa]. Se tão bem ou não. Informam tudo que acontece! Dão muita atenção à família e conversam com a gente para explicar sobre a doença do nosso irmão.[...] isso é um ponto positivo, porque passa segurança pra gente que tá longe, né? E também dá mais conforto saber que ele tá sendo bem cuidado!” (F – 1).

“[...] a enfermeira é maravilhosa... eu (filha) sinto que ela procura dá atenção a todos (idosos)... sempre que a gente precisa de uma informação, ela nos dá. [...] ela sabe tudo o que acontece com eles (idosos)... eu percebo que ela (enfermeira) é muito atuante... mesmo quando a gente (família) não pergunta... ela liga e informa qualquer alteração (com o pai), e, pede pra gente comparecer sempre que possível. [...] ela estimula a nossa convivência na casa (instituição). [...] o problema é o número reduzido de funcionários, mas eles se esforçam e tentam fazer o melhor que podem! [...] o mais eu estou muito satisfeita!” (F – 2).

“Sempre que eu (irmã) venho aqui e pergunto a elas (enfermeiras) elas me dizem, mas eu não entendo muito bem sobre o problema de saúde dele (idoso) não. (silêncio) [...] minha irmã entende mais do que eu, mas ela não pode vim aqui não! [...] as enfermeiras pedem pra eu sempre vim aqui (instituição) visitar meu irmão... eu venho, sim! Abandono ele não... nunca!” (F – 3).

“a enfermagem está sempre me ajudando a entender as alterações de saúde da minha tia (idosa) e me dá atenção no que eu (sobrinha) preciso saber... avisa quando ela (tia) precisa ir ao médico... me ligam quando ela (tia) tem alguma alteração na pressão. [...] e, depois ligam de volta... pra avisar quando ela melhora.” (F – 4).

“No começo foi muito difícil pra mim (filha). Eu me preocupava muito com ela (mãe), mas a enfermeira conversou comigo e me acalmou mais. [...] ela (enfermeira) me deixou mais segura em relação aos cuidados com minha mãe, principalmente, em relação aos remédios... porque ela me dava muito trabalho na hora de tomar... a diabete dela (mãe) hoje tá controlada e ela tá muito bem de saúde... eu fico feliz por isso e sou muito grata pelos cuidados e carinho que minha mãe recebe aqui. [...] hoje eu tô bem mais tranqüila com ela morando aqui (instituição)!” (F – 5).

“Eu tenho um bom relacionamento com as enfermeiras daqui e elas me mantêm informado sobre a saúde de vó. Quando eu não posso vir eu ligo e elas me falam pelo telefone, mesmo! Se tiver alguma alteração na saúde de vó, elas logo ligam e avisam... eu acho que isso é muito positivo, porque a gente fica mais tranqüilo e dá mais confiança e credibilidade no serviço da casa (instituição).” (F – 6).

No tocante à temática em questão, percebe-se nas respostas dos familiares que, estes, estão em concordância com as falas expressas pelos idosos. Haja vista, a enfermeira atuar positivamente como uma ponte ou elo entre o idoso e sua família. Neste sentido, de acordo com Eliopoulos (2005), as enfermeiras que trabalham com idosos institucionalizados devem concentrar-se na manutenção da independência, na prevenção de riscos à saúde e ao bem-estar, no estabelecimento de estilos de vida significativos e no desenvolvimento de estratégias de autocuidados para as necessidades de saúde e médicas. Corroborando, a mesma autora (p. 487) diz ainda que é função da enfermeira gerontológica:

Orientar as pessoas de todas as idades em direção ao processo saudável de envelhecimento; ouvir e apoiar; transmitir otimismo e esperança; implementar as medidas restauradoras e reabilitadoras; investigar, planejar implementar e avaliar o cuidado de maneira individualizada, holística; compreender os aspectos físicos, emocionais, sociais e espirituais exclusivos de cada idoso; educar e promover o autocuidado e a independência ideal (ELIOPOULOS, 2005, p.487).

Portanto, no que se refere à temática abordada, de acordo com estudos de Magalhães, Silva e Oliveira (2012), no desenvolvimento de um trabalho com famílias é essencial conhecer sua formação na sociedade contemporânea a fim de que não ocorram ações pautadas em valores do senso comum e em uma concepção conservadora sobre o que é família. Nesse sentido, segundo Carvalho (2008, *apud* Magalhães, Silva e Oliveira, 2012), o mundo familiar mostra-se numa vibrante variedade de formas de organização, com crenças, valores e práticas desenvolvidas na busca de soluções para as vicissitudes que a vida vai trazendo. Para as mesmas, desconsiderar isso é ter a vã pretensão de colocar essa multiplicidade de manifestações sob a camisa-de-força de uma única forma de emocionar, interpretar, comunicar.

Magalhães, Silva e Oliveira (2012) afirmam ainda que, um profissional que atua com famílias, jamais pode cair no erro de considerar que há uma única forma ou modelo de organização desta, uma vez que sua formação se dá pela diversidade de cultura e vivências. As autoras supracitadas advertem que é preciso compreender que a família não se limita a uma instituição estática e inalterável, ela é construída socialmente ao longo da história e passa por constantes transformações, onde incidem determinantes sociais, culturais, políticos e religiosos. As mesmas seguem afirmando que são esses determinantes que, muitas vezes, contribuem para um processo de exclusão social, onde, quando estas não atingem as

expectativas impostas sobre ela, são penalizadas pela sociedade, pelo sistema capitalista e por um Estado mínimo, que castiga e culpabiliza esta instituição formadora da sociedade.

4.4 Descrição e análise dos dados da pesquisa de acordo com a análise documental

Fazendo parte da pesquisa ora desenvolvida realizamos a análise documental a partir de leitura crítica e sistemática de documentos constantes nos prontuários dos idosos. Essa leitura foi realizada na própria instituição, com autorização da enfermeira local, onde a pesquisadora teve a preocupação de colher informações relevantes e pertinentes ao estudo. Para esse fim utilizou-se dos documentos de saúde contidos nos prontuários dos idosos até aquele momento. Por constar informações importantes e pertinentes ao objetivo dessa pesquisa utilizou-se duas fichas de uso multiprofissional e interdisciplinar: o Protocolo de Avaliação Admissional Multidimensional do Idoso Institucionalizado – PAAMII e a Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE, conforme anexos 1 e 2, respectivamente.

4.4.1 Análise do Protocolo de Avaliação Admissional Multidimensional do Idoso Institucionalizado – PAAMII

Com o intuito de compreendermos melhor a temática em questão começamos por analisar o Protocolo de Avaliação Admissional Multidimensional do Idoso Institucionalizado - PAAMII. Documento a ser preenchido por uma equipe multiprofissional (enfermeiro, médico, fisioterapeuta, nutricionista, assistente social, psicólogo, entre outros). No qual fizemos uso, sobretudo, dos dados de identificação do idoso, motivo da institucionalização, avaliação psíquica e sócio-familiar do idoso. Através de leitura sistemática no PAAMII pudemos entender melhor sobre o vínculo entre o idoso institucionalizado e sua família.

No tocante ao motivo da admissão havia no PAAMII um espaço para ser preenchido conforme descrito pela família e outro para ser preenchido de acordo com a opinião do próprio idoso, em relação a sua vinda para a ILPI.

Para isso, em relação aos documentos analisados utilizaram-se as denominações PAAMII – F - 1; PAAMII – F - 2; PAAMII – F - 3; PAAMII – F - 4; PAAMII – F - 5; PAAMII – F - 6, em se tratando de resposta da família. E em relação aos documentos analisados utilizaram-se as denominações PAAMII – I - 1; PAAMII – I - 2; PAAMII – I - 3; PAAMII – I - 4; PAAMII – I - 5; PAAMII – I - 6, em se tratando de resposta do idoso institucionalizado.

A análise documental foi realizada agrupando a leitura sistemática a partir de dois temas, partindo do Protocolo de Avaliação Admissional Multidisciplinar do Idoso Institucionalizado - PAAMII, como descrito a seguir:

- 1) Motivo da admissão do idoso na ILPI (partindo da resposta do familiar);
- 2) Motivo da admissão do idoso na ILPI (partindo da resposta do idoso institucionalizado).

Tema 1: Motivo da admissão do idoso na ILPI (partindo da resposta do familiar)

Quanto a esse tema, as respostas aqui achadas foram convergentes com as encontradas no referencial teórico de acordo com Corteletti *et al.* (2004), que traz em seu bojo, como fatores para institucionalização do idoso as perdas financeiras; a viuvez; a fragilidade do vínculo afetivo; o não saber ou não querer da família em lidar com o déficit da saúde do idoso, quanto aos cuidados específicos que este venha a necessitar, ao longo de seu envelhecimento; a mudança do papel da mulher em relação a busca de uma profissão e a entrada desta na competitividade no campo do trabalho. Como segue abaixo discriminado:

“Ser divorciado e também pelo fato dele (irmão) ser psicótico e de vez em quando surtar e não ter uma pessoa (filha) que pudesse se dedicar a cuidar dele (irmão) em sua própria casa (local onde residem 3 filhas, duas netas e um genro do idoso institucionalizado)” (PAAMII - F - 1).

“Pelo fato dele (pai) gostar de sair para passear (centro da cidade) e não saber voltar pra casa (residência da filha), ele (pai) se perde com frequência e também por eu (filha) não ter uma pessoa (cuidadora) de confiança para cuidar dele (pai) em casa (residência da filha) enquanto eu (filha) estou trabalhando” (PAAMII - F - 2).

“Por eu (irmã) estar cansada e idosa e também já cuidar de uma outra irmã, mais velha e bem mais debilitada de saúde do que ele (irmão)” (PAAMII - F - 3).

“Por ela (tia) nunca ter casado, nem ter tido filhos. Durante toda a vida ela (tia) morou com sua irmã que é minha mãe que está com Doença de Alzheimer e teve que vir morar comigo, em minha casa. Daí eu não poder cuidar das duas (mãe e tia)” (PAAMII - F - 4).

“Por ela (mãe) nunca ter morado comigo, pois quando eu nasci me deu para outra família criar. Hoje eu (filha) trabalho muito e não tenho como cuidar dela, pois moro em um apartamento no terceiro andar que não tem elevador e ela (mãe) tem muita dificuldade para subir degraus e não gosta de ficar sozinha em casa” (PAAMII - F - 5).

“Por ela (vó) ser uma pessoa muito rígida, temperamento forte, de natureza (personalidade) difícil de lidar. Tem relacionamento conturbado com todas as filhas, principalmente com a minha mãe (neto) e não aceita a opinião do outro. Tem várias doenças e precisa tomar muitos remédios, em vários horários, e, pela dificuldade de encontrar uma pessoa (cuidadora) de responsabilidade para cuidar dela (vó) como ela precisa” (PAAMII - F - 6).

Portanto, no tocante às respostas que constam no PAAMII fornecidas pela família, no momento da institucionalização, constatamos que paira sobre o real motivo da busca da instituição o fato da fragilidade do vínculo familiar em contrapartida ao aumento das demandas pelo déficit da saúde e vulnerabilidade da situação econômica do idoso. Outros fatores importantes também encontrados foram as mudanças nas estruturas de família e acelerada entrada da mulher no mercado de trabalho, cada vez mais competitivo e exigente, em relação à qualificação profissional.

Tema 2: Motivo da institucionalização do idoso na ILPI (partindo da resposta do idoso institucionalizado)

Em relação a este tema, de acordo com a leitura realizada no Protocolo de Avaliação Admissional Multidimensional do Idoso Institucionalizado – PAAMII, encontramos as seguintes respostas quando indagados no momento da admissão na instituição, vejamos as respostas a seguir:

“Minhas filhas trabalham muito e não têm tempo para cuidar de mim (idoso) em minha casa” (PAAMII – I – 1).

“Minha filha se preocupa muito comigo e acha que eu não posso ficar sozinho em casa (residência da filha, genro, neta e neto) o dia inteiro” (PAAMII – I – 2).

“Eu (idoso institucionalizado) dava muito trabalho a minha irmã, quando eu morava na casa dela. Sou cadeirante, preciso tomar meus remédios na hora certa e também de ajuda na hora do banho” (PAAMII – I – 3).

“Minha sobrinha não tem condições de cuidar de mim (idosa institucionalizada) e de minha irmã que sofre da doença de perda da memória e eu não tenho condições de pagar a uma pessoa para cuidar de mim na casa dela (residência da sobrinha)” (PAAMII – I – 4).

“Minha filha trabalha muito! Ela (filha) passa o dia todo no trabalho e só vem pra casa à noite, que mesmo cansada ainda ia fazer as tarefas (serviços domésticos) de casa, pois eu (idosa institucionalizada) não podia ajudar em nada! Eu (idosa institucionalizada) não tenho mais a minha saúde e não posso cozinhar, lavar roupa, cuidar dos serviços da casa. Minha filha morava sozinha, não casou e nem teve filhos, vive para o trabalho e não

podia pagar uma pessoa pra cuidar da casa e de mim e tinha medo de me deixar sozinha em casa (residência da filha)” (PAAMII – I – 5).

“Minha família (filhas) é muito ocupada e não me entende. Eu (idosa institucionalizada) gosto das minhas coisas (rotina) do meu jeito e não do jeito que elas querem. Assim achei melhor procurar um canto como esse para eu viver os últimos anos da minha vida” (PAAMII – I – 6).

Ao analisarmos as respostas aqui encontradas, vimos confluência ao que encontramos na literatura pesquisada, pois o idoso, por apresentar algum grau de dependência física, psicológica ou cognitiva, sente-se um “peso” para o seu familiar, dessa forma, de acordo com estudos de Corteletti *et al.* (2004), o idoso passa a aceitar a institucionalização como sendo o último recurso para sua sobrevivência.

4.4.2 Descrição e análise da Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE

Depois de colhermos as informações inerentes a nossa pesquisa seguimos analisando outro documento de também relevante significância que foi a Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE. Sendo este documento, preenchido privativamente pela pessoa do enfermeiro durante a realização de consultas de enfermagem, onde demonstra a situação de saúde física e mental do idoso no momento em que é realizado tal procedimento.

Ao analisarmos a SAE, priorizamos a função neurológica, no que se refere ao comprometimento da saúde mental e física do idoso institucionalizado; os diagnósticos de enfermagem; as prescrições da assistência de enfermagem e suas intervenções. Nesse sentido, verificamos consideráveis déficits no censo de orientação, força motora com potencial risco para quedas e prejuízos na adaptação.

Para isso, em relação aos documentos analisados utilizaram-se as denominações SAE – I - 1, SAE – I - 2, SAE – I - 3, SAE – I - 4, SAE – I - 5 e SAE – I - 6. Sendo SAE - Sistematização da Assistência de Enfermagem; I – Idoso, acompanhado do número de acordo com a sequência de entrevista do idoso. Conforme veremos nas descrições dos temas abaixo:

- 1) Função neurológica do idoso
- 2) Principais diagnósticos de enfermagem
- 3) Prescrição da assistência de enfermagem

Tema 01: Função neurológica do idoso

Em relação a esse tema, procurou-se investigar sobre o nível de consciência, o censo de orientação (em relação a si mesmo e ao tempo e espaço), se está confuso, se apresenta agitação (psíquica e/ou motora), investigamos também se havia prejuízo na força motora e déficit de sensibilidade.

Consciente, com oscilações na orientação alo psíquica, apresenta estado de confusão mental e agitação psíquica e motora com frequência, há déficit na força motora e marcha prejudicada, não sendo encontrado relatos de alterações na sensibilidade (SAE – I – 1).

Consciente, orientado no tempo e no espaço, apresenta quadros de confusão mental esporádico (ao anoitecer), não consta quadros de confusão mental e nem agitação, força motora diminuída fazendo com que o idoso necessite usar uma bengala, porém a sensibilidade é preservada (SAE – I – 2).

Consciente, orientado no tempo e no espaço, não há informações sobre confusão mental e nem agitação, porém há comprometimento na força motora e sensibilidade de membros inferiores, obrigando ao mesmo a fazer uso de cadeira de rodas (SAE – I - 3).

Consciente, orientada no tempo e no espaço, não há informações sobre confusão mental e nem agitação, a idosa apresenta déficit na força motora, obrigando-a ao uso de bengala (SAE - I – 4).

Consciente, orientada no tempo e no espaço, há informações em relação a déficit motor, porém sensibilidade preservada (SAE – I – 5).

Consciente, orientada no tempo e no espaço, não há nenhum registro sobre alteração na sensibilidade ou prejuízo motor (SAE – I – 6).

De acordo com leituras realizadas na SAE dos idosos, referentes ao último ano de institucionalização, verificamos que os seis idosos (100%) não apresentavam variação no nível de consciência; quanto ao censo de orientação, confusão mental e agitação, vimos que 5 idosos (83,5%) eram orientados no tempo e no espaço, não apresentavam alterações de confusão mental, nem quadros de agitação, todavia apenas um idoso (16,7%) apresentava oscilações na orientação alo psíquica (tempo e espaço), confusão mental e quadros de

agitação (psíquica); em relação a força motora vimos que os seis idosos (100%) apresentavam força motora prejudicada, sendo que dois idosos (33,4%) faziam uso de uma bengala; três idosos (50%) não tinham comprometimento na marcha e deambulavam sem apoio, porém um idoso precisava fazer uso de cadeira de rodas para sua locomoção.

Acerca dessa leitura podemos destacar déficit no estado de saúde do idoso. Diante de tais informações, constatamos o que reflete os achados dos estudos das literaturas pesquisadas, como por exemplo, Corteletti *et al.* (2004) e Alcântara (2009), quando se referem ao comprometimento do grau de saúde do idoso como sendo um forte fator de risco para a institucionalização deste, bem como o declínio sutil da saúde desses idosos ao longo do tempo de vivência na ILPI.

Tema 2: Principais diagnósticos de enfermagem

Os diagnósticos de enfermagem são emitidos exclusivamente pelo enfermeiro de acordo com os cuidados que qualquer pessoa necessita, independente do diagnóstico e do tratamento prescrito pelo médico.

Nesse tema, a preocupação foi identificar os diagnósticos de enfermagem que apareciam com maior frequência em cada idoso sujeito da pesquisa. Como veremos a seguir:

1. *Adaptação prejudicada relacionada a estresses múltiplos;*
2. *Andar prejudicado relacionado ao controle da marcha;*
3. *Mobilidade física prejudicada relacionada à força, controle e/ou massa muscular diminuídos;*
4. *Risco de queda relacionado às alterações do envelhecimento;*
5. *Ansiedade relacionada à mudança de ambiente;*
6. *Déficit no auto-cuidado para banho/higiene relacionado à fraqueza e cansaço;*
7. *Déficit no auto-cuidado para alimentação relacionado ao prejuízo neuromuscular;*
8. *Baixa auto-estima crônica relacionada as alterações do envelhecimento*
9. *Padrão de sono perturbado relacionado à vigília condicionada mal-adaptada.*

Diante de trinta diagnósticos de enfermagem presentes na SAE, vimos em ordem de aparição mais frequente, conforme citado acima. Ante o exposto, pode-se inferir que o idoso institucionalizado apresenta problemas no que diz respeito a sua socialização e mobilização, dessa forma dificultando a construção de novos vínculos, levando-o ao isolamento social,

angustia, tristeza e apatia. Comprometendo a saúde do idoso e exigindo do profissional de enfermagem intervenções diretivas.

Tema 03: Prescrição da assistência de enfermagem

A prescrição de enfermagem é atribuição exclusiva do(a) enfermeiro(a) conforme consta nos artigos 8º e 9º da Lei 7.498/86, que regulamenta o exercício profissional do enfermeiro, técnico e auxiliar de enfermagem. Essas prescrições são planejadas e emitidas pelo(a) enfermeiro(a) e devem ser realizadas pelos técnicos e auxiliares de enfermagem.

Nesse tema há pelo menos dezenove itens sugeridos pela SAE desta ILPI, porém os mais frequentes encontrados foram nove, conforme listados abaixo:

1. *Observar nível de consciência;*
2. *Verificar e registrar sinais vitais (pressão arterial, respiração, pulso, temperatura);*
3. *Administrar medicação conforme prescrição médica, atentando para as devidas reações;*
4. *Auxiliar nos cuidados de higiene;*
5. *Anotar sinais e sintomas relatados e observados do idoso;*
6. *Comunicar anormalidades ao enfermeiro;*
7. *Observar, comunicar e registrar intercorrências;*
8. *Estimular trabalhos lúdicos na sala de recreação;*
9. *Estimular deambulação.*

Através dos dados acima citados pôde-se perceber que, as intervenções de enfermagem descritas pairam sob a preocupação com a saúde física do idoso. Relegando a necessidade de socialização às últimas instâncias. De acordo com Corteletti *et al.* (2004, p.47), “a saúde é o estado de bem-estar físico, psicológico, social e espiritual que permite às pessoas realizarem suas atividades diárias com eficiência e autonomia”. Autonomia que para Corteletti *et al.* (2004, p.51-2) é entendida como “exercício da auto determinação e habilidade de poder atuar livre de interferências de outras pessoas e das limitações pessoais”.

Vimos ainda que há pouco estímulo social, pois Corteletti *et al.* (2004) informam que, o convívio do grupo pode ser visto como um fator positivo de convívio social. Nesse sentido, Vieira (2003) destaca a importância da comunicação adequada entre as pessoas como sendo fundamental para coesão, segurança e bem-estar entre as pessoas que convivem em grupo.

Contudo, de acordo com os dados obtidos em nossa pesquisa e com as literaturas pesquisadas, constatamos que a institucionalização do idoso, em sua maioria, acontece por causa da fragilidade do vínculo familiar e sem planejamento prévio. Como consequência dessa institucionalização, há um afastamento afetivo ainda maior entre idoso e família,

culminando no decréscimo da saúde física e mental do idoso institucionalizado. Vimos também a necessidade de um acolhimento e apoio psicológico mais efetivo à família em relação a essa tomada de decisão, visto que compromete também a saúde mental desta, deixando-a exposta a riscos de culpa, medo, ansiedade, tristeza, entre outros sentimentos negativos.

Portanto, diante da situação encontrada, apoiamos o que sugere, em seus estudos, Cortelletti *et al.* (2004, p.57-8) e propomos algumas alternativas que podem contribuir para uma melhoria qualitativa da realidade atual da ILPI, bem como de seus residentes. Sendo assim, sugere-se:

- *Atentar para as políticas sociais e de saúde existentes, conhecer e acompanhar os programas e as propostas de ação relacionadas, com vistas ao cumprimento da lei;*
- *Destaca-se a questão da educação para a velhice, a priorização da permanência do idoso em sua família, e a formação de recursos humanos especializados;*
- *Orientar para a organização e o desenvolvimento de atividades físicas, intelectuais, religiosas, sociais que motivem o idoso, tirando-o de sua inatividade, estimulando-o ao convívio social, ao desenvolvimento da linguagem e à busca de sentido para o seu dia-dia. Para que isso tenha significado, requer que sejam consideradas possibilidades, habilidades e vontades do idoso, que seja respeitado nas suas limitações e que seja partícipe co-responsável na organização e no desenvolvimento de propostas, situando-se como sujeito em busca de SER. A viabilização dessas ideias é possível a partir de projetos específicos de instituições organizadas (IES, ONGs, Associações e outras), utilizando-se de recursos humanos próprios, estagiários curriculares, bolsistas, trabalho voluntário;*
- *Criar novos núcleos de estudo e pesquisa sobre o envelhecimento de modo a produzir na realidade existente, auxiliando na compreensão do processo de envelhecer para a conquista de uma melhor velhice;*
- *Verificar a rede de recursos existentes na comunidade voltados à população idosa, socializando-a com instituições, grupos e demais interessados, com vistas a torná-la conhecida e facilitar sua utilização, favorecendo as pessoas que dela necessitam.*

CONCLUSÃO

*Sentir primeiro, pensar depois
Perdoar primeiro, julgar depois
Amar primeiro, educar depois
Esquecer primeiro, aprender depois*

*Libertar primeiro, ensinar depois
Alimentar primeiro, cantar depois*

*Possuir primeiro, contemplar depois
Agir primeiro, julgar depois*

*Navegar primeiro, aportar depois
Viver primeiro, morrer depois.*

Mário Quintana

Depois de estudarmos vários pontos de vista sobre a problemática para analisarmos o conteúdo abordado, podemos esquematizar da seguinte maneira o que estudamos.

Por questão de método, ao falarmos em educação, remetemos a um ato ou efeito de educar-se, ou seja, de alterar hábitos e atitudes, a partir dos conhecimentos e aptidões adquiridos ou conjunto de processos e métodos que orientam o desenvolvimento natural, progressivo e sistemático de todas as forças do educando, que significa tirar, levar. Assim sendo, de acordo com as literaturas pesquisadas vimos que, a educação é entendida como o processo de tirar de dentro de uma pessoa algo que já está dentro dela, ou levar para fora da pessoa àquilo que está presente nela mesma. Vimos que educação é definida também como sendo uma resposta da finitude da infinitude. Estas definições têm como referência a etimologia, principalmente de Houaiss, Ceccim e Durkheim. Vimos ainda que, para Paulo Freire, a educação deve causar condições constantes de mudanças de atitudes.

Ao nos referirmos à educação em saúde, pressupõe uma combinação de oportunidades que favoreçam a promoção e a manutenção da saúde. É dentro dessas concepções de educação, saúde e educação em saúde que acreditamos caber ao profissional da saúde (aí incluído o profissional de enfermagem) o papel de defensor-facilitador. Dessa maneira, ficou claro que, educação em saúde nada mais é do que o exercício de construção da cidadania na busca de uma melhor qualidade de vida.

Além disso, vimos que a gerontologia, atualmente, dedica-se ao estudo do envelhecimento de todas as coisas vivas e não só do envelhecimento humano e utilizamos

também a geriatria que é a ciência que visa ao prolongamento da vida com saúde e com qualidade de vida.

Incansáveis leituras realizadas em Elizabete Viana de Freitas e colaboradores, em seu *Tratado de geriatria e gerontologia*, nos ajudaram a compreender que o envelhecimento (processo), a velhice (fase da vida) e o velho ou idoso (resultado final) constituem um conjunto, cujos componentes estão intimamente relacionados.

Vimos em Papaléo Netto (2006), que o envelhecimento é um processo dinâmico e progressivo, com modificações morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas que determinam perda da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente ocasionando maior vulnerabilidade e maior incidência de processos patológicos que determinam por levá-lo à morte. Freitas (2006) corrobora afirmando que, o envelhecimento populacional é um fenômeno mundial incontestável, ocorre tanto em países desenvolvidos como nos países em desenvolvimento. Nesse sentido, entendemos quando Freitas *et al.* (2006) assegura que o processo de envelhecimento faz parte de um contínuo, inicia com a concepção, e, só termina com a morte. Nessa sequência, para este autor, fica-se mais velho a cada dia, continuamente, até o fim da vida.

Para autores como Freitas *et al* (2004), Neri (2005), Abreu *et al.* (2009) e outros estudiosos do envelhecimento humano nos advertem que há dois tipos de fenômenos nos acompanhando na jornada entre a juventude e a idade avançada: a senescência que é o envelhecimento fisiológico ou normal (senescente) e a senilidade que é o envelhecimento patológico ou anormal (senil).

Para os autores supracitados, no envelhecimento senescente, o indivíduo passa por processos biológicos, no qual os diversos órgãos e sistemas do corpo vão diminuindo suas reservas. Provavelmente essas transformações sofrem influência do ambiente físico e social. Para os mesmos, o envelhecimento fisiológico é dividido em envelhecimento usual no qual o indivíduo apresenta prejuízos significativos, mas não qualificado como doente; e o envelhecimento bem-sucedido, em que se tem perda fisiológica mínima. Porém no envelhecimento patológico ou senil, têm-se alterações resultantes de agressões que ocorrem durante a vida (má alimentação, obesidade, hábito de fumar, excesso de bebidas alcoólicas, sedentarismo, vícios posturais), bem como a falta de prevenção e controle das doenças crônicas como: diabetes, hipertensão, colesterol alto, entre outras.

Ao falarmos em envelhecimento, Palloni (2003), não nos deixa esquecer que este processo, em países desenvolvidos ocorre de forma gradual, acompanhado de melhorias na

cobertura do sistema de saúde, nas condições de habitação, saneamento básico, trabalho e alimentação. Já no Brasil, Palloni (2003) informa que, o envelhecimento ocorre rapidamente num contexto de desigualdades sociais, economia frágil, crescentes níveis de pobreza, com precário acesso aos serviços de saúde e recursos financeiros escassos. Portanto, para o referido autor, sem as devidas modificações estruturais que respondam às demandas do grupo etário correspondente compromete a qualidade de vida e o tipo de envelhecimento de cada indivíduo.

Nessa sequência, portanto, Rodrigues e Soares (2006) afirmam que a forma de conceber e viver o envelhecimento depende do contexto histórico, dos valores e do lugar que o idoso ocupa na escala classificatória da sociedade, e, de constantes mudanças decorrentes da emergência da sociedade pós-industrial. Esses autores nos assegura que a sociedade contemporânea encontra-se num processo de redefinição de costumes, de comportamentos e do estabelecimento de novos paradigmas das relações humanas. Além disso, vimos que o processo de globalização, impulsionado pela revolução tecnológica (microeletrônicas e da era cibernética), é marcado pela instantaneidade e descartabilidade favorecendo o culto da juventude, da beleza, da virilidade e da força física em detrimento da idade madura e da velhice que são associadas à improdutividade e decadência. Nesse cenário social resta pouco espaço para os idosos que acabam por ficar desprotegidos e marginalizados, contexto esse que tem como resultado a dificuldade de auto-aceitação e mesmo de rejeição, por parte do idoso, de seu próprio envelhecimento.

Nessa perspectiva, estudos de Alcântara (2009) mostram que ao se pronunciar a palavra “velho” no cotidiano se percebe certo melindre, visto que esta soa como insulto e para amenizar se utiliza de eufemismos, como terceira idade, uma forma de, provavelmente, tentar separar os velhos improdutivos dos velhos ativos que fazem turismo e consomem produtos com o intuito de mascarar o envelhecimento. Para a mesma, o termo “terceira idade”, se constituiu a partir da implantação das políticas sociais na França, onde se propagou a imagem do velho bem-sucedido, isto é, “jovens velhos” – aposentados dinâmicos, que podem usufruir um tempo de diversão e liberdade, alvos do mercado de consumo.

Dessa maneira entendemos que para estudar o envelhecimento humano na contemporaneidade envolve vários fatores, tais como: social, econômico, político, biofisiológico, entre outros. Esses fatores, com bases históricas e culturais podem ser marcados por discriminação, pelo preconceito e pela rejeição da velhice. Dessa forma, podendo ocasionar a institucionalização do idoso, bem como a perda do vínculo familiar.

Contudo, ao falarmos em envelhecimento senil (patológico) este ainda é o que culmina na institucionalização do idoso, segundo dados de estudos de Cortelletti *et al.* (2004).

Nesse caso, vimos a necessidade de estudarmos sobre família (estruturas e arranjos), então oportuniza-nos dizer que, em concordância aos estudos de Cunha (2005), para Philippe Ariès, a família moderna encontrava-se associada à invenção de novos sentimentos – o da infância (ARIÈS, 1986), e, o da vida privada (ARIÈS e DUBY, 1990), respectivamente em suas obras: *História Social da Criança e da Família* e *História da Vida Privada*. Este novo sentimento da infância resultaria da descoberta da criança enquanto tal e não como um potencial adulto ou como um adulto em miniatura. A par desta nova concepção da criança, verificava-se, segundo Ariès, cada vez maior privatização da vida conjugal e familiar, incentivada pelo desaparecimento da vida pública.

É importante também destacar Gilberto Freyre, estudioso da cultura brasileira que, elaborou e difundiu um poderoso sistema ideológico em torno da família patriarcal, que eliminou as contradições do processo histórico brasileiro em nome de uma pretensa harmonia social. Freyre (2004) descreve em sua obra, *Casa Grande & Senzala*, (publicada pela primeira vez em 1933), o modelo de família patriarcal como sendo: um extenso grupo composto pelo núcleo conjugal e sua prole legítima, ao qual se incorporavam parentes, afilhados, agregados, escravos e até mesmo concubinas e bastardos; todos abrigados sob o mesmo domínio, na casa-grande ou na senzala, sob a autoridade do patriarca. A família ainda se caracterizaria por traços, tais como: baixa mobilidade social e geográfica, alta taxa de fertilidade e manutenção dos laços de parentesco com colaterais e ascendentes, tratando-se de um grupo multifuncional. Ainda, para subsidiar os estudos sobre família utilizou-se também Novais (1998), com a obra de Fernando Novais, *História da Vida Privada no Brasil*, mais precisamente o volume quatro, que tem como subtítulo “Contrastes da intimidade contemporânea”, este explora, entre outros temas, a organização familiar, por este motivo foi o volume mais utilizado para entendermos melhor a temática pretendida.

Contudo, de acordo com Cunha (2005), hoje já começa a ser consensual a ideia de que não se deve pensar em termos de um modelo padrão ou dominante de família, mas sim em vários modelos e formas familiares. Sobretudo, observamos que a família, sofreu ao longo dos últimos anos, profundas transformações na sua estrutura e formas de organização, conduzindo a novas e variadas configurações que não podem deixar de ser consideradas como novas formas familiares. Ou seja, o que se defende hoje é que todas as diferentes formas de família ou agregados domésticos são igualmente válidos e que o modelo tradicional de família

nuclear, constituído por uma unidade de duas gerações, não deve ser privilegiado sobre qualquer outra forma de vida doméstica, sejam elas famílias monoparentais, adotivas, reconstituídas, sem filhos, homossexuais, entre outros.

Corroborando com o exposto, vimos que a instituição família passou a existir ou ser definida como tal, somente no final da Idade Média, visto que tinha como base a fidelidade de seu grupo, era mais volumosa em número de filhos e, entre outras responsabilidades, tinha a missão de educar e proteger seus membros. Atualmente, a família está reduzida a um ou dois filhos, em sua maioria, onde os laços que os mantêm unidos estão cada vez mais frágeis e possíveis de serem desfeitos em prol dos interesses individuais de cada membro do casal contemporâneo.

Apesar do renovado interesse teórico-metodológico sobre o tema, as discussões também estão ligadas a uma série de crises recentes, relatando os conflitos entre gerações, as rebeliões dos jovens, as mudanças no status da mulher, e o crescimento de dúvidas e inquietações sobre o futuro da família.

A esse respeito, Dias (*apud* Souza, Beleza e Andrade, 2012) observam-se que há uma complexidade de fatores que interferem na manutenção e perpetuação das famílias, portanto, faz-se necessário, cada vez mais, os profissionais terem clareza quanto às transformações e à realidade em que estão inseridas essas famílias, com o intuito de realizar um trabalho coerente que atenda suas necessidades, de acordo com a singularidade que cada família, em particular, apresenta.

Nesse contexto, dados científicos e conhecimentos exclusivos deverão ser usados na aplicação do processo de enfermagem para a população idosa institucionalizada, cabendo a esses profissionais, sempre que possível, buscar ajuda junto à família para que o idoso possa alcançar ao máximo seu bem-estar dentro da instituição e atingir níveis ideais de saúde física, mental, social e espiritual, e que possa chegar à inteireza, não se esquecendo de respeitar o desejo e a autonomia de ambas as partes. Para essa concretude, o profissional de enfermagem deverá recorrer ao seu papel de educador que envolve ouvir, interagir, esclarecer, instruir, validar e analisar. Dessa forma, o enfermeiro poderá agir com vigor e segurança, sem se deixar envolver emocionalmente, tão pouco ser parcial diante de problemas da ordem pessoal entre o idoso e sua família.

Ante o exposto, o aumento da população idosa brasileira é bastante evidente, assim como os fatores que implicam a institucionalização dessa camada social. A partir daí surgiu a

preocupação em analisar as contribuições do papel educativo do enfermeiro frente à família do idoso institucionalizado como fator fundamental da continuidade do vínculo familiar.

Assim, percebemos no discurso dos profissionais de enfermagem da ILPI, que falta tanto o saber cotidiano como o saber científico para avançar no terreno do bom acolhimento, qualidade no atendimento e avaliação da saúde do idoso institucionalizado. Contudo, na trajetória final deste trabalho, cuja caminhada foi permeada por desafios e conquistas, é indispensável voltarmos a algumas questões que nortearam esta pesquisa. Visto que, toda a trajetória deste trabalho é pautada de um olhar sobre o processo de envelhecimento, institucionalização do idoso e continuidade do vínculo familiar para o idoso institucionalizado. Observamos também, que essas temáticas são infinitamente amplas e ainda cheias de contradições, por isso acreditamos ser este trabalho mais um elemento a proporcionar uma abertura para muitos outros debates que possam vir a colaborar com novos caminhos nesses tempos de aumento acelerado de idosos na sociedade.

Não foi nossa pretensão, em nenhum momento, dar respostas conclusivas às problemáticas que envolvem a prática da institucionalização do idoso, bem como a continuidade do vínculo familiar ou mesmo apontar erros e acertos no fazer dos profissionais de enfermagem da ILPI pesquisada, mas sim, verificar as concepções, expectativas, avanços, e impasses que perpassam o cotidiano dos enfermeiros numa ILPI. Esta instituição que precisa se deparar com inúmeros problemas como ausência de capacitação da equipe de trabalho, as barreiras arquitetônicas, econômicas e conceituais, para que essa prática, que se configura importante para todos, seja efetivada. Certamente, foi também, através desta pesquisa que pudemos qualificar nossa prática educativa e rever muitas concepções que consideramos fundamentais para nossa vida profissional.

Assim, retornamos alguns dos problemas da pesquisa que, teve por objetivo, verificar se a institucionalização é sempre negativa ao vínculo familiar ou tem seus aspectos positivos e construtivos, e, também analisar as contribuições educativas do enfermeiro, junto ao familiar, em prol do bem estar do idoso institucionalizado. Após a análise dos dados, percebemos que a realização da institucionalização do idoso faz-se necessário observar conceitos e (pré)conceitos, assim como as crenças e concepções acerca da institucionalização do idoso, bem como a fragilidade do vínculo familiar antes do idoso ser institucionalizado. Prática esta que, vem sendo vivenciada pela equipe de enfermagem da instituição pesquisada.

Neste contexto, cabe ressaltar que, para as profissionais de enfermagem entrevistadas a institucionalização é mesmo um processo que, necessita avançar em muitos aspectos e

continuar avançando a cada dia, dada a dinâmica do trabalho desenvolvido dentro da instituição e que perpassa muros chegando à comunidade de modo geral.

A esse respeito, podemos perceber, também, a partir das respostas obtidas, que a instituição pesquisada precisa rever problemas relacionados ao inter-relacionamento pessoal e social de idosos, família e comunidade em geral, pois como foi citado por vários autores ao longo da construção dessa pesquisa, ainda há dificuldades de interação social e de lazer nesta ILPI. Dificuldades essas concernentes à viabilização de profissionais aptos para esse fim, mesmo sabendo-se que, muito já foi feito nesta instituição, em relação a este problema.

Além disso, em relação às dificuldades encontradas pelas profissionais de enfermagem desta ILPI, há uma queixa que nos chama a atenção de modo especial, que é a necessidade de capacitação permanente. Apesar do apoio recebido das Instituições de Ensino Superior, em especial das Faculdades de enfermagem, que desenvolvem trabalhos específicos junto aos funcionários da ILPI; à equipe de enfermagem; aos idosos e suas famílias, que também se beneficiam desses serviços.

Em relação às entrevistas realizadas com as famílias, o que nos chama a atenção é a falta de conhecimento sobre o processo de envelhecimento, às alterações biopsicofisiológicas causadas no idoso, e também a falta de pessoas para o cuidado com o idoso no meio familiar. Pois, todas as famílias entrevistadas relataram, estes, como sendo os principais motivos que levou o idoso à institucionalização. Temos que destacar, que a saúde pública dispõe de profissionais (médicos, enfermeiros, dentistas, nutricionistas, fisioterapeutas, educador físico, ente outros) para auxiliar as famílias a manterem seus idosos em condições ideais de saúde e permanência destes, em meio familiar, assegurado também na Constituição Federal Brasileira de 1998 e Estatuto do Idoso (Lei 10.741 de 1º de outubro de 2003), como já visto anteriormente.

Neste sentido, cabe aos gestores (federal, estadual e municipal) rever os serviços ofertados às comunidades em relação à saúde do idoso. Quanto às famílias, estas precisam se preparar mais para enfrentar melhor o processo de envelhecimento, que é dinâmico, individual, particular a cada indivíduo

Já nas respostas dos idosos, percebemos um distanciamento afetivo com suas famílias, que aumenta consideravelmente após a institucionalização. Em seus discursos sentimos uma tristeza ou indiferença ao falar do relacionamento familiar. Vimos que vínculo afetivo é algo construído ao longo dos anos e não se constrói afeto com bens materiais ou através de terceiros. Somos responsáveis pelo sentimento brotado no coração do outro e não

implantamos nada sem a anuência da outra pessoa. Bem material é conquistado por esforço que pode ser adquirido através do trabalho ou ainda por herança, porém o vínculo afetivo é conquistado através do amor brotado no coração de uma pessoa, durante toda uma vida. Nosso trabalho, em nenhum momento, teve como foco reaproximar ou reconciliar idosos as suas respectivas famílias, muito pelo contrário, trabalhamos com idoso e família que tinha seu vínculo familiar preservado e se dispusera a contribuir com a pesquisa voluntariamente.

Cabe salientar ainda, que as análises e reflexões, aqui expostas, devem ser constantemente submetidas a novas análises e reformulações, dando a estas considerações finais um caráter provisório, não podendo ser tomadas como verdades absolutas. Tais considerações devem ser compreendidas como questionáveis e abertas de maneira a suscitar novas investigações que possam contribuir na elucidação desta temática.

Por isso, ao invés de se emitir pareceres conclusivos, acabados, são feitas considerações finais, muitas delas constituídas de perguntas sem respostas ou respostas desprovidas de verdades absolutas, uma vez que a imprevisibilidade do processo de envelhecimento e dos sentimentos humanos não permite considerar terminado um trabalho acadêmico desta natureza.

Após todo este percurso, é importante destacar que o objetivo desta pesquisa foi alcançado, bem como as questões colocadas neste trabalho tiveram suas respostas convergentes aos estudos que utilizamos como referencial teórico, especialmente, as contribuições dos seguintes autores: Anita Liberalesso Neri, Adriana de Oliveira Alcântara, Ivone A. Cortelletti, Miriam Bonho Casara, Vania Beatriz Merlotti Herédia, Eliane Brandão Vieira, entre outros, principalmente na temática que enfatizou a institucionalização do idoso.

Tomaram-se também como referência teórica, sobretudo, as contribuições da legislação brasileira como: a Constituição Federal de 1988; Lei Federal nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994 (dispõe sobre a Política Nacional do Idoso e cria o Conselho Nacional do Idoso); Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996 (dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos); Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006 (aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa); Portaria nº 810, de 22 de setembro de 1989 (dispõe sobre normas para o funcionamento de casas de repouso, clínicas geriátricas e outras instituições destinadas ao atendimento de idosos); Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003 (dispõe sobre o Estatuto do Idoso); Resolução de Diretoria Colegiada - RDC nº 283, de 26 de setembro de 2005 (regulamento técnico que define normas de funcionamento de instituições de longa permanência para idosos de caráter residencial); Dias (2011), que

contribuiu na compreensão dos aspectos legais, dos decretos e pareceres que foram configurando o perfil do curso desde seu surgimento.

Dentre as contribuições para uma capacitação e formação profissional merece destaque o que rege a Política Nacional do Idoso – PNI, no que se refere à área da educação, por exemplo. Esta legislação prevê adequação dos currículos escolares com conteúdos voltados para o processo de envelhecimento, de forma a eliminar preconceitos, bem como estabelece a inserção da Gerontologia e Geriatria como disciplinas curriculares nos cursos superiores. Assim, considera-se positiva, a proposta de formação de um profissional capaz de atuar na área da saúde e participar ativamente no processo do envelhecimento humano, como também poder dar um suporte educativo aos familiares.

Constatamos uma preocupação com a formação do profissional de enfermagem, o interesse pelo estudo sobre o envelhecimento humano e pela dinâmica com a qual os familiares lidam com esse processo na família. Porém, vimos que os membros da família sujeitos dessa pesquisa demandaram esforço para suplantar as deficiências existentes.

Evidenciamos, no entanto, que é preciso mais investimento para ampliar espaços de convivência e áreas de lazer na instituição, onde o idoso possa destinar parte de seu tempo a socialização com seus pares e suas visitas, para então, poder superar melhor as adversidades impostas pela rotina local.

Averiguamos ainda que, apesar de haver várias legislações sobre o amparo à pessoa idosa, a velhice necessita de mais vontade política para que seja possível efetivar uma prática voltada ao bem coletivo, da família e idoso.

Pesquisar este tema é tentar, de algum modo, colaborar para a conscientização de pessoas que ainda não chegaram à velhice, mas estão vivenciando seu próprio processo de envelhecimento com mais sabedoria, e que fará uma diferença substancial na melhoria e na qualidade de vida de muitas famílias, ajudando também a tornar as Instituições de Longa Permanência para Idosos um lugar com mais oportunidades de viver bem, mais e melhor.

Finalizamos este trabalho na perspectiva de ter, de alguma forma, mudado o olhar sobre a família; sobre o envelhecimento; sobre as ILPI's, sobre a institucionalização do idoso; sobre o papel do enfermeiro nesse processo.

REFERÊNCIAS

- ABREU, C. B. B. de.; RIBEIRO, M. I.; PIRES, N. R. (orgs.). **Cuidando de quem já cuidou**. São Paulo: Atheneu, 2009.
- ALCÂNTARA, A. de O. **Velhos institucionalizados e família**: entre abafos e desabafos. 2. ed. Campinas, SP: Editora Alínea, 2009.
- ARIÈS, P.; DUBY, G. (Orgs.). **História da Vida Privada**. Tradução de Hildegard Feist. São Paulo: Companhia das Letras, 1990. Coleção com cinco volumes.
- ARIÈS, P. **História Social da Criança e da Família**. Tradução de Dora Flaksman. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara, 1986.
- BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Edição revista e actualizada. Tradução: Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa/Portugal: Edições 70, LDA, 2010.
- BARRETO, M. L. G. de O. P. O Idoso, a Instituição e a Família. In: ABREU, C. B. B de, RIBEIRO, M. I.; PIRES, N. R. (Orgs.) **Cuidando de quem já cuidou**. São Paulo: Atheneu, 2009. p.149-153.
- BASTABLE, S. B. **O enfermeiro como educador**: princípios de ensino-aprendizagem para a prática de enfermagem. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010.
- BAULIEU, É-É. A longevidade humana. In: MORIN, E. **A Religação dos Saberes**: o desafio do século XXI. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2001.
- BOFF, L. **Saber cuidar**: ética do humano-compaixão pela terra. 13. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.
- BORN, T.; BOECHAT, N. S. A qualidade dos cuidados ao idoso institucionalizado. In.: FREITAS, E. V. de. et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.
- BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. [On line]. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm> Acesso em: 20 de janeiro de 2013.
- _____. **PARA ENTENDER O PACTO PELA SAÚDE**. 2006b - Volume I - Portaria GM/MS 399/2006 - Portaria GM/MS 699/2006. Brasília, 09 de maio de 2006. Disponível em: <http://www.saude.al.gov.br/files/pactopelasaude/manuais/para_entender.pdf> Acesso em: 10 de junho de 2013.
- _____. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n. 196**, de 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, 1996. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br>> Acessado em: 05 de dezembro de 2012.
- _____. Ministério da Saúde. **Portaria n. 2.528**, de 19 de outubro de 2006. 2006a. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. Disponível

em:

<<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2528%20aprova%20a%20politica%20nacional%20de%20saude%20da%20pessoa%20idosa.pdf>> Acessado em: 15 de dezembro de 2012.

_____. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto de Promoção da Saúde. **As Cartas de Promoção da Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Projeto Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2002. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf> Acessado em: 10 de dezembro de 2012.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei n. 10.741, de 1º de outubro de 2003**. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Brasília (DF): 2003. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741.htm> Acessado em 10 de dezembro de 2012.

_____. **Resolução de Diretoria Colegiada**. RDC n. 283, de 26 de setembro de 2005. Regulamento técnico que define normas de funcionamento de instituições de longa permanência para idosos de caráter residencial. Anvisa. Disponível em <[HTTP://www.anvisa.gov.br](http://www.anvisa.gov.br)> Acesso em: 05 de dezembro de 2012.

_____. **Lei Federal n. 8.842**, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Brasília; 1994. Disponível em: <<http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=138955>> Acessado em: 25 de março de 2010.

_____. **810**, de 22 de setembro de 1989. Dispõe sobre normas para o funcionamento de casas de repouso, clínicas geriátricas e outras instituições destinadas ao atendimento de idosos. Brasília; 1989. Disponível em:

<[http://www.mp.ba.gov.br/atuacao/cidadania/geido/legislacao/portaria 810 89.asp](http://www.mp.ba.gov.br/atuacao/cidadania/geido/legislacao/portaria%20810%2089.asp)> Acessado em: 25 de março de 2010.

BUSS, D. M. **Promoção da saúde e a saúde pública**: construção para o debate entre as escolas de saúde pública da América Latina. Rio de Janeiro: Atlas, 2002.

CAMARANO, A. A.; PASINATO, M. T. O envelhecimento populacional na agenda das Políticas públicas. 2004. **Estudos Macroeconômicos do IPEA** - Capítulo 08. Disponível em <<http://www.ucg.br/ucg/unati/ArquivosUpload/1/file/Envelhecimento%20Populacional%20na%20Agenda%20das%20Pol%C3%ADticas%20P%C3%BAblicas.pdf>> Acessado em: 08 de janeiro de 2013.

CAMARANO, A. A.; *et al.* **Famílias**: espaço de compartilhamento de recursos e vulnerabilidades. 2004. [on line] Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/livros/Arq_12_Cap_05_rachura.pdf> Acesso em: 12 de maio de 2012

CAMARANO, A. A. **Os Novos Idosos Brasileiros**: Muito Além dos 60? [on line] Rio de Janeiro: IPEA, 2004. Disponível em: <[http://pfdc.pgr.mpf.br/atuacao-e-conteudos-de-](http://pfdc.pgr.mpf.br/atuacao-e-conteudos-de)

apoio/publicacoes/pessoa-idosa/Livro%20Os%20novos%20Idosos%20Brasileiros%20-%20muito%20alem%20dos%2060.pdf> Acessado em 08 de dezembro de 2012.

CASTERNSEN, L. L. Motivação para o contato social ao longo da vida: uma teoria de seletividade sócioemocional. In: NERI, A.L. (Org.). **Psicologia do envelhecimento**. Campinas: Papirus, 1995. pp.114-44.

CECCIM, R. B. A ciência e a arte de um saber-fazer em saúde. In: MEIER, D. E.; WALDOW, V. R.; LOPES, M. J. M. (Orgs.). **Marcas da diversidade**: saberes e fazeres de enfermagem contemporânea. Porto Alegre: Artes Médicas, 1998.

CLAUDIA FLÓ. Atenção ao Idoso em Instituições de Longa Permanência: o enfoque da fisioterapia. In.: DOMINGUES, M. A.; LEMOS, N. D. (Coordenadoras). **Gerontologia**: os desafios nos diversos cenários da atenção. Barueri, SP: Manole, 2010.

CORTELLETTI, I. A.; CASARA, M. B.; HERÉDIA, V. B. M. Organizadores. **Idoso asilado**: um estudo gerontológico. Caxias do Sul: EDIPUCRS, 2004.

CUBAS, M. R.; LISBOA, M. do C.; CHAVES, M. H. M. A representação social do vínculo familiar pelo idoso. **Rev. Fam. Saúde Desenvolvimento**. Curitiba, v.6, n.1, pp.17-22, jan./abr. 2004. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/refased/article/view/8073>> Acessado em 10 de novembro de 2013.

CUNHA, S. **Todos juntos para sempre**: representações e expectativas sobre a família e a adoção em crianças e jovens institucionalizados. 2005 [on line]. Disponível em: <<http://maracujah.net/files/doc/tjps.pdf>> Acesso em: 15 de maio de 2013.

DAVIM, R. M. B.; TORRES, G. V.; DANTAS, S. M. M.; LIMA, V. M. Estudo com idosos de instituições asilares no município de Natal/RN: características socioeconômicas e de saúde. **Rev Lat Am Enferm**. a. 3, v. 12, pp. 518-24, 2004.

DIAS, M. B. **Manual de Direito das Famílias**. 8 ed. rev., atualizada e ampliada. São Paulo: Editora Revista dos Tribunais, 2011.

DINIZ, G. R. S. Gênero, casamento e família: interações entre novos modelos e papéis. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL FAZENDO GÊNERO 7, 2006, Florianópolis. Anais do Seminário Internacional Fazendo Gênero 7. Florianópolis: Editora Mulheres, 2006. p. 1-7. Disponível em: <http://www.fazendogenero.ufsc.br/7/artigos/G/Glaucia_Diniz_05_B.pdf>. Acesso em: 21 de junho de 2013.

DOMINGUES, M. A. e DERNTL, A. M. Rede de suporte social. In: Filho W. J. e Organizadores. **Avaliação Global do Idoso**: Manual da Lida Do Gama. São Paulo: Atheneu, 2005. p. 159-70.

DURKHEIM, E. **Educação e sociologia**. São Paulo: Melhoramentos, 1974.

ENGELS, F. **A Origem da Família, da Propriedade Privada e do Estado**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2006.

ELIOPOULOS, C. **Enfermagem gerontológica**. Tradução de Aparecida Yoshie Yoshitome e Ana Thorell. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.

ESPITIA, A. Z.; MARTINS, J de J. Relações afetivas entre idosos institucionalizados e família: encontros e desencontros. Santa Catarina – SC [on line] **Arquivos Catarinenses de Medicina**. vol. 35, nº 1, de 2006. Disponível em: <<http://www.acm.org.br/acm/revista/pdf/artigos/355.pdf>> Acesso em: 20 de janeiro de 2013.

ESPITIA, A.Z; MARTINS, J.J. Relações afetivas entre idosos institucionalizados e família: encontros e desencontros. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, v. 35, n. 1, p. 52-59, 2006.

FERNANDES, A. W. da C. **Geriatria e Gerontologia**. Disponível em: <<http://www.diariopopular.com.br/21-05-08/artigo.html>> Acessado em: 05 de março de 2010.

FIGUEIREDO, N. M. (Org.). **Ensinando a Cuidar em Saúde Pública**. São Caetano do Sul – SP: Yendis, 2000.

FIGUEIREDO, N. M. A. de; TONINI, T. (Organizadoras). **GERONTOLOGIA: atuação da enfermagem no processo de envelhecimento**. São Caetano do Sul – SP: Yendis, 2009.

FRANÇA, L. S. **Quando o entardecer chega... o envelhecimento ainda surpreende muitos**. 2011. Disponível em: <<http://www.guiarh.com.br/pp46.html>> Acessado em: 20 de dezembro de 2011.

FRANCO, P. A. **Estatuto do Idoso**: anotado e atualizado com a Lei 10.741, de 1º de outubro de 2003. São Paulo: Editora de Direito, 2004.

FREIRE, P. A educação e o processo de Mudança social. In: FREIRE, P. **Educação e Mudança**. 2. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1979.

FREITAS, E. V. de., *et al.* **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2006.

FREYRE, G. Casa Grande & Senzala: formação da família brasileira sob o regime da economia patriarcal. 49. ed. São Paulo: Global, 2004.

GONSALVES, E. P. **Conversas sobre a iniciação à pesquisa científica**. 3. ed. Campinas: Alínea, 2003.

HOUAISS, A. **Grande Dicionário Houaiss da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Larousse do Brasil, 1981. Disponível em: <<http://houaiss.uol.com.br/busca?palavra=educa%25C3%25A7%25C3%25A3o>> Acessado em: 06 de dezembro de 2012.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. [on line] Censo 2010. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>> Acessado em: 02 de dezembro de 2012.

INWOOD, M. **Dicionários de Filósofos - Dicionário Hegel**. Tradução de Álvaro Cabral. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1997.

LAVILLE, C.; DIONNE, J. **A construção do saber**: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas. Tradução de: Heloísa Monteiro e Francisco Settineri. Porto Alegre: Atmed; Belo Horizonte: Editora UFMG, 1999.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M. E. D. **Pesquisa em Educação**: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU, 1998.

MAGALHÃES, S. da S.; SILVA, V. O. e.; OLIVEIRA, J. A. de. **O desafio do fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários nos cras de Álvares Machado e Regente Feijó**. 2012. Disponível em: <<http://intertemas.unitoledo.br/revista/index.php/SeminarioIntegrado/article/viewFile/2891/2669>> Acesso em: 30 de maio de 2013.

MALAGUTTI, W.; BERGO, A. M. A. (Orgs.). **Abordagem Interdisciplinar do Idoso**. Rio de Janeiro: Livraria e Editora Rubio, 2010.

MARINO FILHO, A. Educação e Personalidade: o afeto e a formação do Poder no grupo familiar. **Interfaces da Educação**. Paranaíba, v. 1, n. 2, p. 79-96. 2010.

MARSIGLIA, R. M. G. Famílias: questões para o programa de saúde da família (PSF). In: COSTA, A. R. e VITALE, M. A. F.; (Orgs.). **Família**: redes, laços e políticas públicas. 3. ed. São Paulo: Cortez Editora, 2007. pp.169-74.

MARTINS, J. de J. *et al* . Políticas públicas de atenção à saúde do idoso: reflexão acerca da capacitação dos profissionais da saúde para o cuidado com o idoso. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, 2007. Disponível em: <http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232007000300009&lng=pt&nrm=iso>. Acessos em: 10 de junho de 2013.

MANZOCHI, L. A. Como Identificar e Lidar com as Alterações comportamentais e Psicológicas do Idoso. In: ABREU, C. B. B. de, RIBEIRO, M. I.; PIRES, N. R.; (Orgs.). **Cuidando de quem já cuidou**. São Paulo: Atheneu, 2009. p.123-29.

MENDES, M. R. S. S. B.; GUSMÃO, J. L.; FARO, A. C. M.; LEITE, R. C. B.O. A situação social do idoso no Brasil: uma breve consideração. **Acta Paul Enferm.** a. 4, v. 18, pp. 422-6, Rio Grande do Sul, 2005.

MIERMONT, J. (e cols). Tradução de Carlos Arturo Molina-Loza. **Dicionário de Terapias familiares**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

MINAYO, M. C. de S. *et al*. **Pesquisa Social**: teoria, método e criatividade. 6. ed. Petrópolis: Vozes, 2004.

MOTTA, L. B. **Treinamento interdisciplinar em saúde do idoso**: um modelo de programa adaptado às especificidades do envelhecimento [CD-ROM]. Rio de Janeiro: UNATI; 2005. (Série Livros Eletrônicos Programas de Atenção ao Idoso).

MORGAN, L. H. **A sociedade Antiga**. [on line]. 16. ed. Rio de janeiro: Bertrand Brasil, 2002. Disponível em:

NOVAIS, F. A. (coordenador geral da coleção). **História da Vida Privada no Brasil:** contrastes da intimidade contemporânea. vol. 4. São Paulo: Companhia das Letras, 1998. Coleção com quatro volumes.

OLIVEIRA, R.; FERNANDES, M. C.; CARVALHO, M. R. **O papel do idoso na sociedade capitalista contemporânea: uma tentativa de análise.** 2011. Disponível em: <http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2011/cdvjornada/jornada_eixo_2011/transformações_no_mundo_do_trabalho/o_papel_do_idoso_na_sociedade_capitalista_contemporanea.pdf> Acesso em: 20/01/2013.

OSÓRIO, L. C.; VALLE, M. E. P. do. (Orgs.). **Manual de Terapia Familiar: volume II**. Porto Alegre: Artmed, 2011.

PAPALÉO NETTO, M. O estudo da velhice: histórico, definição de campo e termos básicos. In: FREITAS, E. V. de., *et al.* **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2006.

PAPALIA, D. E.; OLDS, S. W.; FELDMAN, R. D. **Desenvolvimento Humano**. 10. ed. Tradução de Carla Filomena Marques Pinto Vercesi *et al.* Porto Alegre: Artmed, 2010.

PERNAMBUCO, A. C. de A. Um pouco de Geriatria e Gerontologia. In: ABREU, C. B. B. de, RIBEIRO, M. I.; PIRES, N. R. (Orgs.). **Cuidando de quem já cuidou**. São Paulo: Atheneu, 2009. p.05-06.

PESTANA, L. C.; ESPIRITO SANTO, F. H. do. As engrenagens da saúde na terceira idade: um estudo com idosos asilados. **Rev. esc. enferm. USP** [on line]. 2008, v. 42, n. 2, pp. 268-275. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342008000200009>> Acessado em: 20 de dezembro de 2012.

PETRINI, J. C. **Pós-modernidade e família**: um itinerário de compreensão. Bauru, SP: EDUSC, 2003. (Coleção Ciências da Família).

PINTO, J. B. “Ação Educativa Através de um Método Participativo”. In: Anais – **Ação Participativa**: Metodologia, CD. Ministério da Saúde, 1982, (mimeo).

PY, L. *et al.* **Tempo de Envelhecer**: percursos e dimensões psicossociais. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2004.

RAMOS, P. R. B. **Estatuto do Idoso Comentado**. Florianópolis: Obras Jurídicas, 2005.

RIBEIRO, M. I. Atenção ao Idoso: uma abordagem interdisciplinar. In: ABREU, C. B. B de, RIBEIRO, M. I.; PIRES, N. R. (Orgs.). **Cuidando de quem já cuidou**. São Paulo: Atheneu, 2009. p.07-12.

RISSARDO, L. K.; FURLAN, M. C. R.; GRANDIZOLLI, G.; MARCON, S. S. CARREIRA, L. Concepção e sentimentos de idosos institucionalizados sobre família. [on line]. **Cienc Cuid Saude**. 2011; vol. 10, a. 4, pp. 682-689.

ROACH, S. **Introdução à enfermagem gerontológica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

ROCHA, S. M. C. **O idoso e os contextos familiares da contemporaneidade brasileira**: aspectos sociojurídicos. 2012. Disponível em:
<<http://www.publicadireito.com.br/artigos/?cod=c4851e8e264415c4>> Acesso em: 20 de maio de 2013.

RODRIGUES, C. R. F. Famílias como unidade do cuidado em saúde: subsídios para o ensino/prática em graduação. In: OHARA, E. C. C. e SAITO, R. X. S. (Orgs.). **Saúde da Família**: considerações teóricas e aplicabilidade. São Paulo: Martinari, 2008. pp.77-100.

RODRIGUES, L. de S.; SOARES, G. A. Velho, idoso e terceira idade na sociedade contemporânea. **Revista Ágora**, Vitória, n.4, 2006, pp. 1-29. Disponível em: <http://www.ufes.br/ppghis/agora/Documentos/Revista_4_PDFs/Lizete%20de%20Souza%20Rodrigues%20-%20%C3%81gora_4.pdf> Acesso de 8 de dezembro de 2012.

RODRIGUES, S. Introdução a Enfermagem Gerontológica. In: MURTA, G. F. (Org.). **Saberes e Práticas** – Guia para ensino e aprendizado de enfermagem. 2. ed. Difusão: São Paulo, 2006.

ROSSOT, R. O afeto nas relações familiares e a faceta substancial do princípio da afetividade. **Revista brasileira de direito das famílias e sucessões**, Porto Alegre: Magister, n. 9, abr./maio 2009.

RUFFIÉ, J. Biologia humana e medicina de predição. In: MORIN, E. **A Religação dos Saberes**: o desafio do século XXI. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2001.

SALGADO, M. A. O idoso brasileiro no próximo século. **Rev. Terceira idade**. v. 17, p. 5-13. São Paulo, ago/1999.

SANTOS, S. S. C.; BARLEM, E. L. D.; SILVA, B. T. da; CESTARI, M. E.; LUNARDI, V. L. Promoção da saúde da pessoa idosa: compromisso da enfermagem gerontogeriatrica. **Acta**

Paulista de Enfermagem. Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Enfermagem. n. 4, v. 21, São Paulo, 2008.

SBGG - Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. **Instituição de longa permanência para idosos:** manual de funcionamento. São Paulo: SBGG, 2003.

SILVA NETO, A. B. da. *et al.* **Representações Sociais e Práticas da Equipe de Enfermagem em Relação ao Cuidado de Pacientes Psiquiátricos.** 2013. Disponível em: <<http://artigos.psicologado.com/psicopatologia/psiquiatria/representacoes-sociais-e-praticas-da-equipe-de-enfermagem-em-relacao-ao-cuidado-de-pacientes-psiquiatricos#ixzz2QIPBqzUn>> Acesso em: 10 de maio de 2013.

SILVA, B. T. da; SANTOS, S. S. C. Cuidados aos idosos institucionalizados: opiniões do sujeito coletivo enfermeiro para 2026. **Acta Paul Enferm.** a.6, v.23, pp. 775-81. Rio Grande do Sul, 2010.

SILVA, F. S.; PINTO, M. J. N.; GUEDES, M. L. A de L. [on line] **Análise das políticas públicas de saúde voltadas para a pessoa idosa com deficiência no Brasil e no distrito federal.** Monografia (133 páginas) Universidade de Brasília - Faculdade de Ciências da Saúde - Departamento de Saúde Coletiva. Brasília – DF, 2007.

SIQUEIRA, M. E. C. Estimulando a memória em instituições de longa permanência. In: VON, S. O. R. M.; NÉRI A. L.; CACHIONI, M. (orgs.). **As múltiplas faces da velhice no Brasil.** São Paulo: Alínea; 2003.

SLUZKI, C. E. **A rede social na prática sistêmica:** alternativas terapêuticas. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. **BRUNNER & SUDDARTH:** tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 11. ed. Tradução de Ivone Evangelista Cabral. Rio de Janeiro: Guanabara koogan, 2009. Coleção com 4 volumes.

SOUZA, A. B. L.; BELEZA, M. C. M.; ANDRADE, R. F. C. de. Novos arranjos familiares e os desafios ao direito de família: uma leitura a partir do Tribunal de Justiça do Amazonas. **PRACS: Revista Eletrônica de Humanidades do Curso de Ciências Sociais da UNIFAP.** Macapá, n. 5, p. 105-119, dez. 2012. Disponível em: <<http://periodicos.unifap.br/index.php/pracs>> Acesso em: 20 de maio de 2013.

TELLES FILHO, P. C. P.; PETRILLI FILHO, J. F. Causas da inserção de idosos em uma instituição asilar. Esc Anna Nery. **Rev Enferm.** a. 1, v. 6, pp. 119-33. Rio de Janeiro, 2002.

VALLA, V. V. e STOTZ, E. N. (Orgs.). **Participação popular, Educação e saúde:** Teoria e Prática. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1993.

VERAS, R. P. **Terceira idade:** gestão contemporânea em saúde. Rio de Janeiro: UNATI; 2002.

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

WATANABE, H. A. W. Atenção ao Idoso em Instituições de Longa Permanência. In.: DOMINGUES, M. A.; LEMOS, N. D. (Coordenadoras). **Gerontologia**: os desafios nos diversos cenários da atenção. Barueri, SP: Manole, 2010.

WIKIPEDIA, a enciclopédia livre. João Pessoa PB. Disponível em:
<http://pt.wikipedia.org/wiki/Jo%C3%A3o_Pessoa> Acesso em: 10 de maio de 2013.

YOSHITOME, A. Y. Atenção ao Idoso em Instituição de Longa Permanência: o enfoque da enfermagem. In.: DOMINGUES, M. A.; LEMOS, N. D. (Coordenadoras). **Gerontologia**: os desafios nos diversos cenários da atenção. Barueri, SP: Manole, 2010.

APÊNDICES

Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para participação na entrevista (Resolução 196/96 do Ministério da Saúde)

**Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologia de Lisboa
Portugal**

Projeto: Papel educativo do enfermeiro frente à família do idoso institucionalizado: fator fundamental para a continuidade do vínculo familiar

Prezado(a) Senhor(a), sou aluna do Mestrado em Ciências da Educação, da Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologia de Lisboa – Portugal, devidamente matriculada e tenho como Orientador o Prof. Dr. Otávio Machado Lopes de Mendonça e Co-Orientador o Prof. Dr. Oscar de Sousa. Pretendo realizar uma pesquisa, intitulada: Papel educativo do enfermeiro frente à família do idoso institucionalizado como fator fundamental na continuidade do vínculo familiar. Com o objetivo de analisar as contribuições do papel educativo do enfermeiro frente à família do idoso institucionalizado como fator fundamental para a continuidade do vínculo familiar.

A realização deste estudo só será possível com a sua colaboração. Porém sua participação é voluntária. Assim, solicito sua autorização, para realizar uma entrevista semiestruturada e após a conclusão do mesmo apresentar em eventos científicos e/ou publicar em revista científica.

Com relação a sua participação, me comprometo em manter o seu nome em sigilo, bem como os dados confidenciais a serem apresentados e também aceitar a decisão do(a) Senhor(a) em participar ou não do estudo, respeitando o seu direito de desistir em qualquer momento da pesquisa, sem nenhum dano, qualquer prejuízo ou desconforto a sua pessoa.

Diante do exposto, agradeço antecipadamente sua atenção e colaboração, estando a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário.

Eu, _____, declaro que fui devidamente esclarecido(a) sobre a pesquisa e dou meu consentimento para participar da pesquisa e publicação dos resultados.

Estou ciente que recebi uma cópia deste documento.

João Pessoa, PB ____/____/____.

Participante do estudo: _____

Autora da Pesquisa: _____

Orientador: _____

Contato com a pesquisadora responsável

Lenilde Dias Ramalho (lenildedias@uol.com.br)

(83) 8811-6976

Endereço da Universidade: Lisboa – Portugal

Apêndice B – Solicitação de Autorização para Aplicação do Instrumento de Pesquisa**Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologia de Lisboa
Portugal**

Projeto: Papel educativo do enfermeiro frente à família do idoso institucionalizado: fator fundamental para a continuidade do vínculo familiar

João Pessoa - PB, ____/____/____

Sr .

Diretor da Instituição de Longa Permanência para Idosos

Ao cumprimentá-lo cordialmente, gostaria de solicitar sua autorização para desenvolver uma pesquisa (dissertação) com os idosos aqui moradores, seus familiares e ainda com os profissionais da equipe de enfermagem desta instituição. Sou aluna do Mestrado em Ciências da Educação, da Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologia de Lisboa – Portugal, devidamente matriculada e tenho como Professor Orientador o Prof. Dr. Otávio Machado Lopes de Mendonça e Co-Orientador o Prof. Dr. Oscar de Sousa.

O estudo tem como objetivo analisar as contribuições do papel educativo do enfermeiro frente à família do idoso institucionalizado como fator fundamental para a continuidade do vínculo familiar.

Terei o compromisso de preservar o anonimato dos sujeitos envolvidos no estudo, assim como a Instituição.

Na certeza de contar com seu apoio, desde já agradeço, colocando-me ao seu dispor para outros esclarecimentos.

Ciente, de acordo.

Marcelo Paulino de Melo
Diretor da Instituição

Lenilde Dias Ramalho
Autora da Pesquisa

Apêndice C – Carta Convite ao participante**Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologia de Lisboa
Portugal**

Pesquisa: Papel educativo do enfermeiro frente à família do idoso institucionalizado: fator fundamental para a continuidade do vínculo familiar

João Pessoa - PB, ____/____/____

Sr (a): _____

Venho por meio desta, solicitar ao Sr(a) a colaboração na participação do projeto de pesquisa para construção da nossa dissertação de Mestrado em Ciências da Educação.

Informo que o objetivo do nosso estudo é analisar as contribuições do papel educativo do enfermeiro frente à família do idoso institucionalizado como fator fundamental para a continuidade do vínculo familiar.

Esclareço que serão assegurados os compromissos éticos contidos no Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e na Resolução 196/96 do Ministério da Saúde destacando-se aqui, principalmente, o sigilo e a individualidade dos participantes.

O orientador da Pesquisa é o Prof. Dr. Otávio Machado Lopes de Mendonça e Co-orientador o Prof. Dr. Oscar de Sousa.

Lenilde Dias Ramalho
Autora da Pesquisa

Apêndice D – Instrumento de Pesquisa com os Profissionais de enfermagem da Instituição**Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologia de Lisboa – Portugal**

Pesquisa: Papel educativo do enfermeiro frente à família do idoso institucionalizado: fator fundamental para a continuidade do vínculo familiar

Objetivo: Analisar as contribuições do papel educativo do enfermeiro frente à família do idoso institucionalizado como fator fundamental da continuidade do vínculo familiar

DADOS PARA A ENTREVISTA**I PARTE – CARACTERIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS SUJEITOS DA PESQUISA:**

1. Nome (fictício): _____
2. Sexo: () feminino () Masculino
3. Idade: _____
4. Formação profissional: () Auxiliar de Enfermagem () Técnico de Enfermagem
() Enfermeira () Em caso de capacitação, especificar o nível: _____
5. Tempo de atuação profissional na área de enfermagem: _____
6. Carga horária (semanal) na instituição: _____

II PARTE - QUESTÕES NORTEADORAS PARA ENTREVISTA COM OS PROFISSIONAIS DA INSTITUIÇÃO

1. Qual o papel da equipe de enfermagem numa Instituição de Longa Permanência para Idosos?
2. Quais as contribuições da equipe de enfermagem para a adaptação dos idosos na instituição?
3. Você conhece as Políticas Públicas dirigidas à pessoa idosa? Quais são? Fale sobre elas...
4. Em sua opinião, quais as dificuldades enfrentadas pela equipe de enfermagem numa Instituição de Longa Permanência para Idosos? Fale sobre essas dificuldades...

Apêndice E – Instrumento de Pesquisa com o idoso institucionalizado

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologia de Lisboa – Portugal

Pesquisa: Papel educativo do enfermeiro frente à família do idoso institucionalizado: fator fundamental para a continuidade do vínculo familiar

Objetivo: Analisar as contribuições do papel educativo do enfermeiro frente à família do idoso institucionalizado como fator fundamental da continuidade do vínculo familiar

DADOS PARA A ENTREVISTA

I PARTE - SOCIODEMOGRÁFICOS:

- Nome (fictício): _____
- Idade: _____
- Sexo: () M () F Outro () _____
- Nacionalidade: _____
- Naturalidade: _____
- Onde e com quem residia antes de vir para a instituição? _____
- Características da residência que residia antes da institucionalização:
() Alugada () Própria () Emprestada () Outros
Se outros especificar: _____
- Quantidade de alimentação diária realizada na instituição: _____
- Situação Conjugal atual: () solteiro () casado () viúvo () separado
() outros Se outro especificar: _____
- Nº de filhos: _____
- Escolaridade: () não alfabetizado () 1º grau incompleto () 1º grau completo
() 2º grau incompleto () 2º grau completo () Formação Superior
() Pós graduação
- Religião: _____
- Profissão: _____
- Ocupação profissional atual: _____
- Renda mensal aproximada (em salário mínimo vigente no país): () até 3 () 4 à 6
() Mais de 7
- Lazer antes da institucionalização: _____
- Lazer na instituição: _____

II PARTE - QUESTÕES NORTEADORAS PARA A ENTREVISTA COM O IDOSO INSTITUCIONALIZADO:

1. Alguém o(a) visita na instituição?
Se sim, investigar: quem e qual a frequência dessas visitas? Fale sobre essas visitas... Se gosta e como se sente ao ser visitado(a)?
2. Alguém o(a) ajuda em suas compras?
Se sim, investigar: quem o(a) ajuda em suas compras?
3. Quando necessário alguém o(a) acompanha ao médico?

Se sim, investigar: quem o(a) acompanha ao médico?

4. Já precisou ficar hospitalizado(a)?

Se sim, investigar: quem o(a) acompanhou no hospital e por quantas vezes ficou interno(a) em ambiente hospitalar?

5. Quando necessário alguém é procurado para auxiliá-lo(a) em seus problemas ou apoiá-lo(a) emocionalmente?

Se sim, investigar: quem é procurado para auxiliá-lo(a) em seus problemas ou para a obtenção de apoio emocional?

6. Alguém o(a) acompanha em passeios externos?

Se sim, investigar: quem o(a) acompanha, para onde vão e com que frequência esses passeios acontecem? Fale sobre esses passeios...

7. Em que momentos a equipe de enfermagem é solicitada para falar sobre assuntos que dizem respeito a sua família? Fale um pouco sobre o papel desempenhado desses profissionais a cerca da interação com sua família...

Apêndice F – Instrumento de Pesquisa com a Família do idoso institucionalizado

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologia de Lisboa – Portugal

Pesquisa: Papel educativo do enfermeiro frente à família do idoso institucionalizado: fator fundamental para a continuidade do vínculo familiar

Objetivo: Analisar as contribuições do papel educativo do enfermeiro frente à família do idoso institucionalizado como fator fundamental da continuidade do vínculo familiar

DADOS PARA A ENTREVISTA

I PARTE - SOCIODEMOGRÁFICOS:

- Nome (fictício): _____
- Idade: _____
- Sexo: () M () F () Outro
- Nacionalidade: _____
- Naturalidade: _____
- Cidade em que reside atualmente: _____
- Bairro: _____
- Características da residência: () Alugada () Própria () Emprestada () Outros
Em caso de outros especificar: _____
- Nº de funcionários domésticos: _____
- Quantidade de alimentação diária: _____
- Situação Conjugal atual: _____
- Nº de filhos: _____
- Escolaridade: () não alfabetizado () 1º grau incompleto () 1º grau completo
() 2º grau incompleto () 2º grau completo () Formação Superior () Pós graduação
- Religião: _____
- Profissão: _____
- Ocupação profissional atual: _____
- Renda mensal aproximada (em salário mínimo vigente no país): () até 3 () 4 à 6
() Mais de 7

II PARTE - QUESTÕES NORTEADORAS PARA A ENTREVISTA COM A FAMÍLIA DO IDOSO INSTITUCIONALIZADO:

1. O que caracteriza a velhice para você? Fale sobre as alterações ocorridas nessa fase da vida...
2. Em sua opinião, quais as principais dificuldades enfrentadas pela família do idoso nessa etapa da vida?
3. O que motivou a vinda do(a) idoso(a) a esta instituição?
4. Que critérios a família adotou para essa tomada de decisão? O idoso foi consultado? Explique como ocorreu esse processo...
5. Com que frequência você visita seu parente idoso(a) nesta instituição? Fale sobre as visitas...
6. O que você entende por vínculo familiar?
7. Em sua opinião qual a importância do vínculo familiar para o idoso institucionalizado?

8. A vinda do idoso para a Instituição trouxe alguma alteração para o relacionamento com a família? Explique...
9. Você acredita que se a enfermagem o orientasse sobre as alterações causadas pelo envelhecimento melhoraria seu relacionamento com seu parente idoso, aqui morador? Por quê?

Anexos

Aqui segue em anexo as transcrições das entrevistas com os profissionais de enfermagem e com os idosos, porém as entrevistas com a famílias dos idosos seguem em um CD com as gravações.

PRIMEIRA PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM ENTREVISTADA

I PARTE – CARACTERIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS SUJEITOS DA PESQUISA:

A primeira profissional de enfermagem entrevistada foi uma técnica de enfermagem, sexo feminino, com 28 anos de idade e pediu para ser chamada de Lua. Atua na área há oito anos.

II PARTE - QUESTÕES NORTEADORAS PARA ENTREVISTA COM OS PROFISSIONAIS DA INSTITUIÇÃO

1. Qual o papel da equipe de enfermagem numa Instituição de Longa Permanência para Idosos?

Resposta: *“O papel da equipe de enfermagem? (pausa) Bem, são muitos, viu! (risos) Olhe tem os cuidados com a saúde deles, fazer curativos, administrar a medicação... sim, tem também a higiene, a alimentação... tudo fica na nossa responsabilidade, sabe? Acompanhar nas consultas médicas... Providenciar exames, quando precisar! Tudo que disser respeito a saúde do idoso fica na nossa responsabilidade... Em fim... eu acho que o papel da equipe de enfermagem é muito importante nessa instituição! É isso!”*.

2. Quais as contribuições da equipe de enfermagem para a adaptação dos idosos na instituição?

Resposta: *“Bem, a esse respeito, eu penso que à equipe de enfermagem, compete também estimular que o idoso novato seja bem tratado por todo mundo que trabalha aqui, pois nós só estamos aqui por causa deles, né? (silêncio)”*.

3. Você conhece as Políticas Públicas dirigidas à pessoa idosa? Quais são? Fale sobre elas...

Resposta: *“Outro dia eu tava no médico com uma idosa... aí ela não tava muito bem... eu pedi a atendente pra gente ser atendida logo e, ela me disse que não podia passar a idosa à frete não, porque se não as outras pessoas que tavam na fila ia fazer confusão”*.

4. Em sua opinião, quais as dificuldades enfrentadas pela equipe de enfermagem numa Instituição de Longa Permanência para Idosos? Fale sobre essas dificuldades...

Resposta: *“Bem, pra mim (pausa)... é mais por conta do não reconhecimento (pausa)... as pessoas (colegas de profissão – téc. de enfermagem) acham que a gente não faz nada... Um grande engano! (risos)”*.

SEGUNDA PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM ENTREVISTADA

I PARTE – CARACTERIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS SUJEITOS DA PESQUISA:

A segunda profissional de enfermagem entrevistada foi uma técnica de enfermagem, sexo feminino, com 45 anos de idade e pediu para ser chamada de Marte. Atua na área há vinte e três anos.

II PARTE - QUESTÕES NORTEADORAS PARA ENTREVISTA COM OS PROFISSIONAIS DA INSTITUIÇÃO

1. Qual o papel da equipe de enfermagem numa Instituição de Longa Permanência para Idosos?

Resposta: *“É importante no sentido de realizar os procedimentos específicos da nossa área... estar atenta à higiene, à alimentação, às eliminações... porque tem uns que tem problema de prisão de ventre... e, se a gente não estiver atenta... já viu, né? É hospital na certa! A gente também acaba sendo mãe, amiga, irmã... faz papel de psicóloga, e tudo mais... apazigua as confusões entre eles, mais com as idosas... é fofoca... volta e meia estão de mal umas com a outras... tem também que ficar alerta quanto ao isolamento, viu? Tem uns que se a gente deixar... não sai de casa nem pra comer e tomar banho de sol... Sim, tem também que realizar os curativos e a administrar as medicações... Bem.. (pausa) é estar sempre vigilante! (risos)”*.

2. Quais as contribuições da equipe de enfermagem para a adaptação dos idosos na instituição?

Resposta: *“Quanto à adaptação... é papel da enfermagem dar apoio ao idoso, nesse momento... mostrar a casa, apresentar o idoso que tá chegando aos moradores mais antigos, né? Acho que é isso! (risos) A enfermagem pode contribuir na adaptação dessa forma, mesmo! Fazendo esse elo entre o idoso novato e os outros moradores... e também pode contribuir estimulando na formação de uma nova realidade pro idoso, pois quando o idoso chega aqui vai construir uma nova família com os funcionários e os outros moradores. [...] todo mundo aqui é como se fosse uma família, sabe? [...] tem idoso que chama o outro de tia, de madrinha. [...] já o diretor é chamado de papai, por alguns idosos, e, a gente da enfermagem eles costumam associar a nossa pessoa a figura da mãe! [...] acho que é pelo fato da gente cuidar deles com carinho e também pela carência deles, né? (tristeza)”*.

3. Você conhece as Políticas Públicas dirigidas à pessoa idosa? Quais são? Fale sobre elas...

Resposta: *“Olhe eu vou dizer uma coisa... (pausa) uma vez, uma idosa só se queixando de dor no joelho, quase não conseguia andar direito, aí eu levei pro médico, né? Aí o médico pediu pra fazer um exame (Ressonância Magnética). Mas, sabe pra quando marcaram? Nove meses pra frente. A idosa ficou sorrindo e disse: viche Maria... o tempo de nascer um menino! (risos) É, o jeito é esperar, né? É um absurdo o idoso não ter prioridade, nesses casos... onde fica a lei? E o Estatuto do Idoso, a Constituição Federal? Falta de respeito!” (raiva).*

4. Em sua opinião, quais as dificuldades enfrentadas pela equipe de enfermagem numa Instituição de Longa Permanência para Idosos? Fale sobre essas dificuldades...

Resposta: *“Em relação às dificuldades (reflexão)... é mais o dinheiro (pausa) que é muito pouco... e, muito trabalho! (risos). Mas, ainda bem que a gente conta com a ajuda dos cuidadores (pessoas que ajudam no cuidado ao idoso) (suspirou)”*.

TERCEIRA PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM ENTREVISTADA

I PARTE – CARACTERIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS SUJEITOS DA PESQUISA:

A terceira profissional de enfermagem entrevistada foi uma enfermeira, sexo feminino, com 32 anos de idade e pediu para ser chamada de Estrela. Atua na área há quatro anos.

II PARTE - QUESTÕES NORTEADORAS PARA ENTREVISTA COM OS PROFISSIONAIS DA INSTITUIÇÃO

1. Qual o papel da equipe de enfermagem numa Instituição de Longa Permanência para Idosos?

Resposta: *“São muitos, pois aqui eu além de ser enfermeira e ter a obrigação de dar conta da parte da saúde física deles... sou também nutricionista, pois todo tempo estou de olho em suas alimentações... em relação aos constipados ou diarréicos e, ainda aos diabéticos e aos hipertensos... atuo também como psicóloga, pois vez por outra me vejo ouvindo as angustias deles... aí tenho que dá uma palavra de conforto pra melhorar sua auto-estima... pelo menos naquele momento... é sofrimento!(risos). Tem também o acolhimento que muitas vezes sou eu que realizo. Trabalho com quatro técnicas de enfermagem e divido com elas todos os cuidados, mas tem atividades que eu tenho que realizar, pois é de minha competência... como por exemplo, a admissão, a consulta de enfermagem... Além disso, tem as cobranças da família... tem alguns que têm restrição alimentar (os diabéticos ou hipertensos), a própria família traz uma alimentação que eles não podem comer... e depois, a própria família questiona a hiperglicemia ou pico hipertensivo (tristeza) e também a parte administrativa, pois quando tem fiscalização... quem responde por tudo sou eu (cansada)”.*

2. Quais as contribuições da equipe de enfermagem para a adaptação dos idosos na instituição?

Resposta: *“Acredito que a enfermagem pode contribuir de forma bastante intensa nesse processo de adaptação que, nem sempre é fácil para o idoso! Bem, ele vem de uma realidade diferente! Com rotina diferente! Por exemplo: quanto ao tipo de alimentação e também em relação ao horário que são servidas as refeições. [...] a enfermagem pode colaborar conversando e explicando a rotina estabelecida pela casa! [...] e, também respeitar sua resistência e dá um tempo para a sua adaptação. Outra coisa é visitá-lo com mais frequência, procurar estabelecer um vínculo de confiança e, deixá-lo à vontade para expressar seus sentimentos. [...] sem fazer juízo de valor e nem agir de maneira preconceituosa. [...] e, deixar claro pra ele (idoso) que estamos aqui para ajudá-lo no que ele precisar! [...] e, também estar sempre à disposição para tirar qualquer dúvida”.*

3. Você conhece as Políticas Públicas dirigidas à pessoa idosa? Quais são? Fale sobre elas...

Resposta: *“Vejo corriqueiramente em minha prática a falta de respeito às leis que protegem o idoso (pausa). Quando eles adoecem e precisam ser internos em uma unidade hospitalar, é um problema! É uma verdadeira via crucis por um leito (revolta). E, quando se consegue uma vaga.... é outro problema, pois vem a questão de acompanhante (tristeza). A casa já tem poucos funcionários (pausa), eu só conto com 4 técnicos de enfermagem! Tem também os cuidadores, mas também são poucos (pausa), aí vem o grande nó, conseguir um acompanhante! (angustia) A família, muitas vezes, não tá nem aí..., nem todos, claro! Mas alguns... só Deus! E eu não posso colocar qualquer pessoa como acompanhante! Tem que saber cuidar de idoso! (tristeza)”.*

4. Em sua opinião, quais as dificuldades enfrentadas pela equipe de enfermagem numa Instituição de Longa Permanência para Idosos? Fale sobre essas dificuldades...

Resposta: *“Eu costumo dizer que, aos olhos dos meus colegas (enfermeiros), eu não atuo como tal, pois eles perguntam pra mim, assim: o que uma enfermeira faz em uma instituição pra idoso, heim? (indignação), porém (pausa) apesar da responsabilidade tem também a*

questão de aqui (instituição) eu trabalhar com mais autonomia, em compensação a enfermeira que trabalha em hospital ganha bem mais que eu!”.

QUARTA PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM ENTREVISTADA

I PARTE – CARACTERIZAÇÃO DOS PROFISSIONAIS SUJEITOS DA PESQUISA:

A quarta profissional de enfermagem entrevistada foi uma técnica de enfermagem, sexo feminino, com 26 anos de idade e pediu para ser chamada de Sol. Atua na área há cinco anos.

II PARTE - QUESTÕES NORTEADORAS PARA ENTREVISTA COM OS PROFISSIONAIS DA INSTITUIÇÃO

1. Qual o papel da equipe de enfermagem numa Instituição de Longa Permanência para Idosos?

Resposta: “Olhe, é assim (pausa) eu acho que o papel da equipe de enfermagem é muito importante! (vaidade) Pois, é a gente que tá do lado deles (idosos) todo o tempo! Então... qualquer alteração no estado de saúde deles a gente logo informa a enfermeira e ela toma uma atitude... leva logo pro médico e trata rapidinho, entendeu? (risos) E também quando precisa a gente faz curativos e outras coisas de acordo com a necessidade de cada um, sabe? E também quem administra as medicações somos nós... e a gente tem que ficar atenta, porque tem uns que engana! (risos)... faz que toma e quando a gente dar as costas... joga fora... e, depois a gente ver o comprimido jogado no chão, embaixo da cama, dentro do travesseiro... pois é... são espertinhos, viu? (risos)”.

2. Quais as contribuições da equipe de enfermagem para a adaptação dos idosos na instituição?

Resposta: “Olhe em relação à adaptação, a enfermagem pode contribuir ajudando o idoso não perder o vínculo com a família, entende? Porque no começo eles costumam ficar muito triste (silêncio). Sentem falta dos parentes deles, dos amigos (pausa), então se a enfermagem estimular esse contato vai ajudar na adaptação, porque eles se sentem mais seguros e amados pela família! (risos) E, não se sentem abandonados, o que é mais importante!”(certeza).

3. Você conhece as Políticas Públicas dirigidas à pessoa idosa? Quais são? Fale sobre elas...

Resposta: “quando a casa (ILPI) não tinha carro e a gente precisava sair com o idoso... levar o idoso pro médico, por exemplo, ou quando ele queria passear, mesmo... tinha que ir ou de taxi ou... se o idoso pudesse ir... a gente ia de ônibus... mas, alguns motoristas e também os passageiros reclamavam porque o idoso demorava pra subir no ônibus e pra sentar também... era horrível... eles não sabem que se envelhecerem podem ficar desse mesmo jeito e passar por isso também... É direito do idoso... eles tinham que respeitar mais!”.

4. Em sua opinião, quais as dificuldades enfrentadas pela equipe de enfermagem numa Instituição de Longa Permanência para Idosos? Fale sobre essas dificuldades...

Resposta: “Olhe eu adoro minha profissão (téc. De enfermagem)! Tanto é que quero fazer o superior (pausa) mas, a gente trabalha muito(risos) e não tem reconhecimento de ninguém e o salário não dá pra nada! (risos) A gente ganha muito pouco!(risos)”.

DADOS DO PRIMEIRO IDOSO INSTITUCIONALIZADO ENTREVISTADO

I PARTE - SOCIODEMOGRÁFICOS:

O primeiro idoso entrevistado pediu para ser chamado de delegado, tinha 73 anos de idade, natural de Campina Grande (cidade do interior do Estado da Paraíba), morava na instituição há 16 anos, divorciado, pai de cinco filhos. Era procedente da casa de sua irmã, com quem morou por cerca de dois anos. Em relação ao grau de instrução, abandonou os estudos no segundo grau (ensino médio), informou que sua religião era católica e em se tratando de rendimentos, disse ser aposentado e receber quase cinco salários mínimos mensalmente (**atuais**).

II PARTE - QUESTÕES NORTEADORAS PARA A ENTREVISTA COM O IDOSO INSTITUCIONALIZADO:

1. Alguém o(a) visita na instituição? Sim, sua irmã.

Se sim, investigar: quem e qual a frequência dessas visitas? Semanalmente. Fale sobre essas visitas... Se gosta e como se sente ao ser visitado(a)?

Resposta: “[...] tem uma irmã que sempre vem me visitar aqui (instituição). Eu gosto muito quando ela vem aqui, mas ela demora um pouco, porque ela tá sempre muito ocupada com a vida dela, o marido, os filhos. [...] a casa dela é muito grande, dá muito trabalho pra cuidar! [...] e, também tem a saúde dela que não é muito boa! [...] eu entendo! Quando eu preciso de alguma coisa ela compra e traz pra mim. [...] esse rádio e esse relógio foi ela que trouxe pra mim! [...] ela se preocupa comigo e quando não pode vir aqui (instituição), ela liga pra saber como é que eu tô. [...] é muito boa minha irmã, eu gosto muito dela!”

2. Alguém o(a) ajuda em suas compras? Sim.

Se sim, investigar: quem o(a) ajuda em suas compras? Sua irmã.

3. Quando necessário alguém o(a) acompanha ao médico? Sim.

Se sim, investigar: quem o(a) acompanha ao médico? A equipe de enfermagem da instituição.

4. Já precisou ficar hospitalizado(a)? Sim.

Se sim, investigar: quem o(a) acompanhou no hospital e por quantas vezes ficou interno(a) em ambiente hospitalar? É acompanhado por uma de suas filhas e cuidadoras da ILPI.

Resposta: “[...] quando eu preciso ir ao médico quem me acompanha é as meninas da enfermagem daqui (instituição) mesmo, e quando eu adoço quem me leva pro hospital é elas também! [...] mas no caso de precisar ficar interno, que já fiquei muitas vezes, é uma filha minha que me acompanha e tem também uma outra pessoa que revesa com minha filha, no caso dela precisar ir em casa vê como tá a família (filhos) dela. Em relação a passear, eu não gosto de sair de casa (instituição) não. As vezes minha irmã me levava pra casa dela, mas nunca mais eu quis ir não. Quero ficar aqui (mermo)! As vezes vem minhas irmã ou um irmão meu me visitar, no domingo, e me chamam pra ir pra missa, mas eu não gosto mais de ir não.

Eu tenho uma bíblia e como eu não tenho mais vista pra lê... peço pra alguém lê pra mim e pronto!”

5.Quando necessário alguém é procurado para auxiliá-lo(a) em seus problemas ou apoiá-lo(a) emocionalmente? Sim.

Se sim, investigar: quem é procurado para auxiliá-lo(a) em seus problemas ou para a obtenção de apoio emocional? Sua irmã.

6.Alguém o(a) acompanha em passeios externos? Sim.

Se sim, investigar: quem o(a) acompanha, para onde vão e com que frequência esses passeios acontecem? Fale sobre esses passeios...

Resposta: Sempre tem os estagiários que nos levam para passear... eu gosto muito! Eu costumo ir sempre que estou disposto! (indiferença)

7.Em que momentos a equipe de enfermagem é solicitada para falar sobre assuntos que dizem respeito a sua família? Fale um pouco sobre o papel desempenhado desses profissionais a cerca da interação com sua família...

Resposta: “Sempre que eu tô com algum problema de saúde a enfermeira daqui (instituição) procura minha família e avisa pra eles o estado de minha saúde e também quando eu fico triste chama eles pra vir me visitar e saber o motivo da minha tristeza! Eu gosto disso porque eu gosto de saber que eles (equipe de enfermagem e família) se preocupam comigo! E também ela (enfermeira) encaminha a gente pra médica, que vem aqui, toda quarta-feira. (alegria)”.

DADOS DO SEGUNDO IDOSO INSTITUCIONALIZADO ENTREVISTADO: I PARTE - SOCIODEMOGRÁFICOS:

O segundo idoso entrevistado pediu para ser chamado de professor, tinha 73 anos de idade, natural de Campina Grande (cidade do interior do Estado da Paraíba), morava na instituição há pouco mais de um ano, divorciado, pai de três filhos. Era procedente da casa de sua filha, com quem morou por cerca de oito meses. Em relação aos estudos, chegou a cursar universidade e se formou com muito orgulho. Informou que sua religião era católica e em se tratando de rendimentos, disse ser aposentado e receber três salários mínimos mensalmente.

II PARTE - QUESTÕES NORTEADORAS PARA A ENTREVISTA COM O IDOSO INSTITUCIONALIZADO:

1. Alguém o(a) visita na instituição? Sim, uma de suas filhas.

Se sim, investigar: quem e qual a frequência dessas visitas? Duas vezes por semana. Fale sobre essas visitas... Se gosta e como se sente ao ser visitado(a)?

Resposta: “Olhe, pra falar a verdade quem mais me visita aqui (instituição) da minha família é minha filha! Eu gosto e muito quando ela vem, porque dá mais segurança pra gente, né? Também ajuda a gente não se sentir tão só! A família da gente é um bem muito precioso, não tem valor! Pena que só percebi isso agora (na velhice). Quando eu preciso de qualquer coisa, é ela que compra pra mim, sempre! Só não gosto muito quando ela controla o meu cigarro, mas eu entendo, é porque ela se preocupa com a minha saúde, né? (risos)”.

2. Alguém o(a) ajuda em suas compras? Sim.

Se sim, investigar: quem o(a) ajuda em suas compras? Uma de sua filha.

3. Quando necessário alguém o(a) acompanha ao médico? Sim.

Se sim, investigar: quem o(a) acompanha ao médico? A equipe de enfermagem da instituição.

4. Já precisou ficar hospitalizado(a)? Não.

Se sim, investigar: quem o(a) acompanhou no hospital e por quantas vezes ficou interno(a) em ambiente hospitalar?

Resposta: “[...] até agora eu não precisei ir ao médico fora daqui (instituição) não (suspirou aliviado). Nunca adoeci pra precisar ficar hospitalizado também não, graças a Deus! [...] e passear fora daqui (instituição) eu saio com minha filha que costuma me levar pra almoçar na casa dela nos domingos, mas né todo domingo também, não! Às vezes ela me leva de manhã depois da missa e me trás de tarde, antes do anoitecer, gosto de voltar pra casa (instituição) cedo! Eu sou católico e gosto de ir à missa aqui (instituição) mesmo, pois todo domingo de 9:00 da manhã tem missa na igreja aqui (instituição). Minha filha e a família (marido e filhos) dela são evangélicos, então nem eu vou pra igreja deles e nem eles vão pra minha! Tamo empatado! (risos).

5. Quando necessário alguém é procurado para auxiliá-lo(a) em seus problemas ou apoiá-lo(a) emocionalmente? Sim.

Se sim, investigar: quem é procurado para auxiliá-lo(a) em seus problemas ou para a obtenção de apoio emocional? Uma de suas filhas.

6. Alguém o(a) acompanha em passeios externos? Sim.

Se sim, investigar: quem o(a) acompanha, para onde vão e com que frequência esses passeios acontecem? Fale sobre esses passeios...

Resposta: “Nós passeamos muito. Quem nos acompanha nos passeios são os estagiários. Eu gosto demais e vou a todos, ainda não recusei nenhum!” (risos)

7. Em que momentos a equipe de enfermagem é solicitada para falar sobre assuntos que dizem respeito a sua família? Fale um pouco sobre o papel desempenhado desses profissionais a cerca da interação com sua família...

Resposta: “A enfermeira daqui é muito atenta a nossa saúde e qualquer alteração que ela percebe nagente, ela logo comunica a nossa família. Leva a gente pra médica... dá remédio... se preocupa com nossa alimentação... (silêncio). Pra mim, isso é muito bom! Quanto a ligar pra nossa família e dizer como a gente tá, eu acho que ela (enfermeira) tá certa, porque nossa família precisa saber tudo que tá acontecendo com agente aqui (instituição) dentro, né mesmo?! (satisfação)”.

Dados do terceiro idoso institucionalizado entrevistado:

I PARTE - SOCIODEMOGRÁFICOS:

O terceiro idoso entrevistado pediu para ser chamado de Mestre, tinha 72 anos de idade, natural de João Pessoa-PB, morava na instituição há oito anos, separado, porém nunca foi pai. Era procedente da casa de suas irmãs, com quem morou por cerca de muitos anos (não soube

quantificar o tempo ao certo). Em relação aos estudos não terminou o ensino fundamental, pois teve que escolher trabalhar, uma vez que não dava para estudar e trabalhar. Informou que sua religião era católica, disse ser aposentado e receber um salários mínimo mensalmente.

II PARTE - QUESTÕES NORTEADORAS PARA A ENTREVISTA COM O IDOSO INSTITUCIONALIZADO:

1. Alguém o(a) visita na instituição? Sim, uma de suas irmãs.

Se sim, investigar: quem e qual a frequência dessas visitas? Diariamente. Fale sobre essas visitas... Se gosta e como se sente ao ser visitado(a)?

Resposta: *“Quem vem me vê aqui (instituição) só é minha irmã, mesmo! [...] mas nem toda vez ela (irmã) vem me ver. Ela (irmã) vem ver as amigas (idosas institucionalizadas) dela. Pra mim tanto faz ela (irmã) vim ou não, tanto faz! (fala com indiferença) Tudo que eu preciso, eu já tenho aqui (instituição). [...] num preciso que ela traga nada não!(silêncio) [...] mas, eu gosto da minha irmã, gosto mesmo!”*

2. Alguém o(a) ajuda em suas compras? Sim.

Se sim, investigar: quem o(a) ajuda em suas compras? As funcionárias da instituição.

3. Quando necessário alguém o(a) acompanha ao médico? Sim.

Se sim, investigar: quem o(a) acompanha ao médico? A equipe de enfermagem da instituição.

4. Já precisou ficar hospitalizado(a)? sim.

Se sim, investigar: quem o(a) acompanhou no hospital e por quantas vezes ficou interno(a) em ambiente hospitalar? A equipe de enfermagem da instituição.

Resposta: *“[...] no caso deu adoecer, aqui (instituição) eu vou pra médica daqui mermo, que vem toda semana, mas se eu precisar ir pra médico de fora ou se precisar fazer algum exame em hospital, aí eu vou com as menina (pessoal de enfermagem) daqui (instituição) mermo! Não gosto de sair pra passear fora não, eu prefiro ficar em casa (instituição) assistindo televisão ou senão jogando dominó com os outros velho (idosos institucionalizados) daqui mermo!”*

5. Quando necessário alguém é procurado para auxiliá-lo(a) em seus problemas ou apoiá-lo(a) emocionalmente? Não.

Se sim, investigar: quem é procurado para auxiliá-lo(a) em seus problemas ou para a obtenção de apoio emocional?

6. Alguém o(a) acompanha em passeios externos? Não.

Se sim, investigar: quem o(a) acompanha, para onde vão e com que frequência esses passeios acontecem? Fale sobre esses passeios...

Resposta: *“Não gosto de sair para passear, prefiro me divertir aqui mermo com os idoso daqui”* (introspectivo).

7. Em que momentos a equipe de enfermagem é solicitada para falar sobre assuntos que dizem respeito a sua família? Fale um pouco sobre o papel desempenhado desses profissionais a cerca da interação com sua família...

Resposta: *“Eu não ligo muito pra essas coisas não! Tanto faz se a enfermeira ou minha família estão preocupadas comigo. Tanto faz! Nem me importo! (indiferença)”*.

DADOS DO QUARTO IDOSO INSTITUCIONALIZADO ENTREVISTADO:

I PARTE - SOCIODEMOGRÁFICOS:

O quarto idoso entrevistado foi do sexo feminino, pediu para ser chamada de companheira, tinha 81 anos de idade, natural de uma cidade do interior do Estado do Rio Grande do Sul, morava na instituição há um ano, solteira, não teve filhos. Era procedente da casa de sua sobrinha, com quem morou por cerca de um ano. Em relação aos estudos, não concluiu o ensino fundamental. Informou que sua religião era católica e em se tratando de rendimentos, disse ser aposentada e receber dois salários mínimos mensalmente.

II PARTE - QUESTÕES NORTEADORAS PARA A ENTREVISTA COM O IDOSO INSTITUCIONALIZADO:

1. Alguém o(a) visita na instituição? Sim, sua sobrinha.

Se sim, investigar: quem e qual a frequência dessas visitas? Semanalmente. Fale sobre essas visitas... Se gosta e como se sente ao ser visitado(a)?

Resposta: *“Quem mais me visita aqui (instituição) é uma sobrinha, sabe? Ela é muito ocupada, mas vem me ver toda semana, eu gosto muito dela! [...] sempre que eu preciso de alguma coisa é ela (sobrinha) quem traz pra mim. Apesar dela ter as obrigações dela, que são muitas, eu sei! (pausa) mesmo assim ela (sobrinha) não deixa de se preocupar comigo!”(reflexiva).*

2. Alguém o(a) ajuda em suas compras? Sim.

Se sim, investigar: quem o(a) ajuda em suas compras? Sua sobrinha.

3. Quando necessário alguém o(a) acompanha ao médico? Sim.

Se sim, investigar: quem o(a) acompanha ao médico? Sua sobrinha.

4. Já precisou ficar hospitalizado(a)? Não.

Se sim, investigar: quem o(a) acompanhou no hospital e por quantas vezes ficou interno(a) em ambiente hospitalar?

Resposta: *“Eu saio sempre na companhia de uma sobrinha minha, né? É ela que me leva pra médico, quando eu preciso! Graças a Deus que eu nunca caí doente pra precisar ficar internada em hospital, não! É a minha sobrinha que me leva pra visitar minha irmã, que é a mãe dela, mas eu não gosto muito de ir vê-la, não! É que ela tem aquela doença que esquece as coisas e não me reconhece mais. Eu fico muito triste, sabe! Eu sou católica e costumo ir à igreja com as outras idosas que moram aqui também. Minha sobrinha trabalha muito, ela é muito ocupada com os afazeres da casa dela, da família (filhos) e também cuida da minha irmã, que é a mãe dela, né? Então não tem muito tempo pra sair comigo, não. Eu entendo e sei que ela tem um vida muito cansativa, sabe!” (silêncio).*

5. Quando necessário alguém é procurado para auxiliá-lo(a) em seus problemas ou apoiá-lo(a) emocionalmente? Sim.

Se sim, investigar: quem é procurado para auxiliá-lo(a) em seus problemas ou para a obtenção de apoio emocional? Sua sobrinha.

6. Alguém o(a) acompanha em passeios externos? Sim.

Se sim, investigar: quem o(a) acompanha, para onde vão e com que frequência esses passeios acontecem? Fale sobre esses passeios...

Resposta: *“As vezes minha sobrinha me leva pra passear. Eu gosto de visitar minha irmã, mas ela já está velhinha, esquecida! (pausa). Mas, aqui tem muitos estagiários que gostam de levar a gente pra passear. Eu gosto! Sempre que eu posso eu vou com eles” (risos).*

7. Em que momentos a equipe de enfermagem é solicitada para falar sobre assuntos que dizem respeito a sua família? Fale um pouco sobre o papel desempenhado desses profissionais a cerca da interação com sua família...

Resposta: *“Ah, aqui por qualquer alteração na nossa saúde... [...] se a gente não tá se alimentando bem ou se a gente tá triste. [...] qualquer coisa, mesmo, que aconteça com a gente, a enfermeira logo procura nossa família, né? Olhe, eu gosto disso, pois eu sinto que nós não estamos sós e que tem gente que cuida da gente, né? E gosto quando minha sobrinha me liga pra confirmar o que a enfermeira falou pra ela, também! Me sinto segura! (otimista)”.*

DADOS DO QUINTO IDOSO INSTITUCIONALIZADO ENTREVISTADO: I PARTE - SOCIODEMOGRÁFICOS:

O quinto idoso entrevistado foi do sexo feminino, pediu para ser chamada de flor do campo, tinha 82 anos de idade, natural de uma cidade do interior do Estado da Paraíba, morava na instituição há dois anos, solteira, mãe de dois filhos. Era procedente da casa de sua filha, com quem morou por cerca de seis meses. Em relação aos estudos, não era alfabetizada. Informou que sua religião era católica e em se tratando de rendimentos, disse ser aposentado e receber um salário mínimo mensalmente.

II PARTE - QUESTÕES NORTEADORAS PARA A ENTREVISTA COM O IDOSO INSTITUCIONALIZADO:

1. Alguém o(a) visita na instituição? Sim, sua filha.

Se sim, investigar: quem e qual a frequência dessas visitas? Uma vez por semana, aos domingos. Fale sobre essas visitas... Se gosta e como se sente ao ser visitado(a)?

Resposta: *“Olhe quem vem me visitar é uma fia que eu tive, mas num criei ela não! (pausa) ela (filha) foi criada por uma famia que tinha muita condição. Eu vim morar aqui porque ela (filha) trabaia muito e num pára em casa. [...] mas toda sumana ela (filha) tá aqui (instituição) pra me visitar. Eu tem muito amor por ela (filha) apesar de num ter criado ela (filha), mas eu nunca me esqueci dela (filha) não! De tudo que eu preciso ela (filha) compra e traz pra mim. É uma boa fia!” (reflexiva).*

2. Alguém o(a) ajuda em suas compras? Sim.

Se sim, investigar: quem o(a) ajuda em suas compras? Sua filha.

3. Quando necessário alguém o(a) acompanha ao médico? Sim.

Se sim, investigar: quem o(a) acompanha ao médico? A equipe de enfermagem da instituição para acompanhamento com os médicos da própria instituição.

4. Já precisou ficar hospitalizado(a)? Não.

Se sim, investigar: quem o(a) acompanhou no hospital e por quantas vezes ficou interno(a) em ambiente hospitalar?

Resposta: *“Eu agradeço a Deus todo dia porque eu tenho uma saúde muito boa! Nunca precisei ir ao médico e muito meno baixar hospital! Eu tenho uma fia (filha) que é de ouro, pra mim. Ela gosta de me buscar aqui (instituição) com o namorado dela porque ela num tem filho, não. Eles me levam pra comer no apartamento dela ou então me levam pra comer fora, em restaurante. Eu gosto de ir! Todos os mês nós faz um passeio desse. Mas, também todo domingo de manhã minha fia vem pra nós assistir a missa junta, a gente combinou isso! Aí depois da missa o namorado dela vem pra buscar ela e as vez eu vou com eles pra passear. Mas, também né toda vez que eu vou não, viu? (risos) É que eu num gosto de atrapaçar os passei deles, não! (muitos risos)”*.

5. Quando necessário alguém é procurado para auxiliá-lo(a) em seus problemas ou apoiá-lo(a) emocionalmente? Sim.

Se sim, investigar: quem é procurado para auxiliá-lo(a) em seus problemas ou para a obtenção de apoio emocional? Sua filha.

6. Alguém o(a) acompanha em passeios externos? Sim.

Se sim, investigar: quem o(a) acompanha, para onde vão e com que frequência esses passeios acontecem? Fale sobre esses passeios...

Resposta: Nós passeamos muito. *“Quem leva nós pra passear é os estagiário. Eu gosto demais e fui a quase todos. Só não vou quando não to aqui (instituição)!”* (muitos risos)

7. Em que momentos a equipe de enfermagem é solicitada para falar sobre assuntos que dizem respeito a sua família? Fale um pouco sobre o papel desempenhado desses profissionais a cerca da interação com sua família...

Resposta: *“Bem... aqui (instituição) é assim (pausa) se acontece qualquer coisa com a gente (pausa) a enfermeira liga logo pra nossa famia (risos) e aí eles vem saber como é que agente tá! (risos) Eu gosto disso (pausa) é um cuidado bom, né? (risos) sinal que nós tamo sendo bem cuidado e que nossa famia não abandonou nós! (risos)”*.

DADOS DO SEXTO IDOSO INSTITUCIONALIZADO ENTREVISTADO: I PARTE - SOCIODEMOGRÁFICOS:

O sexto e último idoso entrevistado foi do sexo feminino, pediu para ser chamada de amiga, tinha 83 anos de idade, natural da cidade de João Pessoa-PB, morava na instituição há três anos, viúva, mãe de cinco filhos. Era procedente de sua casa própria, morava sozinha. Em relação aos estudos, chegou a cursar universidade e se formou com muito orgulho. Informou

que sua religião era evangélica e em se tratando de rendimentos, disse ser aposentado e receber cinco salários mínimos mensalmente.

II PARTE - QUESTÕES NORTEADORAS PARA A ENTREVISTA COM O IDOSO INSTITUCIONALIZADO:

1. Alguém o(a) visita na instituição? Sim, as filhas e os netos.

Se sim, investigar: quem e qual a frequência dessas visitas? Três vezes por semana. Fale sobre essas visitas... Se gosta e como se sente ao ser visitado(a)?

Resposta: *“Eu recebo visita de muita gente da minha família, vem meus netos e minhas filhas. [...] Pra falar a verdade eu gosto de todos, mas (silêncio) o do meu coração é um neto, que eu criei como filho. Sempre que eu preciso dele ele vem, é só ligar que ele vem ligeirinho! Tudo que eu preciso é ele que providencia e compra pra mim. Eu gosto muito dele! Nele eu confio, sempre! (risos)”*.

2. Alguém o(a) ajuda em suas compras? Sim.

Se sim, investigar: quem o(a) ajuda em suas compras? Um de seus netos.

3. Quando necessário alguém o(a) acompanha ao médico? Sim.

Se sim, investigar: quem o(a) acompanha ao médico? Um de seus netos.

4. Já precisou ficar hospitalizado(a)? Sim, várias vezes.

Se sim, investigar: quem o(a) acompanhou no hospital e por quantas vezes ficou interno(a) em ambiente hospitalar?

Resposta: *“Eu tenho um coração fraco, adoeço muito! Volta e meia estou indo pra médico (geriatra, cardiologista) e me interno com muita frequência, também! Quem me acompanha nas consultas médicas são os meus netos, que eu criei como filhos, e às vezes uma filha minha, a mãe deles, sabe? No caso de eu precisar ficar internada a minha família (filha ou netos) é quem paga um acompanhante pra ficar comigo no hospital, porque todos eles (família) são muito ocupados, trabalham bastante! (risos)”*.

5. Quando necessário alguém é procurado para auxiliá-lo(a) em seus problemas ou apoiá-lo(a) emocionalmente? Sim.

Se sim, investigar: quem é procurado para auxiliá-lo(a) em seus problemas ou para a obtenção de apoio emocional? Um de seus netos.

6. Alguém o(a) acompanha em passeios externos? Sim.

Se sim, investigar: quem o(a) acompanha, para onde vão e com que frequência esses passeios acontecem? Fale sobre esses passeios...

Resposta: *“No caso de passeios, eu saio quase todo sábado à noite ou domingo pela manhã. Vou para igreja (evangélica) na companhia dos meus netos que eu amo muito (risos). Eles participam do grupo de teatro da minha igreja e gostam de me levar para eu assistir as apresentações deles, eu adoro e tenho muito orgulho disso! (alegria). Às vezes passo o final de semana na casa deles (filha e netos), eu gosto muito, mas peço pra eles me trazerem de volta pra cá (instituição) no domingo à noite ou na segunda de manhã. Eu até que gostaria de ficar mais tempo, viu? (pausa) mas, mais do que um fim de semana não fico de jeito nenhum! Pra eles não se cansarem de mim! (muitos risos)”* Aqui é muito bom, nós passeamos

muito! Tem os estagiários que gostam muito da gente e nos leva pra passear, todo mês. Eu gosto demais e vou a todos. Só não vou quando no hospital, doente!” (risos)

7. Em que momentos a equipe de enfermagem é solicitada para falar sobre assuntos que dizem respeito a sua família? Fale um pouco sobre o papel desempenhado desses profissionais a cerca da interação com sua família...

Resposta: “A minha família é muito grande (silêncio), mas na verdade, eu só conto mesmo é com dois netos que eu tenho (pausa), eles são como se fossem meus filhos (risos). Eu amo os meus netos! (alegria) Sempre que eu quero eu ligo pra eles e eles vêm logo aqui. Se a enfermeira ligar pro celular de qualquer um dos dois eles ficam logo preocupados comigo (risos) e me ligam imediatamente (pausa) perguntando como é que eu to! Eu me sinto segura (pausa) eu sou feliz aqui! (risos)”.

Anexo A - Protocolo de Admissão Multidimensional do Idoso Institucionalizado

Anexo – B: Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE)