



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
MESTRADO EM SAÚDE, AMBIENTE E SOCIEDADE NA AMAZÔNIA

Raphaella Santos Loureiro

**INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA, AFASTAMENTO DO CONVÍVIO
FAMILIAR E A PERCEPÇÃO DE SAÚDE ENTRE IDOSOS DE BELÉM-PA**

BELÉM

2016



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
MESTRADO EM SAÚDE, AMBIENTE E SOCIEDADE NA AMAZÔNIA

Raphaella Santos Loureiro

**INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA, AFASTAMENTO DO CONVÍVIO
FAMILIAR E A PERCEPÇÃO DE SAÚDE ENTRE IDOSOS DE BELÉM-PA**

Dissertação apresentada à banca examinadora do Programa de Pós-graduação em Saúde, Ambiente e Sociedade na Amazônia da Universidade Federal do Pará, como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Saúde, Ambiente e Sociedade na Amazônia.
Orientador: **Prof. Dr. Hilton Pereira da Silva**

BELÉM
2016

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)
Sistema de Bibliotecas da UFPA

Loureiro, Raphaella Santos, 1990-
Instituições de longa permanência, afastamento do
convívio familiar e a percepção de saúde entre idosos de
Belém-Pará / Raphaella Santos Loureiro. - 2016.

Orientador: Hilton Pereira da Silva.
Dissertação (Mestrado) - Universidade
Federal do Pará, Instituto de Ciências da Saúde,
Programa de Pós-Graduação em Saúde na Amazônia,
Belém, 2016.

1. Idosos-Amazônia. 2. Institucionalização.
3. Família. 4. Políticas públicas. I. Título.
CDD 22. ed. 618.9709811

Raphaella Santos Loureiro

**INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA, AFASTAMENTO DO CONVÍVIO
FAMILIAR E A PERCEPÇÃO DE SAÚDE ENTRE IDOSOS DE BELÉM-PA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde, Ambiente e Sociedade na Amazônia, como requisito para obtenção do Título de Mestre em Saúde, Ambiente e Sociedade na Amazônia.

Orientador: Prof. Dr. Hilton Pereira da Silva

Conceito: _____

Aprovado em: _____/_____/_____

Banca Examinadora

Prof. Hilton Pereira da Silva, *Dr.*

Universidade Federal do Pará

Orientador

Prof^ª. Regina Fátima Feio Barroso, *Dra.*

Universidade Federal do Pará

Membro

Prof^ª. Andréa Mello Pontes, *Dra.*

Universidade Federal do Pará

Membro

Prof. Lucivaldo da Silva Araújo, *Dr.*

Universidade do Estado do Pará

Membro

Dedico aos meus avós: à memória de Albano Loureiro, Osvaldina Loureiro e Dário Santos, e à vida de Ruth Santos. Eles que sempre serão e representarão a base de amor, união e parceria.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pelas oportunidades, pessoas e sabedorias que me são concedidas para apoiar e iluminar minha jornada.

Aos meus pais, Fernando e Rute, pelo que fizeram, fazem e irão fazer para junto comigo sonhar e alcançar meus anseios. É para e por eles que trilho meu caminho.

A minha irmã e sobrinho, Fernanda e Heitor, ela por ser meu espelho e pelos ensinamentos dados e que provavelmente nem saiba, e ele por me fazer almejar sempre o melhor para que um dia, talvez, possa ser um dos seus espelhos.

A Dário Santos Júnior, por ser um exemplo de dedicação e força de vontade, pelo incentivo e amor. E também aos meus tios e tias, pela torcida e boas vibrações.

A Loren Martins, Gabriela Machado e Rafael Aquime, pela amizade sincera em que posso confiar e contar em todos os momentos.

Aos meus companheiros de profissão, amigos e inspirações que me guiam e apoiam: Débora Folha, Otávio Folha, Ingrid Oliveira e Lucivaldo Araújo.

A Débora Folha e Lucivaldo Araújo, por terem ajudado na gestação ainda em fase embrionária deste projeto.

A turma 2014 do PPGSAS, pelas valiosas trocas de conhecimentos e afeto no decorrer deste intenso percurso.

A Universidade Federal do Pará, em especial ao Programa de pós-graduação em saúde, ambiente e sociedade na Amazônia, e também aos professores que se disponibilizaram a ensinar, aprender, debater e refletir durante as aulas que na verdade eram transmissões de incontáveis aprendizados de vida.

Ao Hilton Silva, por ter aceitado me orientar e pela paciência, dedicação, sensibilidade e competência com que conduziu este processo.

Aos membros do Laboratório de Estudos Bioantropológicos em Saúde e Meio Ambiente, pela escuta e sugestões a este estudo.

As professoras Andréa Pontes, Regina Feio e Hilma Tôrres pelas preciosas contribuições no momento de qualificação deste projeto.

A Associação da Pia União do Pão de Santo Antônio, pelo aceite deste estudo e por entender minhas faltas durante esse período, e especialmente a Tiana O' de Almeida Costa e Valéria Sagica que partilham diariamente comigo dificuldades, alegrias, conhecimentos e amizade.

A Unidade de Atendimento a Pessoa Idosa Lar da Providência, em especial a Juciane Melo e Cristiano Borges que me receberam carinhosamente e ajudaram na construção deste estudo.

Aos idosos que aceitaram participar da pesquisa, pela confiança e por compartilharem suas histórias de vida.

E você é tão jovem quanto sente, pode apostar:
é jovem para valer! E velho é quem perde a
pureza e também é quem deixa de aprender.
Não diga não à vida que te espera. Para
festejar a alegria de viver. Para agradecer a luz
do seu caminho. E você vai com isso entender.

Roberto Gómez Bolaños

RESUMO

O envelhecimento da população mundial, inclusive na Amazônia, é um fenômeno que faz com que pesquisadores, gestores de saúde e políticos precisem se debruçar sobre as demandas específicas de uma sociedade cada vez mais longeva. Este fato, juntamente com a mudança da dinâmica familiar atual, vem refletindo em um aumento no número de idosos residentes em Instituições de Longa Permanência (ILPI's). A transferência do idoso de sua casa para a ILPI faz com que ele tenha de se adaptar a uma nova realidade, que inclui mudanças de hábitos, rotinas, ambientes e relações pessoais e sociais. Esta situação pode acarretar em modificações na saúde e qualidade de vida destes idosos, sendo este um tema relevante para a saúde pública. No Brasil, pouco tem sido investigado sobre o impacto do afastamento familiar na saúde da pessoa idosa institucionalizada. Este estudo tem por objetivo investigar as potenciais relações entre institucionalização, afastamento familiar e percepção de saúde. Trata-se de um estudo observacional e descritivo, utilizando uma abordagem qualitativa atrelada à perspectiva fenomenológica. Participaram 26 idosos, sendo seis homens e 20 mulheres, na faixa etária de 62 a 95 anos, residentes em duas ILPI's, de Belém, PA. Foi aplicado um questionário de caracterização do idoso e realizada uma entrevista semi-estruturada com cada um, além da observação participante durante as atividades cotidianas. Os dados foram analisados segundo a técnica da análise de conteúdo. Observou-se que 50% dos idosos avaliam sua condição de saúde como boa, e que os homens apresentam aparente falta de interesse em relação a saúde; que as visitas familiares não ocorrem com frequência, mesmo entre aqueles que citaram ter convívio familiar, e que mesmo quando o próprio idoso opta pela institucionalização essa escolha é feita devido a alguma necessidade externa ao sujeito. Observou-se ainda que o afastamento do convívio familiar é entendido como agente de contentamento e/ou angústia, dependendo de cada sujeito e dos contextos vivenciados, o que interfere na percepção de bem-estar subjetivo. O estudo apontou que os idosos diferenciam condição de saúde e bem-estar, e que a saúde dos idosos institucionalizados além de ser influenciada por fatores físicos e biológicos próprios de sua idade é também afetada por sua percepção sobre o afastamento do convívio familiar. Outros fatores que potencialmente influenciam a percepção de saúde são as experiências pessoais e sociais, as expectativas, os fatores socioeconômicos e ambientais a que dispõe. Conclui-se que a autopercepção de saúde nos idosos institucionalizados resulta de um complexo conjunto de fatores que precisam ser levados em consideração quando se analisa a qualidade de vida dos residentes e quando se planeja políticas públicas voltadas a este segmento da população.

PALAVRAS-CHAVE: Idoso. Institucionalização. Convívio familiar. Políticas Públicas. Amazônia.

ABSTRACT

The aging of the world population, including the Amazon, is a phenomenon that causes researchers, health managers and policy makers need to look into the specific demands of an increasingly long-lived society. This fact, along with the change of the current family dynamics, has reflected in an increase in the number of elderly people living in long-stay institutions (ILPI's). The transfer of the elderly in your home for ILPI causes it has to adapt to a new reality, which includes changes in habits, routines, environments and personal and social relationships. This may result in changes in health and quality of life of older people, which is an important issue for public health. In Brazil, little has been investigated on the impact of family separation on the health of aged people. This study aims to investigate the potential relationship between institutionalization, family separation and health perception. This is an observational and descriptive study using a qualitative approach linked to the phenomenological perspective. Participated 26 seniors, six men and 20 women, aged 62-95 years, living in two ILPI's, Bethlehem, PA. An elderly characterization questionnaire was applied and held a semi-structured interview with each, as well as participant observation during everyday activities. Data were analyzed using the technique of content analysis. It was observed that 50% of seniors assess their health condition as good, and that men have apparent lack of interest in relation to health; that family visits do not occur frequently, even among those who have cited family life, and that even when the very elderly institutionalization opts for this choice is made due to some external necessity to the subject. It was also observed that the removal of family life is understood as contentment agent and / or distress, depending on each subject and experienced contexts, which interferes with the perception of subjective well-being. The study found that the elderly differentiate health condition and well-being, and that the health of institutionalized elderly in addition to being influenced by physical and biological factors of their own age is also affected by their perception of the separation from family life. Other factors that potentially influence the health perceptions are personal and social experiences, expectations, socioeconomic and environmental factors that have. It is concluded that the self-perceived health in the elderly results from a complex set of factors that must be considered when analyzing the quality of life of residents and when planning public policies aimed at this segment of the population.

KEYWORDS: Eldery. Institutionalization. Family life. Public policy. Amazon.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	11
2 OBJETIVOS.....	15
2.1 OBJETIVO GERAL.....	15
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	15
3 DESAFIOS DO ENVELHECIMENTO POPULACIONAL.....	16
4 REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE FAMÍLIA E INSTITUCIONALIZAÇÃO DE IDOSOS.....	21
5 PERCEPÇÃO DE SAÚDE DO IDOSO.....	30
6 METODOLOGIA.....	35
6.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO.....	35
6.2 LOCAL DA COLETA DE DADOS.....	35
6.3 PARTICIPANTES.....	36
6.4 INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO.....	36
6.5 ESTUDO PILOTO.....	38
6.5.1 Aplicação dos instrumentos.....	38
6.6 COLETA DE DADOS.....	38
6.6.1 Aspectos éticos.....	38
6.6.2 Procedimentos da coleta de dados.....	39
6.7 TRATAMENTO DE DADOS.....	39
7 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS.....	41
7.1 CARACTERIZAÇÃO DOS IDOSOS.....	41
7.2 INSTITUCIONALIZAÇÃO: VONTADE OU NECESSIDADE?.....	48
7.3 FAMÍLIA E SUBJETIVIDADE.....	54
7.3.1 Significados de família a partir da experiência e relações familiares.....	59
7.3.2 Convívio familiar: concepções pessoais e sentimentos.....	63
7.4 PERCEPÇÃO SUBJETIVA DE SAÚDE DOS IDOSOS.....	70
7.4.1 Percepção de saúde, institucionalização e convivência familiar.....	74
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	82
REFERÊNCIAS.....	85
APÊNDICES.....	98
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	99
APÊNDICE B – QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO DO IDOSO.....	101
APÊNDICE C – ROTEIRO PARA ENTREVISTA INDIVIDUAL.....	102
APÊNDICE D – ARTIGO SUBMETIDO A REVISTA KÁIROS.....	103
ANEXOS.....	114
ANEXO A – ÍNDICE DE KATZ.....	115
ANEXO B – ÍNDICE DE INDEPENDÊNCIA NAS ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA DE KATZ MODIFICADO.....	116
ANEXO C – ACEITE DA INSTITUIÇÃO: ASSOCIAÇÃO DA PIA UNIÃO DO PÃO DE SANTO ANTÔNIO.....	117
ANEXO D – ACEITE DA INSTITUIÇÃO: UNIDADE DE ATENDIMENTO A PESSOA IDOSA LAR DA PROVIDÊNCIA.....	118

1 INTRODUÇÃO

O interesse deste estudo vem de minha vivência profissional como terapeuta ocupacional em uma instituição de longa permanência para idosos em Belém/PA, tendo como foco a reabilitação biopsicossocial dos residentes através de atividades individuais e grupais, estimulando os aspectos cognitivos, comportamentais e sociais que influenciam na qualidade de vida.

Após pesquisa informal de interesses e desejos, percebi que os idosos gostariam de ter mais contato com seus familiares e amigos. Assim, na tentativa de atender este desejo, foram planejadas atividades para que todos participassem. Entretanto, para minha surpresa e frustração, poucas famílias compareceram.

Durante a prática diária, é possível notar que poucas famílias mantêm vínculo com esses idosos institucionalizados e, com o passar dos dias, as visitas ficam mais escassas. Membros da diretoria e da equipe técnica se esforçam em planejar, organizar e executar ações que, além de ter objetivos técnicos específicos de estimulação dos aspectos físicos, cognitivos, psicomotores, também consideram o fator social para ajudar a melhorar o bem-estar psicoemocional do idoso. Apesar de tais esforços, pouco se consegue da participação e integração de familiares nestas atividades.

Através de conversas informais durante atendimentos, os idosos relataram que se sentem mais animados, motivados e inspirados quando há visitas e/ou participação e integração de familiares e amigos nas atividades. Com base nessa vivência e experiência é que foi pensada proposta deste estudo.

Já é sabido que o envelhecimento da população é um fenômeno que vem crescendo acentuadamente em todo o mundo. A Organização Mundial de Saúde (apud ATWAL; McINTYRE, 2007, p.1) em 2002 afirmou que “[...] por volta do ano 2025 serão 1,2 bilhão de pessoas acima de 60 anos, e ao redor do ano 2050 este número terá dobrado, com 80% das pessoas idosas morando em países em desenvolvimento”.

Entretanto, este aumento da longevidade vem refletindo também em um aumento no número de idosos residentes em Instituições de Longa Permanência (ILPI's). Sabendo que a sociedade contemporânea faz com que o cotidiano das pessoas seja cheio de atividades, exija agilidade e dedicação, e sabendo também que o processo de envelhecimento envolve mudanças e restrições físicas, psicológicas e sociais, muitas vezes a família não consegue se estruturar e ter disponibilidade para acompanhar e cuidar do idoso, por isso recorre a essas instituições.

Nesse contexto de aumento da senescência da população brasileira, das limitações que envolvem o processo de envelhecimento e das baixas taxas de natalidade, o que acaba dificultando o cuidado dos idosos pela família, as ILPI'S tornaram-se importantes redes de assistência social e de saúde, uma vez que possuem caráter residencial coletivo que atende idosos independentes em situação de vulnerabilidade social e/ou familiar e também aqueles com dificuldades para desempenhar atividades diárias (CAMARANO; SKANSO, 2010).

Zimerman (2007) afirma que a institucionalização de idosos é, na maioria dos casos, motivada por dificuldade econômica e de convivência, além de incapacidade de propiciar ambiente agradável ao idoso.

E Martins et al. (2007) complementam assegurando que o acelerado ritmo de envelhecimento da população trouxe profundas transformações sociais, urbanas, industriais e familiares, fazendo com que as instituições destinadas a prestar assistência à população idosa fossem cada vez mais necessárias.

A permanência do idoso junto aos seus familiares é o procedimento recomendado, entretanto, devido a diversos fatores como condições econômicas, falta de preparo dos familiares, ou das moradias, alguns familiares optam pela institucionalização (ZIMERMAN, 2007). Teles et al. (2014) refletem que nem toda família tem uma estrutura pronta para receber um idoso fragilizado e que nem todos têm uma família extensa. Dessa forma, às vezes, encontram-se alguns idosos que vivem sozinhos por não terem filhos ou a quem procurar, outros que estão brigados com a família, ou ainda aqueles que todos já se foram de sua vida.

Por isso, em muitos desses casos, a família fica impossibilitada de cuidar adequadamente do idoso pela própria dinâmica da vida nas grandes cidades e de fatores sociais e pessoais impostos a alguns idosos, entendendo que a institucionalização seja a melhor opção (MARTINS et al, 2007).

Contudo, a transferência do idoso de sua casa para uma instituição faz com que ele tenha que se adaptar a uma nova realidade e tal adaptação inclui mudança de hábitos, rotinas e ambientes. Isto pode gerar quadros depressivos, de confusão, perda do contato com a realidade, despersonalização e um senso de isolamento e separação da sociedade (ARAÚJO et al, 2006).

A institucionalização é um processo que leva a um distanciamento progressivo entre os idosos e seus familiares, pois, na maioria das vezes, a convivência com os mesmos se dá em alguns dias da semana ou do mês, ou em espaços temporais mais dilatados. Em consequência disto, o idoso se isola do mundo em que vivia e se afasta de sua história,

influenciando em sua saúde psicoemocional e física (SILVA et al, 2007; MARTINS et al, 2007).

Assim, esta pesquisa se debruça sobre as repercussões que o afastamento familiar pode acarretar na perspectiva de saúde do idoso institucionalizado e, com base nesses pressupostos, para nortear a pesquisa, foi pensado o seguinte questionamento: Quais os impactos do afastamento do convívio familiar na percepção de saúde do idoso institucionalizado?

A relevância social deste estudo está baseada nas repercussões do acelerado envelhecimento da população brasileira em paralelo com a mudança dos arranjos familiares e nas diferentes manifestações relacionadas à percepção de saúde no processo de institucionalização, buscando excitar discussões de políticas públicas que amparem e contribuam para prevenção, promoção de saúde e qualidade de vida dos idosos, em especial os residentes em ILPI's.

A relevância científica consiste no incremento da produção de conhecimento local sobre a saúde do idoso, tendo em vista o crescente e rápido envelhecimento da população paraense, destacando fatores biológicos, culturais e psicossociais no processo de envelhecer.

Além disto, esta pesquisa se aproxima das prioridades de pesquisa em saúde do Ministério da Saúde (BRASIL, 2008), estudando sobre família e envelhecimento populacional – determinantes das condições de vida do idoso –, enfatizando aspectos ambientais, familiares e psicossociais e avaliando tanto a qualidade de vida dos idosos quanto a qualidade da atenção ao idoso no sistema asilar.

O presente trabalho foi organizado em oito tópicos. Inicia-se com a introdução e, em seguida, o tópico dois, onde são assinalados os objetivos da pesquisa. O tópico três trata da discussão teórica e justificativa deste estudo, abordando inicialmente os desafios acerca do fenômeno do envelhecimento populacional, especialmente no Brasil, e indo em direção a reorganização dos sistemas de saúde para atender essa demanda, citando políticas públicas e sociais. O tópico quatro discute com maior profundidade questões relacionadas à família, englobando o histórico do conceito, as causas das alterações em sua configuração e as repercussões que levam à institucionalização do idoso, além de discorrer sobre definições e objetivos das ILPI's e sobre a fragilização dos laços familiares no processo de institucionalização.

Continuando, o tópico cinco fala sobre a percepção subjetiva de saúde como instrumento de avaliação do estado de saúde, menciona estudos que fizeram uso deste instrumento com idosos institucionalizados e ressalta a importância da autoavaliação de saúde. Já o sexto tópico versa sob as trilhas metodológicas em que a pesquisa foi embasada,

retratando a caracterização do estudo, o local, os participantes da coleta de dados e os instrumentos de avaliação, também descrevendo o estudo piloto, a coleta e o tratamento dos dados. No tópico sete são tratadas as unidades de análise desenvolvidas a partir dos dados obtidos e, por fim, o oitavo e último tópico apresenta as considerações finais.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Investigar possíveis relações entre o afastamento do convívio familiar e a autopercepção de saúde do idoso institucionalizado.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Fazer uma revisão da literatura sobre o estado da arte dos estudos relacionados à autopercepção de saúde e ILPI's;
- Identificar os principais fatores relacionados ao afastamento do idoso do convívio familiar;
- Avaliar a autopercepção de saúde do idoso institucionalizado;
- Apontar as potenciais relações entre institucionalização, afastamento familiar e percepção de saúde.

3 DESAFIOS DO ENVELHECIMENTO POPULACIONAL

Para uma pessoa ser considerada idosa, de acordo com a Política Nacional do Idoso, Lei nº 8.842 de 4 de janeiro de 1994 no seu Art.2º, ela precisa ter idade igual ou superior a 60 anos. Embora, atualmente e na maioria das vezes, os indivíduos com esta idade não apresentem a aparência física e/ou outras características definidas que o estereotipem e identifiquem como pessoa idosa.

Beauvoir (1990) escreveu que se torna difícil determinar a imagem da velhice, destacando que é incerta, confusa, contraditória e é para cada indivíduo um destino singular – o seu próprio. Araújo (2004) esclarece que a velhice é muito pessoal, depende do estado emocional com que cada pessoa enfrenta as mudanças que lhe vão ocorrendo biologicamente e que não há uma determinação cronológica igual para todos.

Discorrer sobre os múltiplos aspectos da velhice é desafiador, Neri (1991, p.33) afirma que

Não existe uma resposta única, porque o próprio fenômeno da velhice tem múltiplos significados, contextualizados por fatores individuais, interindividuais, grupais e socioculturais. O conhecimento científico, também contextualizado por esses fatores, desempenha um papel fundamental na atribuição de significados a esse objeto, à medida que justifica, explica e legitima determinadas práticas e atitudes em relação à velhice.

Neste sentido, o envelhecimento humano tem sido alvo de vários estudos ligados a diversas ciências que se interessam pelo tema, sendo este uma importante conquista do século XX: o aumento da expectativa de vida e com qualidade. Contudo, este fenômeno traz desafios a serem enfrentados pelo poder público e pela sociedade de uma forma geral.

O fenômeno do envelhecimento populacional no mundo contemporâneo é um fato novo e perturbador para a humanidade que, pela primeira vez, convive com a realidade demográfica e social da velhice (NERI, 1991).

Para Haddad (1993, p.9)

Um fantasma amedronta o mundo neste fim de século, e seus ruídos assustadores desafiam o saber e o poder, levando ao mesmo tempo o ser humano a novas encruzilhadas: a velhice. O ambicioso prolongamento da vida transforma-se cada vez mais, em realidade.

Este fenômeno ocorreu inicialmente em países desenvolvidos e, mais recentemente, é nos países em desenvolvimento que o envelhecimento da população tem ocorrido de forma mais acentuada. Um dos resultados que essa mudança na pirâmide populacional ocasiona é a crescente demanda por serviços de saúde, sendo este um dos desafios atuais: a escassez de recursos para uma demanda crescente (LIMA-COSTA; VERAS, 2003).

No Brasil, o aumento na expectativa de vida ocorreu de modo insidioso e lento e foi possível graças às melhores condições sociais e de saneamento, além do uso de antibióticos e de vacinas (NASRI, 2008 apud RAMOS; VERAS; KALACHE, 1987).

Estudos apresentados pelo IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística confirmam o fenômeno de envelhecimento populacional em nosso país. Em 1970 o percentual da população idosa sobre a população total era de 5,06 %, em 1980 de 6,06 %, em 1990 de 7,06%, em 2000 corresponde a 8,06%, e a estimativa para 2025 é de 15%¹.

Estimativas das Nações Unidas alertam que a população idosa no Brasil estará entre as seis maiores do mundo em 2025, precedida por China, Índia, Rússia, EUA e Japão (GOLDMAN, 2000).

Quanto às causas deste envelhecimento populacional, há ideias contraditórias em trabalhos relacionados ao tema. Frequentemente é apontado o aumento da natalidade e a queda da mortalidade e, assim como Araújo (2004), estes estudos explicam que as taxas de nascimento mais elevadas ocorrem em decorrência da alta fecundidade das mulheres não mais influenciadas pelos costumes da não utilização de métodos contraceptivos e de controle da natalidade. Já a redução da mortalidade está relacionada à alta tecnologia desenvolvida e a modernização, que ajudam a reduzir as doenças infecciosas e parasitárias.

Porém Nasri (2008) contradiz e assegura que o processo de envelhecimento populacional resulta do declínio da fecundidade e não do declínio da mortalidade. O autor explica que uma população se torna mais idosa à medida que aumenta a proporção de indivíduos idosos e diminui a proporção de indivíduos mais jovens. Este processo é denominado de transição demográfica e Frayssinet (2014) complementa dizendo que o continente latino americano está enfrentando uma “revolução demográfica”, que é o produto do envelhecimento de sua população, do aumento da expectativa de vida e da queda de nascimentos.

Sobre o rápido envelhecimento da população brasileira, salienta-se que este é um dos maiores desafios da saúde pública contemporânea, uma vez que como afirma Mendes (2011) este fenômeno é caracterizado não apenas por uma transição demográfica, mas também epidemiológica, onde as doenças crônico-degenerativas ocupam lugar de destaque. Isto implica a necessidade de adequação de políticas públicas, em especial as voltadas a atender demandas na área da saúde, previdência e assistência social.

¹Fonte: Anuário Estatístico IBGE – 1970/80/90, Censo IBGE 2000 e Estimativa IBGE. Site: www.ibge.gov.br

Este é um processo irreversível e palpável e, por isso, são necessários e importantes estudos sobre o tema e o grupo social em questão (ARAÚJO; ALVES, 2000). Principalmente porque, como alerta Paulino (2006), a velhice não é uma realidade bem definida, ao contrário, trata-se de um fenômeno extremamente complexo cujo conceito se deve à interdependência estreita de vários aspectos, tratando-se de experiências vivenciadas de forma não homogênea, diversificadas também em função das conjunturas sociais, econômicas, históricas e culturais, além dos fatores individuais/existenciais/subjetivos.

Além disso, deve-se considerar que é importante envelhecer conseguindo agregar qualidade aos anos adicionais de vida, surgindo assim, outros desafios para a Saúde Pública e de promoção e prevenção da saúde, que são reconhecidos pela Organização Mundial da Saúde.

Lima-Costa e Veras (2003) concordam e mencionam: a importância da manutenção da independência e da vida ativa com o envelhecimento; do fortalecimento de políticas de prevenção e promoção da saúde, especialmente aquelas voltadas para os idosos e da manutenção e/ou melhora da qualidade de vida com o envelhecimento.

Sobre políticas públicas voltadas a população idosa, a partir do ano de 2002 é possível encontrar várias ações governamentais que favorecem o idoso, dentre elas, a criação de mecanismos para a organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso, a criação do Conselho Nacional dos Direitos do Idoso e posteriormente o Conselho Nacional do Idoso. Em 2003, um grande avanço nas políticas para o idoso foi a aprovação, pelo Senado Federal, do Estatuto do Idoso, conferindo ao idoso garantias legais a direitos que deve usufruir (ARAÚJO, 2004).

Pinheiro e Freitas (2006) vão mais além e afirmam que viver bem está relacionado a um completo bem-estar em diversas áreas como social, financeira, saúde, familiar, lazer. Melo (2012) complementa assegurando que de fato sem saúde, renda e bom convívio familiar e social dificilmente o indivíduo pode afirmar que vive bem e, por isso, a previdência, saúde e assistência social são as políticas que mais demandam investimentos por parte da população idosa.

A respeito dos serviços de saúde, Lima-Costa e Veras (2003) ponderam que o idoso tende a consumir mais estes serviços devido às internações hospitalares serem mais frequentes e o tempo de ocupação do leito é maior quando comparado a outras faixas etárias. E também porque as doenças dos idosos são crônicas e múltiplas, perdurando por vários anos e exigindo acompanhamento constante, cuidados permanentes, medicação contínua e exames periódicos.

Nasri (2008) concorda e afirma que a população mais longeva tem levado a uma reorganização do sistema de saúde, pois exige cuidados que são desafiadores devido às doenças crônicas que apresentam, além do fato de que incorporam disfunções nos últimos anos de suas vidas.

Esse fato aponta para algumas perspectivas alarmantes no Brasil, como o elevado custo na assistência à saúde, as repercussões sociais com grande impacto social e econômico no país, o que ocasiona agravamento de problemas nos setores socioeconômicos e de saúde (ARAÚJO, 2004).

Goldman (2000) observa que o fenômeno de envelhecimento populacional no Brasil não tem sido acompanhado por estudos e principalmente por serviços que deem conta desta demanda. A autora destaca que o processo de implementação de políticas públicas, com vistas a minimizar os efeitos deste fenômeno, tem se apresentado de forma lenta e dramática, principalmente nos setores de saúde e previdência.

Na perspectiva de que o envelhecimento da população é um dos maiores triunfos da humanidade e também um dos grandes desafios, e que as pessoas da terceira idade são, geralmente, ignoradas enquanto recurso, quando na realidade constituem um grupo importante para as estruturas da nossa sociedade (CASSIANO et al., 2005), Pereira (2005) fala que as metodologias e práticas de políticas sociais voltadas para este fenômeno estão cada vez mais constituindo um acontecimento sociopolítico original e sustentado, que provocou uma reviravolta nos meios intelectuais e políticos contemporâneos.

Juaréz (1998) já ressaltava a urgência de ser pensar num perfil de políticas sociais que, a despeito das limitações impostas pelo modelo socioeconômico dominante, se baseie na análise: da condição de vida dos idosos; em situações específicas de pobreza, mal-estar e marginalização a que muitos idosos estão submetidos; nos fatores políticos, sociais, econômicos e culturais que influenciam as condições de vida dos idosos; das convergências e divergências dos esquemas de políticas sociais nacionais com os de outros países.

No Brasil, a partir do último quarto do século XX e pela primeira vez na história, o interesse pelos assuntos gerontológicos tornou-se tão relevante que superou o domínio dos assuntos relacionados à infância e à adolescência. O reconhecimento de que as políticas, os serviços, as instituições e os agentes de proteção social convencionais não estariam mais adequadas as necessidades de uma sociedade envelhecida exigiu a revisão dos compromissos com o bem-estar dessa parcela da população, tanto por parte do Estado quanto da sociedade (PEREIRA, 2005).

Por isso estão sendo realizados mais estudos sobre o tema e é observado que mundialmente há preocupação com a população mais longeva e com sua qualidade de vida e bem-estar, sendo esta uma tendência positiva à qual o mundo precisa se adaptar (EKHOLM, 2010).

Profissionais envolvidos com a área de Geriatria e Gerontologia vêm se dedicando ao estudo de processos relacionados à velhice, tendo como foco principal a prevenção de agravos e a promoção da saúde do idoso (FREITAS et al, 2002). Sthal, Berti e Palhares (2011) enfatizam que o aumento da população idosa constitui tema de debate entre pesquisadores, gestores sociais e políticos de diversos países do mundo, acarretando grandes transformações na estrutura sociopolítico-econômico e cultural da sociedade.

Chaimowicz et al. (2013) pensam que este fenômeno ainda é um tema novo que está sendo desvendado mais recentemente com o estudo, discussão e maiores conhecimentos sobre as demandas de uma sociedade envelhecida.

São comuns os pontos de vista e a preocupação dos autores com abordagens que visem a qualidade de vida e bem-estar na idade mais avançada. Portanto, qualquer situação que possa influenciar nestes aspectos é de grande interesse à comunidade científica, aos profissionais da saúde e à sociedade de forma geral. Estudar processos relacionados à velhice constitui-se tarefa importante na prevenção de agravos físicos, sociais e psicológicos ao idoso (COUTINHO, 2014).

O aumento da população idosa em paralelo com as mudanças sociais como a nova configuração familiar e a maior participação da mulher no mercado de trabalho traz outra preocupação com o cuidado dos idosos. Anteriormente ao período pré-industrial este cuidado ficava sob a responsabilidade da família, mas aos poucos está sendo transferido para instituições de apoio como asilos (ARAUJO, 2004).

É neste sentido que o próximo tópico é delineado, discutindo mais especificamente sobre o significado social de família, a família na contemporaneidade, as mudanças nos perfis da família, relacionando com a institucionalização de idosos, a fim de pensar a influência da nova configuração familiar na institucionalização.

4 REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE FAMÍLIA E INSTITUCIONALIZAÇÃO DE IDOSOS

Etimologicamente família é um “termo proveniente do latim famulus, que significa o conjunto de servos e dependentes de um chefe ou senhor” (ROCHA-COUTINHO, 2006, p.91) e este termo é de complexa definição e tem uma pluralidade de significados.

Numa perspectiva social, Petrini (2003) entende a família como um grupo social, percebida em toda sua constituição e durabilidade como fenômeno universal multifacetado nos costumes sociais de cada realidade social.

Do ponto de vista sociológico, pode-se considerar a família como um grupo social com relações dinâmicas, interagindo constantemente. Contudo, ela é um fenômeno social universal que não podemos conceituar de forma simplista. A sua discussão na contemporaneidade tem relevância enquanto uma categoria do ponto de vista institucional e da pluralidade das possibilidades de organização familiar (ARAUJO, 2004, p.13).

Segundo a Psicologia Social, o conceito de família é entendido como “uma organização complexa de relações de parentesco, que tem uma história, um passado, e que dá continuidade a essa história num presente que se dirige para o futuro” (BISOLI-ALVES, MOREIRA, 2007, p. 196).

Historicamente a família se baseava numa relação de autoridade e depois vai modificando a sua essência e elege a cooperação e a democracia como elementos fundamentais a essa nova relação. Essa família democrática é aquela onde seus componentes participam da sua estrutura, não como subordinados ao poder econômico do “chefe”, mas enquanto membros que pertencem ao espaço de convivência mútua, cuja opinião é levada em consideração e à discussão (ROCHA; LIMA, 2012).

As autoras afirmam ainda que o idoso é o único membro que transita por essas duas realidades, o da autoridade e posteriormente a adaptação ao espaço de discussão com os seus filhos e netos.

Sarti (2007) revela que se pode pensar a noção de família como uma “categoria nativa”, ou seja, de acordo com o sentido a ela atribuído por quem a vive, considerando-o como um ponto de vista, algo subjetivo.

Para Rocha-Coutinho (2006), a família é o espaço de convivência e de trocas afetivas, onde são estruturados e reproduzidos valores, hábitos, costumes e padrões de comportamento. Constitui assim, um grupo de pessoas com características distintas, que se relacionam cotidianamente, gerando uma complexa e dinâmica trama de emoções. Biasoli-Alves e

Moreira (2007) dizem que a família é um grupo de indivíduos ligados por relações de parentesco, adoção ou aliança, socialmente reconhecido, e que apresenta diversos formatos, sendo assim uma instituição que tem características próprias.

De uma forma geral, família tem diversas definições que quase sempre levam em consideração aspectos como a afetividade, companheirismo, solidariedade, sentimentos e ações que podem ser encontrados fora dos laços consanguíneos. Então, independentemente do conceito, é uma construção social influenciada pela cultura e contexto histórico em que foi concebida, sendo uma instituição importante para a organização humana na sociedade (SOUZA; SKUBS; BRÊTAS, 2007).

Rocha e Lima (2012) apontam que os laços familiares, no sentido de elos baseados no afeto se deram bem mais tarde do que a concepção de relações familiares através da hierarquia.

É percebido na literatura e no próprio ato de existir que a família, sua estrutura e organização vem sofrendo profundas mudanças no decorrer dos anos e isto tem como consequências alterações nos papéis de seus membros e dos laços familiares, que atinge diretamente os cuidados para com os familiares idosos.

Hareven (1999, p.34) acrescenta com seus estudos que

as mudanças socioeconômicas e culturais do século passado levaram gradualmente a uma separação do trabalho de outros aspectos da vida e a um abandono da predominância dos valores familiares em favor do individualismo e da privacidade.

A família sofreu alterações em sua configuração, estrutura e organização, mas mesmo assim continua como uma referência na vida da espécie humana, pois as funções sociais desenvolvidas pela família são no sentido de que haja a vida social humana (ARAUJO, 2004). Essas várias organizações familiares apontam para o movimento de modificação social que se expressa na esfera familiar contemporânea (SANTOS, 2004).

De acordo com Ribeiro (1999, p.23 a 24) as mudanças nas práticas familiares devem ser consideradas sob o ponto de vista de que “a família, antes de ser uma estrutura rigidamente delineada, é processo, é relação, é movimento, tem ritmo próprio de apropriação dos valores, crenças, hábitos e atitudes ordenadores das relações e práticas nesta esfera, em acordo com o meio social e a época histórica”.

Fatores históricos em torno das transformações no mercado de trabalho vieram modificar os papéis exercidos exclusivamente pelas mulheres no interior das famílias do tipo tradicional (ARAUJO, 2004). Acredita-se que, entre outros motivos, a participação feminina no mercado de trabalho retira do domicílio a figura tradicionalmente convocada para o cuidado dos pais ou sogros (GIERVELD; VALK; BLOMMESTEIJN, 2001).

Mudanças históricas são profundamente significativas no curso da vida para toda a humanidade e repercutem nas famílias na medida em que seus membros passam a ocupar papéis diferenciados que as transformações na sociedade exigem (ARAÚJO, 2004).

As mudanças socioeconômicas, demográficas, de saúde e culturais afetaram a dinâmica e a estrutura das famílias em todo o mundo. Fatores como a diminuição do número de filhos, as separações, o celibato, a mortalidade, a viuvez, aumento do índice de divórcios, maior participação da mulher no mercado de trabalho, conflitos intergeracionais, contribuíram para o surgimento de novos padrões de organização da família brasileira (LEBRÃO; DUARTE, 2003; MELO, 2012).

E isto tem repercussões importantes na esfera familiar, com redução na capacidade de prestar apoio ao familiar idoso e essa fragilização do suporte familiar deu origem a uma grande síndrome geriátrica, chamada insuficiência familiar (MORAES, 2012).

Segundo Santos (2013) a mudança de perfil das famílias brasileiras, com nova configuração familiar, reduz a perspectiva de uma pessoa idosa residir em um ambiente familiar, fazendo com que, em algumas situações, ela more sozinha ou em ILPI's. É fato que os idosos na contemporaneidade não podem mais contar com uma família tão extensa para a garantia de seu bem-estar, as famílias estão mais econômicas e mais independentes (ROCHA; LIMA, 2012).

Contudo, na sociedade brasileira, tanto do ponto de vista da organização social como do legal, recai sobre a família a responsabilidade pelo cuidado para com as pessoas idosas (SOUZA; SKUBS; BRÊTAS, 2007). Melo (2012) relata que embora haja uma diversidade de arranjos familiares, a participação de família é fundamental para melhoria das condições de vida no envelhecimento.

Conforme Vitale (2007), as mudanças nos laços familiares e a vulnerabilidade que atinge as famílias demandam novos papéis e novas exigências na relação família/idoso. No Brasil, essa temática tem sido, entretanto, pouco debatida tanto nos estudos sobre as questões da família contemporânea como naqueles que pesquisam e tratam do envelhecimento.

Araujo (2004) concorda e assegura que a discussão da temática família, ainda se apresenta incipiente, principalmente no que se refere à figura do idoso, aos papéis e à posição social que este vem ocupando. Moragas (2010) explica que o estudo da velhice na família é muito recente, mas é possível identificar que a família é quem primeiramente atende as necessidades de seus membros.

De acordo com Minayo e Coimbra Jr. (2002) o envelhecimento até pouco tempo atrás era tratado somente como um problema de responsabilidade privada, da família. Entretanto, o

rápido aumento da população idosa repercutiu em diversos setores da sociedade, requerendo respostas do poder público.

O Estado garante à pessoa idosa a proteção à vida e à saúde, mas é importante esclarecer que essa responsabilidade não exime a responsabilidade da família, sendo esta o primeiro agente de socialização dos seus componentes, e a responsável pela base afetiva e material indispensável para o desenvolvimento de seus membros (MELO, 2012).

Neste sentido, Teles et al. (2014) referem que embora as modificações na estrutura familiar favorecendo o surgimento de novos tipos de arranjos familiares, a família continua sendo a responsável por oferecer a maioria dos cuidados aos idosos.

Camarano et al. (2004) enfatizam que a família é a mais direta fonte de apoio informal aos idosos, o que se verifica em situações de co-residência ou não. Os membros de uma família “se ajudam na busca do alcance do bem-estar coletivo, constituindo um espaço de conflito cooperativo, onde se cruzam as diferenças por gênero e intergeracionais” (p.137).

Segundo Moragas (2010), a família satisfaz as necessidades físicas, psíquicas e sociais de seus membros. O vínculo familiar é imprescindível diante do contexto atual, em que o individualismo, a competição, o isolamento, a solidão e a depressão são tão comuns, principalmente para as pessoas envelhecidas, que vivenciam mudanças bruscas, como a saída do mercado de trabalho, alterações orgânicas.

O apoio emocional é fundamental para a saúde mental dos idosos, porém se sabe que nos tempos atuais, por diversos motivos, nem sempre a família pode estar presente na vida do idoso na forma que eles desejam (RISSARDO et al., 2011). O estudo de Freitas et al. (2013) comprova a importância das relações intergeracionais, em que a família é vista como uma rede de apoio essencial ao idoso.

A transição demográfica, a maior longevidade e as mudanças na estrutura e nas funções da família têm consequências que refletem nas diversas esferas sociais e também nas relações humanas (HERÉDIA; CASARA; CORTELLETTI, 2007).

Pensar a família como uma realidade histórica determinada (membros, convivência, estilo de vida), é pensar que há vários tipos de famílias e com a presença de várias gerações interagindo de forma solidária ou de relações fragilizadas e conflituosas (ARAUJO, 2004).

Espera-se que a família seja uma instituição que tenha afeto e união, contudo pode haver também conflitos. Sobre isso, Coutrim et al. (2007) aponta que na convivência de diferentes gerações há distintas zonas de apoio, de solidariedade e de segurança, ao mesmo tempo em que há disputa pelo autoritarismo e imposição, invasão de privacidade, aumento de gastos que causam frequentes desentendimentos.

Debert (1999) afirma que nem sempre o fato de os idosos viverem com filhos é garantia de segurança e bem-estar. Denúncias de violência física contra os idosos são muito frequentes quando diferentes gerações convivem na mesma residência.

De acordo com Souza, Skubs e Brêtas (2007), muitas vezes a presença de idosos no lar pode ser motivo de conflitos familiares, motivados por hábitos e valores distintos entre gerações. Esse clima de conflito ao inviabilizar uma convivência harmoniosa leva o próprio idoso a optar pela institucionalização, por se perceber como incomodo para família.

Por outro lado, existem casos em que é a família que passa a perceber o idoso como um fardo. Casos de abandono, desrespeito e violência contra os idosos são frequentes, isto porque o idoso requer certa atenção e cuidado com a saúde, com o uso de medicamentos, alimentação, e no caso dos idosos de mais dependentes, cuidado com a higiene e prevenção de acidentes (MELO, 2012).

É importante compreender estas situações e todas as suas implicações, para assim avaliar as forças e as fragilidades da família, expandindo assim o conhecimento relacionado ao processo de cuidado do idoso institucionalizado e melhorar a avaliação das necessidades do idoso referentes à relação familiar (RISSARDO et al, 2011).

Dito isto, é notório que com o envelhecimento da população atrelado à mudança nos arranjos familiares se faz necessário a organização de políticas públicas que se adequem ao novo perfil demográfico da população, pensando em serviços que atendam as peculiaridades, cuidado e assistência aos idosos.

Frayssinet (2014) observa que é preciso a adoção de políticas públicas em saúde, segurança social, proteção, educação, recreação, atividades comunitárias, destinadas a população idosa. Ressalta que estas políticas deverão considerar a nova realidade das famílias que necessitam de mais apoio para cuidar de seus familiares idosos.

E assim as Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI) aparecem como apoio aos idosos, famílias e sociedade. A lei 8.842 (BRASIL, 1996), artigo 4º, parágrafo III, prioriza o atendimento do idoso pelas famílias, ao invés do asilar. Contudo, as existências dos fatores demográficos, sociais e de saúde constituem-se em causas que tendem a levar idosos a residir em ILPI's, denominação atual para o tradicional asilo (YAMAMOTO; DIOGO, 2002).

Chaimowicz e Greco (1999) concluem com seu estudo que as taxas de institucionalização não dependem somente da estrutura etária ou desenvolvimento de um país, mas de fatores culturais, grau de suporte familiar, e disponibilidade de serviços alternativos.

De forma geral, as ILPI's são locais destinados a abrigarem pessoas idosas, um serviço de proteção social especial de alta complexidade, definidas como estabelecimentos

para atendimento integral a idosos, dependentes ou não, sem condições familiares ou domiciliares para a sua permanência na comunidade de origem (BRASIL, 2005).

Born (2011) esclarece que as ILPI's têm como responsabilidades proporcionar um lar, um lugar de vida, de aconchego, de identidade e, ao mesmo tempo, um lugar de cuidados. Para Pereira et al. (2004) as ILPI's que se destinavam velhice desvalida, hoje, passaram a ter o objetivo de acolher o idoso independente do seu estado de saúde, das suas limitações, incapacidades físicas e dependência.

Essas instituições assumem a responsabilidade de cuidar quando o idoso perde seus vínculos com sua rede social e familiar, dando suporte ou assistindo suas necessidades com a finalidade de melhorar sua saúde e sua qualidade de vida (BRASIL, 2003).

A procura por instituições que prestam assistência e auxílio ao idoso parte das famílias que vivem problemas cotidianos relacionados principalmente a convivência e dos idosos que demandam atenções decorrentes de problemas que vão desde agressões, fatores econômicos insuficientes para a sua manutenção, alimentação, maus tratos familiares e sociais (ARAÚJO, 2004).

Pollo e Assis (2008) complementam expondo que as ILPI's se configuram como importante aliado neste cenário de famílias que não conseguem dar suporte para seus entes idosos, ou a situações marcadas pelo conflito familiar que resultam na procura, pela família, ou, às vezes, até pelo próprio idoso, pela institucionalização.

Mas de acordo com Souza et al. (2011) a institucionalização ainda não se constitui como uma prática comum em nossa sociedade. Khoury et al (2009) explicam que no Brasil, ainda permanece viva a memória social de uma época em que os asilos pouco se diferenciavam dos manicômios, por isso são percebidos como um tabu, um local de exclusão, de isolamento, depósito de idosos abandonados, isto é, um local temido.

Outro fator que faz com que a institucionalização não seja bem vista é a expectativa do idoso em ser cuidado por seus familiares. Como nos achados de Silva e Vásquez-Garnica (2008), que pesquisando sobre o cuidado não familiar aos idosos obtiveram como resultado que as expectativas dos idosos estavam em serem cuidados por seus filhos na velhice e essa expectativa é compartilhada pelos anciãos das mais diversas culturas em todo o mundo. Na pesquisa, os idosos avaliaram negativamente os cuidados formais que não são realizados por familiares, entre eles a institucionalização, que tem implicações para as políticas sociais sobre o envelhecimento.

É frequente lermos em estudos que o idoso institucionalizado constitui, em sua maioria, um grupo privado de seus projetos à margem do convívio social, que é de onde

provêm o receio e os tabus por parte deles sobre a institucionalização. Mas se faz necessário destacar que esse pensamento vem mudando, e a procura espontânea de idosos para residir em ILPI vem aumentando, isto se deve a mudança de organização e da dinâmica de funcionamento destas instituições, não mais focando em idosos doentes e sim em idosos ativos e estimulando a qualidade de vida através de equipes multiprofissionais, suprimindo lacunas que refletem na satisfação de seus residentes.

Essa mudança é importante e imprescindível para a sociedade, como concluiu Almeida e Rodrigues (2008) é necessária e urgente a criação de instituições para a terceira idade que sejam verdadeiros lares para idosos, onde eles realmente sintam-se em paz e tranquilos, e para isso há de reconhecer e definir prioridades a favor dos idosos.

Para mudar o legado histórico que a institucionalização de idoso carrega é necessário esforço e dedicação para reestruturação e reorganização dessas instituições, inserindo serviços e pessoas especializadas na área da Geriatria e Gerontologia, envolvendo os idosos em participação de programas de qualidade de vida, para assim, gradualmente, incorporar na sociedade a referência das ILPI's ao cuidado e atenção à saúde dos idosos (MICHEL, 2010).

No Brasil não há dados estatísticos disponíveis (atualizados) acerca do número e tipo de instituições para idosos, assim como do número de idosos institucionalizados e suas característica (KHOURY et al, 2009).

Estimativas com base no Censo Demográfico Brasileiro 2000 (BRASIL, 2003) apontam que menos de cem mil idosos residiam em domicílios coletivos destinados a este público, o que não cobria 1% da população idosa daquele ano.

Mazza e Lefevre (2004) acreditam que quando a família ou o idoso procuram uma ILPI como local para residir estão em busca de um ambiente que ofereça cuidados e companhia, um espaço de convivência e socialização, já que no domicílio isto não é possível (PERLINI; LEITE; FURINI, 2007).

A respeito da importância da família para o idoso institucionalizado, Oliveira et al. (2006a) defendem que mesmo estando dentro de uma instituição asilar, o ambiente familiar é crucial para o indivíduo idoso, uma vez que o vínculo familiar possibilita aos idosos manterem-se próximos ao seu meio natural, preservando assim sua identidade e valores.

Moragas (2010) acredita que a vida independente, sem a presença dos membros da família, é desaconselhável para o bem-estar físico e psíquico. O fato é que não necessariamente a coabitação, mas a presença, o apoio, e o convívio saudável com familiares são imprescindíveis para um envelhecimento satisfatório.

Michel (2010) incentiva à manutenção dos vínculos familiares e observa que há construção de novos laços culturais na convivência institucional. São citados para contribuir com isso, as atividades grupais, que permitem aos idosos expressar e compartilhar o que acreditam a respeito dos mais variados aspectos de suas vidas, inclusive da vivência deles na ILPI.

Conforme Herédia, Casara e Cortelletti (2007), a presença física por si preenche um espaço e supre necessidades e no caso de impossibilidade da presença física, recursos podem de alguma forma aproximar, através de algum tipo de comunicação como telefonema, carta, e-mail. Esses elementos são facilitadores do estabelecimento e fortalecimento dos vínculos de afeto, base de sustentação e de equilíbrio da estrutura da família.

No entanto, alguns familiares após a institucionalização do idoso, não se preocupam em visitá-lo rotineiramente; delegam os cuidados aos profissionais da instituição (PAPALÉO NETTO, 2000). Conclui-se que a institucionalização dos idosos além de poder levar à diminuição na autonomia, perda de identidade, pode também fragilizar vínculos com familiares e amigos (TOMASINI; ALVES, 2007).

Perlini, Leite e Furini (2007) verificaram que no início da internação os idosos recebiam muitas visitas de parentes, amigos ou de pessoas da comunidade, porém, à medida que o tempo se passava as visitas diminuía, mostrando a fragilização dos laços familiares com o processo de institucionalização.

Analisando a relação das famílias com idosos institucionalizados, Riscart, Mustelier e González (2006) concluíram que a relação existente entre os familiares e idosos institucionalizados poderia ser melhor, pois somente uma pequena parte da população não tinha família e metade tinha quantidade importante de familiares que poderiam visita-los, contudo, poucos idosos recebiam visitas semanais.

De acordo com Santos (2007) a fase inicial de adaptação do processo de institucionalização pode ser marcada pela dificuldade do idoso em estabelecer novas relações interpessoais, pela atitude passiva e o isolamento defensivo, mas a tendência deste processo é que a instituição seja considerada como local de amparo e acolhimento.

No entanto, a adaptação depende de sentimentos subjetivos. No estudo de Carmo et al. (2012), por exemplo, foi constatado que alguns idosos percebem a ILPI como um lar enquanto outros a consideram apenas como um local de moradia destinado a cuidar de indivíduos doentes.

A percepção sobre a institucionalização depende de fatores pessoais vivenciados ao longo da vida e fatores que levam a optar por essa moradia, alguns exemplos são: ficar viúvo

ou morar sozinho (ARAÚJO; CEOLIM, 2008), não ter família, a falta de recursos financeiros suficientes, o celibatismo, a viuvez e o fato de não terem filhos, ou, quando os tem, estes residirem distantes (CALDAS, 2002).

O tópico seguinte se debruça sobre a importância de investigar a autopercepção de saúde do idoso, ainda relacionando ao processo de institucionalização.

5 PERCEPÇÃO DE SAÚDE DO IDOSO

Como já mencionado, o processo de envelhecer se constrói dinâmico e progressivo, ocasionando mudanças morfológicas, funcionais e bioquímicas, podendo interferir na capacidade de adaptação do indivíduo ao meio social em que está inserido, tornando-o mais propenso a doenças e afetando sua qualidade de vida (STHALL; BERTI; PALHARES, 2011).

Já foi exposto também que com o avanço da idade e suas limitações, os idosos acabam por perder, aos poucos, funções previamente definidas, o que se agrava com o fato de atualmente o funcionamento familiar muitas vezes não ser harmônico, o que pode contribuir para o surgimento de doenças nos diferentes membros familiares, em especial nos idosos (BRASIL, 2006).

Logo, os idosos são um grupo populacional bastante consumidor de cuidados de saúde pelas vulnerabilidades inerentes ao processo de senescência e aos inadequados mecanismos de suporte existencial e social, com raízes na matriz familiar atual e na especificidade dos problemas que os caracterizam (COSTA, 2006).

A saúde biopsicossocial é o principal objeto de preocupação do idoso e dos profissionais de saúde que trabalham com esta população, uma vez que há aumento da fragilidade, diminuição da sua capacidade funcional e, por conseguinte, o aumento de dependência.

Contudo, o significado de saúde é subjetivo e complexo, está relacionado a recursos pessoais, sociais e capacidade física, e condicionado a vários fatores, dentre eles: paz, abrigo, alimentação, renda, educação, recursos econômicos, ecossistema estável, recursos sustentáveis, equidade e justiça social (BACKES et al, 2009).

Podem ser citados, por exemplo, alguns fatores de riscos relacionados à saúde: obesidade, sedentarismo, stress, consequências de gestações repetidas, depressão, pressões ligadas aos papéis sociais, excesso de consumo de álcool, tabagismo, maior exposição a situações de violência, acidentes e riscos ocupacionais (RESTREPO, 1993; GOMES; TANAKA, 2003). Atualmente o foco deve ser na promoção da saúde e esta não se expressa por conceitos precisos e mensuráveis (BACKES et al, 2009).

Sobre a medição do estado de saúde, Bowling (1995) garante que a maioria dos instrumentos desenhados e orientados para este fim são capazes de avaliar a percepção que cada indivíduo tem de momentos anteriores da sua vida e, baseada nas suas experiências e expectativas.

A propósito da percepção do estado de saúde, Cavelaars et al. (1998) relatam que um fator importante nesta análise é que ela pode variar de acordo com as experiências sociais de cada indivíduo e com a disponibilidade dos serviços sociais e de saúde. Além de estar associada ao desempenho dos papéis sociais e fatores de risco a que os indivíduos estão expostos, o que afeta, diretamente, a qualidade de vida (BOLTANSKI, 1989; LEPARGNEUR, 1999).

Ressalta-se a importância de avaliar e conhecer a autopercepção dos idosos em relação a saúde. Esta autopercepção de saúde associa-se fortemente com o estado real ou objetivo de saúde das pessoas e pode ser encarada como uma representação das avaliações objetivas de saúde (APPELS et al, 1996). E pode contemplar aspectos da saúde física, cognitiva e emocional (OFSTEDAL et al, 2002).

Ferreira (2011, p.14) destaca que “é importante conhecer como as pessoas idosas percebem a sua própria saúde, porque esta concepção influencia na vivência do seu cotidiano, de maneira a que se possa canalizar as diretrizes dos cuidados prestados”.

Deste modo, a autoavaliação da saúde percebida torna-se relevante, considerando que pode refletir na comparação que os idosos fazem entre suas condições reais e suas expectativas quanto à saúde, com base em valores pessoais e sociais (CHENG; FUNG; CHAN, 2007).

A autoavaliação está diretamente relacionada com a percepção subjetiva de saúde que se configura como a interpretação pessoal que os indivíduos fazem de sua própria saúde, e está diretamente dependente das experiências pessoais, dos objetivos e dos mecanismos que as pessoas utilizam para lidar com decepções e fracassos, podendo ainda estar relacionada com as condições físicas e com o comprometimento funcional do sujeito (FONSECA et al, 2010; FREITAS et al, 2010; DESALVO; MUNTNER, 2011).

O levantamento das informações relacionadas a percepção de saúde proporciona o entendimento do papel da autoavaliação do estado de saúde, servindo como referência para fundamentar programas na promoção à saúde, no diagnóstico e acompanhamento de possíveis intervenções que venham a ser desenvolvidas a grupos etários mais avançados (SILVA et al, 2012).

Para Borim, Barros e Neri (2012) a autoavaliação da saúde tem sido amplamente utilizada como indicador de bem-estar individual e coletivo, além de ser empregada também como um forte precedente de morbidade, incapacidade, depressão, inatividade e mortalidade, especialmente entre idosos.

Bez e Neri (2014) afirmam que essa avaliação é considerada confiável para utilização em inquéritos populacionais e em pesquisas gerontológicas. Sendo um preditor do nível individual de bem-estar, e pode influenciar a motivação e a qualidade de vida durante o processo de envelhecimento.

Estudos mostram que a autoavaliação subjetiva do estado de saúde tem recebido considerável atenção como um indicador que tem sido largamente utilizado por ser uma variável simples de ser obtida, com o potencial de sintetizar uma complexa interação de fatores envolvidos na saúde do idoso (KIVINEN; HALONEN; ERONEN; NISSINEN, 1998; DESALVO; MUNTNER, 2011).

Vintém (2008) fala sobre a autopercepção do estado de saúde como importante indicador porque mede a percepção subjetiva do estado físico e mental, independente das interpretações dos sintomas. E analisar a percepção que as pessoas têm da sua saúde vem se destacando no âmbito da investigação, uma vez que permite indiscutivelmente uma melhor concepção das reais necessidades das pessoas e, por conseguinte, uma intervenção por parte dos profissionais de saúde mais assertiva (FERREIRA, 2011).

Esta é uma variável não utilizada na clínica, mas muito utilizada em trabalhos científicos devido à sua forte associação com mortalidade, morbidade e uso de serviço médico. Ela tem mostrado associação com mortalidade independente de doenças crônicas referidas e fatores socioeconômicos, sendo essa associação mais forte que qualquer outra variável objetiva (BEZ; NERI, 2014).

Embora a mensuração do estado de saúde subjetivo seja bastante difícil, já que engloba diversos aspectos da vida do indivíduo, a autopercepção de saúde tem se mostrado um método confiável, e, recentemente, mais utilizado do que a observação direta para a análise desse aspecto (BAILIS; SEGALL; CHIPPERFIELD, 2003).

Os significados e percepções dos indivíduos são estudados pela ciência dos fenômenos, a Fenomenologia. Gomes et al. (2008) referem que este estudo se detém na análise do puramente vivido ou experimentado, tanto os objetos como os atos da consciência, sejam intelectivos, volitivos ou afetivos.

A escuta às próprias pessoas que vivenciam as suas realidades nos respectivos contextos é importante para conhecer a sua percepção de saúde de forma mais consistente. No caso dos idosos institucionalizados, o estudo de Ferreira (2011) detectou que a maior parte dos entrevistados designa, em geral, como “aceitável” ou “fraca” a sua percepção da saúde, tendo relação significativa com a saúde dos seus pares, essencialmente quando se abordam

itens relacionados com aspectos físicos, e, não havendo relação com as instituições para idosos

Já Freire Júnior e Tavares (2005) consideram aspectos sócio familiares, afirmam que muitos encontram-se afastados da família, da casa, dos amigos, das relações nas quais sua história de vida foi construída. Isto associado às marcas e sequelas das doenças crônicas não transmissíveis podem acarretar exclusão e isolamento social, fragilizando a qualidade de vida.

O estudo de Martins et al. (2007) mostra que os idosos referem intensos sentimentos de dor ocasionados pelo desinteresse da família. Alguns explicitam a tristeza de terem sido desprezados por seus familiares; outros acabaram perdendo o contato com a maioria dos membros da família.

Em uma perspectiva comparativa entre idosos residentes em ILPI e em seus domicílios, o estudo de Oliveira et al. (2006b) percebe que o grupo de idosos institucionalizados apresentou mais sintomas de ansiedade (classificação grave), depressão (leve) e desesperança (leve).

Silva et al. (2007) relatam que algumas circunstâncias sociais oferecem risco ao rompimento de vínculos afetivos e ao isolamento social e isto repercute em reações nos indivíduos como medo, tensão, tristeza, angústia, desespero, insegurança.

Casara (2009) complementa afirmando que a institucionalização pode ser entendida como abandono e pode provocar um estado emocional de desamparo, solidão, exclusão. Sentimentos que advêm pelo fato de a pessoa estar afastada fisicamente da família ou das pessoas de convívio próximo, privado de suas relações de afeto, o que o leva a experiências de solidão pelo isolamento social e emocional.

Rissardo et al. (2011) revelam que os idosos institucionalizados se sentem sozinhos e angustiados por terem pouco contato com seus familiares, porém muitos atribuem a si mesmos a responsabilidade pela ausência da família, citando que não se preocuparam em constituir casamento ou ter filhos na juventude, o que hoje lhes causa arrependimento.

Na literatura existente não foram encontrados estudos que relacionem a percepção de saúde de idosos com a variável “afastamento do convívio familiar”. Porém, foi possível encontrar vários estudos sobre a percepção do estado de saúde em diversos contextos, como pessoas em diferentes fases do ciclo de vida e com características específicas, e relacionadas com outras variáveis.

Uma série de estudos desenvolvidos em outros países tem pesquisado a autoavaliação de saúde em pessoas idosas, mas no Brasil, poucos estudos de base populacional analisaram esse indicador especificamente nesta população (LIMA-COSTA; FIRMO; UCHÔA, 2004;

LEBRÃO; LAURENTI, 2005; ALVES; RODRIGUES, 2005) havendo vários aspectos da saúde subjetiva desse segmento etário dos brasileiros ainda por investigar.

Acredita-se que conhecer os aspectos envolvidos na percepção da saúde pode revelar os subgrupos mais vulneráveis de idosos e subsidiar os serviços de saúde nas iniciativas de promoção de melhor qualidade de vida e saúde (BORIM; BARROS; NERI, 2012).

A seguir é tratado da metodologia construída para esta pesquisa realizada com idosos institucionalizados.

6 METODOLOGIA

6.1 CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO

Este estudo é descritivo e foi realizado em Belém/PA no período de março a junho de 2015, fundamentado em uma abordagem qualitativa atrelada à perspectiva fenomenológica. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal do Pará, sob registro de número CAAE 42360815.9.0000.0018.

6.2 LOCAL DE COLETA DE DADOS

A pesquisa foi realizada em duas Instituições de Longa Permanência (ILPI's) para idosos em Belém/PA. A Associação da Pia União do Pão de Santo Antônio, instituição fundada em janeiro de 1930, da qual a pesquisadora compõe a equipe multiprofissional, formada por médico, enfermeiro, técnicas de enfermagem, assistente social, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, educadora física e nutricionista.

É uma entidade filantrópica que acolhe idosos a partir de 60 anos, abrigados por motivos diversos (iniciativa própria, da família ou do responsável pelo idoso; inexistência de vínculos familiares; conflitos familiares; abandono familiar; transferência de outras Instituições; determinação da Promotoria do Idoso). Durante o período de coleta de dados a Instituição abrigava aproximadamente 90 idosos, sendo a maioria mulheres, em diferentes graus de dependência vinculada à capacidade funcional do idoso.

A outra instituição foi o Abrigo Lar da Providência, de cunho público, sob a responsabilidade da Secretaria de Assistência Social, Trabalho e Renda do Governo do Pará. Fundada em maio de 1981, tinha como proposta inicial ser uma pensão que recebia idosos que alugavam suítes, contudo com a extinção do Abrigo Público Dom Macêdo Costa os idosos que ali residiam foram realocados para o Lar da Providência, o tornando uma Unidade de Atendimento da Pessoa Idosa do Estado.

A Unidade conta com equipe multidisciplinar composta por médica, enfermeiras, técnicos de enfermagem, nutricionistas, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais, psicólogos e técnica em educação. Abriga idosos sem referência familiar e que sofreram maus tratos por seus familiares, encaminhados via Ministério Público ou em situação de vulnerabilidade social. Durante o período de coleta de dados acolhia exatos 61 idosos, destes 32 homens e 29 mulheres, em diferentes graus de dependência funcional.

6.3 PARTICIPANTES

Os participantes deste estudo foram 26 idosos institucionalizados, sendo seis homens e 20 mulheres, 12 da ILPI “Pão de Santo Antônio” e 14 da ILPI “Lar da Providência”, em grau de dependência I e II de acordo com a Resolução 283/05 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, sendo respectivamente, idosos independentes mesmo que requeiram uso de equipamentos de autoajuda e dependentes em até três atividades de autocuidado para a vida diária (alimentação, mobilidade, higiene, sem comprometimento cognitivo ou com alteração cognitiva controlada).

Todos manifestaram seu aceite em participar da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A).

Como a autora já tinha contato e conhecimento prévios com os idosos e das relações familiares na ILPI “Pão de Santo Antônio” os participantes foram selecionados obedecendo os critérios de inclusão, a partir do histórico familiar e disponibilidade para conversar sobre o tema. Na ILPI “Lar da Providência” a seleção foi intermediada pela equipe técnica após breve explicação sobre o projeto de pesquisa e a partir da empatia entre pesquisadora-idoso.

O número de sujeitos foi definido por inclusão progressiva e interrompido por critério de saturação, “ou seja, quando as concepções, explicações e sentidos atribuídos pelos sujeitos começam a ter uma regularidade de apresentação” (DESLANDES, 2013, p.48).

Os critérios de exclusão da pesquisa foram:

- a) recusa espontânea em participar do estudo;
- b) idosos com grau de dependência III (dependentes na realização de todas as atividades de autocuidado para vida diária e/ou comprometimento cognitivo);
- c) não ser institucionalizado;
- d) possuir idade inferior a 60 anos.

6.4 INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO

Com o objetivo de analisar os potenciais impactos na saúde do idoso institucionalizado quanto ao afastamento do convívio familiar foram utilizados os seguintes instrumentos: a) avaliação do grau de dependência; b) questionário estruturado de caracterização do idoso; c)

roteiro para entrevista individual e; d) observação participante. O local de aplicação ocorreu nas ILPIs, em horário pré-estabelecido.

Para avaliação do grau de dependência foi utilizado o Índice de Katz (ANEXO A), escala que permite atribuir diferentes graus de independência funcional na execução de atividades diárias, incluindo seis áreas de desempenho (banho, vestir, ir ao banheiro, transferência, continência e alimentação) e para considerar o grau de dependência foi utilizado o índice de classificação modificado por Katz e Akpom (1976) (ANEXO B).

Para caracterizar os idosos foi aplicado um questionário estruturado com perguntas relacionadas à identificação, tempo e motivo da institucionalização, presença ou ausência de filhos, familiares vivos e vínculo familiar, frequência de visitas de familiares, doenças crônicas referidas, autoavaliação de saúde, e prática de exercícios físicos e lazer (APÊNDICE B).

O roteiro para entrevista individual foi elaborado para identificar os fatores relacionados ao motivo da institucionalização, entender o arranjo familiar, o significado de “família”, a relação idoso-família antes e depois da institucionalização, os sentimentos acerca do afastamento do convívio familiar e também avaliar a autopercepção subjetiva de saúde (APÊNDICE C).

As avaliações subjetivas que os idosos fazem dos apoios sociais de que dispõem explicam de forma mais satisfatória desfechos em saúde, atividade e bem-estar subjetivo do que explicações baseadas em medidas objetivas do tamanho das redes de relações, da frequência de contatos ou da proximidade geográfica de seus membros (FONTES et al, 2011).

Sobre bem-estar subjetivo, Rabelo e Neri (2006) entendem é a avaliação que a própria pessoa faz sobre sua vida a partir de seus valores e critérios pessoais. Khoury et al. (2009) referem que os diferentes conceitos de BES enfatizam aspectos da personalidade, ora herdados ou ainda uma combinação de aspectos de personalidade e circunstâncias ambientais.

Pinheiro e Freitas (2006) alertam que a saúde é resultado da soma de diversos fatores, portanto, para um envelhecimento saudável, o bem-estar subjetivo não deve ser desconsiderado.

A observação participante deu-se em uma das instituições através da atuação profissional da pesquisadora com convívio, trabalho e conhecimento prévio dos aspectos biopsicossociais dos idosos envolvidos no estudo, e na outra instituição por meio da observação, participação e interação em grupos terapêuticos ocupacionais, o que viabilizou uma coleta de dados refinada e comprometida pela relação de confiança estabelecida antecipadamente com os idosos.

6.5 ESTUDO PILOTO

6.5.1 Aplicação dos instrumentos

Previamente à coleta de dados, realizou-se um estudo piloto, visando o aprimoramento e ajustes dos instrumentos de avaliação. A coleta de dados foi toda realizada pela autora. O estudo piloto ocorreu na ILPI “Abrigo Lar da Providência”, no período de fevereiro e março de 2015, com a participação da autora em grupos terapêuticos ocupacionais com objetivo de estabelecer vínculos com os idosos, e na oportunidade foram entrevistados três idosos recém-chegados na instituição, os participantes responderam ao questionário e à entrevista sozinhos.

A execução do estudo piloto foi importante, uma vez que este fez com que a autora atentasse e optou pela eliminação do critério de exclusão do projeto de pesquisa “tempo de moradia inferior a um ano em ILPI”, visto que as percepções de saúde e de convivência com a família podem alterar com o tempo em que o idoso se encontra institucionalizado. E ainda, com a ajuda da banca de qualificação deste projeto, se percebeu a necessidade de rever e alterar os instrumentos de coleta de dados, principalmente porque os questionamentos estavam limitando as respostas obtidas.

Previamente foram realizados alguns esclarecimentos acerca da pesquisa mediante a apresentação do Termo de Consentimento em participar da pesquisa. A pesquisadora foi bem recebida pelos entrevistados e a comunicação deu-se com facilidade, apesar de alguns idosos inicialmente apresentarem resistência para falar de seus aspectos familiares, devido à violência sofrida, medo, tristeza por estar longe e vergonha de contar suas histórias. Mas depois de conversa informal e explicações sobre os objetivos da pesquisa e da confidencialidade garantida, os idosos sentiram-se mais confortáveis e responderam às perguntas. O tempo médio de entrevistas com cada participante foi de 50 minutos.

6.6 COLETA DE DADOS

6.6.1 Aspectos éticos

Para a realização dessa pesquisa, foram cumpridos os princípios éticos de acordo com a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Os envolvidos no estudo assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A). A participação nessa pesquisa foi de forma voluntária, podendo os envolvidos, em qualquer momento, optar pela não participação.

6.6.2 Procedimentos de coleta de dados

Primeiramente foi realizada leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), esclarecimentos a respeito dos objetivos e metodologia da pesquisa. Em seguida foi avaliado o Índice de Katz, através de conversa informal, com objetivo de saber se o idoso seria elegível para o estudo, e após foi assinado o TCLE, para assim dar continuidade na coleta de dados.

Posteriormente foi aplicado o questionário de caracterização do idoso e realizada a entrevista individual, sendo que esta última teve como forma de registro a gravação do áudio, com autorização do idoso, para posteriormente o conteúdo ser transcrito, preservando a identificação direta dos sujeitos.

As informações observadas através da comunicação não verbal foram descritas em diário de campo. Segundo Feil (1995), o diário de campo é o instrumento pelo qual o pesquisador registra, descreve os dados, toma novas decisões e produz conhecimentos, por meio dele o pesquisador resgata e constrói a história do grupo, relaciona implicações teóricas e define alternativas de intervenção.

6.7 TRATAMENTO DE DADOS

Os dados coletados pelo questionário de caracterização do idoso foram organizados em tabelas: a) Caracterização social dos idosos; b) Características relacionadas a institucionalização dos idosos; d) Caracterização sobre família e relações familiares dos idosos; e) Percepção de saúde dos idosos.

O material coletado através das entrevistas individuais e também a comunicação não verbal foi analisado qualitativamente através da técnica de Análise de Conteúdo (BARDIN, 2002) atrelado ao estudo fenomenológico. A opção por essa análise deve-se ao fato deste método permitir a operacionalização no tratamento dos dados e, conseqüentemente, a sistematização, análise e interpretação de caráter qualitativo, considerando o conteúdo expresso e os significados no contexto das falas dos sujeitos, através de expressões verbais e não verbais.

Minayo (2006) destaca que este método ultrapassa o alcance meramente descritivo da mensagem, atingindo, mediante inferências, interpretações mais profundas. Neste sentido, a fenomenologia auxilia buscando explorar os fenômenos, descrevendo-os de forma profunda

para entender, interpretar e desvelar o sentido do que se pretende estudar, preocupando-se em valorizar o ser humano nas características do existir e explicar as estruturas em que a experiência se verifica (OLIVEIRA E SILVA; LOPES; DINIZ, 2008).

Após a transcrição das entrevistas, o procedimento de análise seguiu etapas. Inicialmente foi realizada leitura do material coletado, em seguida foram definidas e categorizadas as unidades de análise, e finalizou-se com a análise e articulação dos resultados com a literatura disponível na área, permitindo tecer comentários, análises, reflexões e sugestões a respeito da realidade estudada.

7 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

Para apresentação da análise dos dados foram criadas quatro unidades assim intituladas: a primeira chama-se “Caracterização dos idosos”; a segunda “Institucionalização: vontade ou necessidade?”; a terceira “Família e subjetividade”, estando subdividida em dois sub-tópicos, “Significado de família a partir da experiência e relações familiares” e “Convívio familiar: concepções pessoais e sentimentos”; e a quarta e última “Percepção subjetiva de saúde dos idosos”, subdividida em “Percepção de saúde, institucionalização e convivência familiar”.

A fim de garantir o anonimato dos sujeitos da pesquisa, pensando que um dos aspectos deste estudo é o afeto como base do convívio familiar, os participantes foram denominados por sentimentos que remetem positividade.

7.1 CARACTERIZAÇÃO DOS IDOSOS

Nesta unidade é apresentada a caracterização dos idosos que compuseram este estudo, quanto a características sociais, laborais, relacionadas à institucionalização e a família, sobre a percepção de saúde e a participação em atividades físicas e de lazer. A tabela 1 descreve o perfil das características sociais dos idosos institucionalizados que aceitaram participar deste estudo.

Dos 26 idosos entrevistados, 20 foram do sexo feminino, o que vai de acordo com Giddens (2004, p.167) que reconhece que “o envelhecimento é um fenômeno de gênero. As mulheres tendem a viver durante mais tempo do que os homens, fazendo da terceira idade uma idade altamente feminina”.

A maioria dos idosos entrevistados é independente para realização de suas atividades diárias (16), sendo solteiros (12), viúvos (12) e divorciados (2). 50% dos idosos afirmaram ter filhos e foi percebido que a escolaridade destes idosos é baixa, visto que 13 não completaram o ensino fundamental e 9 não são alfabetizados, o que influenciou nas profissões exercidas por estes idosos, como: doméstica, agricultura, babá, padeiro, vigilante, cozinheira, pescador, seringueiro, caminhoneiro.

Este achado concorda com a pesquisa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas² que afirma que a escolaridade dos idosos brasileiros é considerada baixa: 30,7% tinham menos de um ano de instrução. Oliveira (2011) notou que 50% da população idosa no Brasil possui apenas o primeiro grau (cursaram somente da 1ª a 8ª série), 26% conseguiram completar o 2º grau, e somente 12% concluíram o ensino superior.

Quanto à descrição das idades, a média de idade de todos os idosos participantes é de 77,54 anos. Na ILPI “Pão de Santo Antônio” a média de idade é de 83,75 anos, sendo a idade mínima de 67 e máxima 95 anos, e na ILPI “Lar da Providência” a média de idade é de 72,21 anos, sendo a idade mínima de 62 e máxima de 82 anos.

A idade é um importante determinante da autopercepção de saúde e as chances de os idosos relatarem saúde negativa são maiores em grupos etários mais longevos, e declinam com o avançar da idade (ALVES; RODRIGUES, 2005).

Tabela 1: Caracterização social dos idosos

Caracterização social		Pão de Santo Antônio		Lar da Providência	
		n	%	n	%
Sexo	Feminino	10	83,3	10	71,4
	Masculino	2	16,7	4	28,6
Grau de dependência	Independente	7	58,3	9	64,3
	Semi-dependente	5	41,7	5	35,7
Faixa etária	60 – 69	1	8,3	3	21,4
	70 – 79	3	25	8	57,1
	80 e +	8	66,7	3	21,4
Grau de escolaridade	Não alfabetizado	4	33,3	5	35,7
	Ensino fundamental incompleto	6	50	7	50
	Ensino fundamental completo	1	8,3	1	7,1
	Ensino médio incompleto	1	8,3	1	7,1
Estado civil	Solteiro	5	41,7	7	50
	Casado	0	0	0	0
	Viúvo	7	58,3	5	35,7
	Divorciado	0	0	2	14,3
Filhos	Sim	5	41,7	8	57,1
	Não	7	58,3	6	42,9

²Fonte: Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira. IBGE, 2010, p. 192. Site: <http://censo2010.ibge.gov.br/>

Sobre a institucionalização, o tempo médio de moradia em ILPI é de aproximadamente 5,65 anos, sendo que nove idosos estão institucionalizados a mais de cinco anos, o maior tempo é 20 anos e o menor de 5 meses.

Luz e Silva Filho (2015) observaram que idosos que estão institucionalizados há menos de um ano demonstraram razão de prevalência de sintomas depressivos quatro vezes maior do que os que vivem há um ou mais anos na instituição, e atrelou isto caracterizando o primeiro ano como período de adaptação ao processo de institucionalização.

Em relação aos motivos que os levaram para as instituições na ILPI “Pão de Santo Antônio” 41,7% dos idosos relataram iniciativa própria e outros 41,7% incentivo dos familiares, apenas um idoso falou em conflito familiar. Já na ILPI “Lar da Providência” 57,1% apontou como motivo da institucionalização vulnerabilidade social, alegando ausência de vínculos familiares ou de local para residir e falta de recursos financeiros para se manterem dignamente, além de serem citados casos de violência familiar (2) e rejeição da família (1).

Observando a tabela 1 é possível notar que os idosos da ILPI “Pão de Santo Antônio” encontram-se em uma faixa etária maior, 66,7% estão com mais de 80 anos, enquanto que na outra ILPI apenas 21,4% estão nessa faixa de idade. Sobre isso, especulo a respeito da relação entre idade e motivo da institucionalização dos idosos entre as duas ILPI's, visto que na ILPI “Lar da Providência” a ida para a instituição acontece de forma mais compulsória e talvez por esse motivo a faixa etária dos idosos seja menor.

Neste sentido, no estudo de Neves (2012) sobre causas e consequências da institucionalização de idosos, a autora conclui que o fato dos idosos irem para a instituição contra a vontade ou, por algum motivo, de forma obrigatória pode acarretar em agravamentos de saúde.

Faz-se necessário destacar a relação entre fatores sociais, culturais e econômicos com a percepção de saúde, uma vez que a percepção da própria saúde pode ser fortemente influenciada por contextos sociais e culturais que estão relacionados com a crença sobre saúde, a percepção e a motivação que se tem sobre a realidade (FRANKS; GOLD; FISCELLA, 2003; BEZERRA et al, 2011).

Tabela 2: Características relacionadas a institucionalização dos idosos.

Institucionalização		Pão de Santo Antônio		Lar da Providência	
		n	%	n	%
Tempo	Menos de 12 meses	2	16,7	3	21,4
	12 a 36 meses	5	41,7	5	35,7
	37 a 60 meses	2	16,7	0	0
	Mais de 60 meses	3	25	6	42,9
Motivos	Conflitos familiares	1	8,3	0	0
	Incentivo/vontade dos familiares	5	41,7	0	0
	Iniciativa própria	5	41,7	3	21,4
	Iniciativa de amigos	1	8,3	0	0
	Rejeição da família	0	0	1	7,1
	Vulnerabilidade social (sem referência familiar e local para morar)	0	0	8	57,1
	Violência familiar	0	0	2	14,3

A respeito de família, 21 idosos afirmaram ter familiares vivos. Todos os 12 participantes da ILPI “Pão de Santo Antônio” relataram ter vínculo e receber visita de seus familiares, já na outra ILPI apenas dois disseram possuir vínculo familiar, no entanto sete idosos alegaram receber visita de familiares, neste ponto ressaltar que os idosos responderam considerando como família amigos próximos, que não são suas famílias consanguíneas, mas são “família do coração”, e este tipo de família foi mencionado ao longo das entrevistas.

Os dados quanto à caracterização de família e relações familiares (tabela 3) alertam para importante diferença sócio familiar entre as duas ILPI's, evidenciando que fatores sociais, mais especificamente escolaridade e motivo da institucionalização citados anteriormente, possuem relação estreita com a autopercepção de saúde que os idosos de cada instituição declararam (tabela 4).

Sobre isso, como exemplo, cito o vínculo e relacionamento que os idosos homens alegaram ter com seus filhos, onde é possível observar diferença interessante entre as duas instituições.

Os dois homens da ILPI “Pão de Santo Antônio” afirmaram ter filhos e que recebem visitas frequentes de seus familiares, principalmente de seus filhos, e que possuem relação boa com eles. Já dos quatro homens da ILPI “Lar da Providência”, três deles acenaram ter filhos, mas que não possuem vínculo familiar, além de referirem conflitos com os filhos, sendo que para dois idosos este é um dos motivos elencados para a institucionalização.

Tabela 3: Caracterização sobre família e relações familiares dos idosos.

Características da família		Pão de Santo Antônio		Lar da Providência	
		n	%	n	%
Familiares vivos	Sim	10	83,3	11	78,6
	Não	0	0	2	14,3
	Não sabe	2	16,7	1	7,1
Quantidade aproximada	1 a 10	3	30	11	100
	11 a 20	3	30	0	0
	Mais de 20	4	40	0	0
Vínculo familiar	Sim	12	100	2	14,3
	Não	0	0	12	85,7
Recebe visita	Sim	12	100	7	50
	Não	0	0	7	50
Se sim, frequência	Semanalmente	4	33,3	0	0
	Pelo menos 3 vezes por mês	5	41,7	2	28,6
	Quando solicitado pela instituição	0	0	0	0
	Raramente	3	25	5	71,4
Vai visitá-los	Sim	6	50	3	21,4
	Não	6	50	11	78,6
Se sim, frequência	Semanalmente	0	0	0	0
	Pelo menos 3 vezes por mês	0	0	0	0
	Quando solicitado pela instituição	2	33,3	0	0
	Raramente	4	66,7	3	100

Várias doenças crônicas foram referidas pelos idosos, as mais citadas foram: hipertensão arterial (18), osteoporose (11), diabetes (7), artrite (6). E também foram citadas: labirintite, doenças cardíacas, reumatismo, alergias, glaucoma, ansiedade, neuropatia.

Notou-se que os homens deste estudo mencionaram menor número de doenças, sendo que dois deles não referiram nenhuma e os outros quatro citaram apenas hipertensão arterial, diabetes e/ou reumatismo. Apesar desta alusão positiva, apenas um idoso avaliou a saúde como boa e disse estar satisfeito com sua condição de saúde.

Para essa possível falta de interesse dos homens em relação a saúde dentre os motivos que podem ser apontados são: a existência de um modelo masculino desfavorável à manutenção da saúde dos homens e práticas culturais sobre o masculino que acabam afastando os homens dos cuidados com sua saúde (COSTA-JÚNIOR; MAIA, 2009). Mas lembra-se que a ausência de vínculo familiar e/ou conflitos intrafamiliares também podem influenciar no cuidado e na avaliação de saúde.

Foi apontado acima que os idosos deste estudo possuem escolaridade baixa, e Ramos (2007) observou que os indivíduos de segmentos sociais mais desfavorecidos, principalmente com menor escolaridade, apresentaram pior autoavaliação de saúde.

Contudo, sobre percepção de saúde, 13 idosos avaliaram a saúde como boa e apenas 3 como ruim, 13 estão satisfeitos com sua condição de saúde, e quando comparado com a saúde de outros idosos da mesma idade 18 idosos se consideram com boa saúde.

Destaco que alguns idosos (7), ao responderem as questões de avaliação da saúde, consideraram e teceram comentários sobre suas singularidades na relação com a família, e a partir dessas explicações foi possível observar que a presença dos familiares em alguns casos não é benéfica para a saúde.

Tabela 4: Percepção de saúde dos idosos.

Percepção		Pão de Santo Antônio		Lar da Providência	
		n	%	n	%
Avaliação da saúde	Ruim	1	8,3	2	14,3
	Mais ou menos	5	41,7	5	35,7
	Boa	6	50	7	50
Satisfação com a saúde	Satisfeito	4	33,3	9	64,3
	Nem satisfeito/ Nem insatisfeito	7	58,3	3	21,4
	Insatisfeito	1	8,3	2	14,3
Comparação da saúde com outros idosos da mesma idade	Ruim	1	8,3	0	0
	Mais ou menos	2	16,7	5	35,7
	Boa	9	75	9	64,3

As ILPI's têm como objetivo dar acolhimento e assistência ao idoso, contudo pode ser um lugar que o impossibilita de contato social externo, que o restringe apenas a vida institucionalizada rompendo com os elos familiares e sociais (ARAÚJO; COUTINHO; SANTOS, 2006).

A participação dos idosos entrevistados em atividades físicas e de lazer está relacionada ao engajamento das instituições em promoverem tais atividades e no grau de dependência funcional do idoso. Foram citadas como atividades físicas de que participam: fisioterapia preventiva, caminhada e limpeza do quarto; e como atividades de lazer mencionaram festas, grupos, reuniões e passeios promovidos pelas instituições, e atividades de Terapia Ocupacional.

Figura 1: Idosos em festa junina na ILPI “Pão de Santo Antônio”



Fonte: Raphaella Loureiro (2015)

Os idosos da ILPI “Pão de Santo Antônio” participam mais de atividades físicas (91,7%) enquanto apenas 35,7% da ILPI “Lar da Providência”. Os que referiram não participar acenaram que os motivos são o fato de não gostar, limitação física e também que a instituição pouco oferece.

Das atividades de lazer participam 75% dos idosos da “Pão de Santo Antônio” e 57,1% da “Lar da Providência”, e os que alegaram não participar dessas atividades disseram que não gostam, e apontaram a limitação física como delimitador, e um idoso ponderou o fato de não ser permitido a saída da instituição (sozinho).

Relacionando, dentre outros aspectos, atividades físicas ou de lazer com depressão, um estudo realizado na ILPI “Pão de Santo Antônio” encontrou que

a prevalência de sintomas depressivos foi de 30% dos idosos, e este resultados se apresenta abaixo da média das demais prevalências, possivelmente por grande parte dos residentes da instituição residirem no local por escolha própria (42,5%), há mais de um ano e adaptados a rotina do local (92,5%), receberem visitas frequentes de familiares e amigos (47%), e considerarem a saúde boa/muito boa (50%). Considera-se também as excelentes condições oferecidas pela instituição, com boa infraestrutura, presença diária de equipe multidisciplinar, áreas de lazer e organização de atividades diárias e lúdicas (LUZ; SILVA FILHO, 2015, p.21).

Destaca-se, então, que os idosos participantes da pesquisa avaliam objetivamente a condição de saúde como boa, influenciados por fatores sociais, familiares e da condição oferecida pela instituição em que residem. Que as visitas familiares não ocorrem com frequência, mesmo para aqueles que referiram ter convívio familiar. E também que o contexto

social e organizacional da ILPI “Pão de Santo Antônio” é mais favorável em comparação com a outra ILPI, o que possivelmente influenciou na avaliação subjetiva de saúde dos idosos de cada local.

7.2 INSTITUCIONALIZAÇÃO: VONTADE OU NECESSIDADE?

Como visto anteriormente, o aumento da longevidade em nosso país tem trazido diversas questões para a gestão das políticas públicas, dentre as quais o aumento da demanda por Instituições de Longa Permanência para Idosos (POLLO, 2008).

A institucionalização é um processo que precisa ser entendido pelas ILPI's, pelas famílias e pelo próprio idoso, visto que a procura por ILPI's vem se tornando uma realidade atual, pois acolhe uma demanda maior de idosos gerada por fatores demográficos, sociais e de saúde (BENTES; PEDROSO, MACIEL, 2012).

Em países desenvolvidos a institucionalização é uma escolha para indivíduos de idade avançada e com dificuldade de se manterem independentes ou para os que necessitam de cuidados médicos. No Brasil, os cuidados aos idosos são prestados, na maioria das vezes, pela família e, na falta desta, por amigos e vizinhos. Contudo, o número de idosos que estão recorrendo à institucionalização está crescendo (CAMARGOS, RODRIGUES & MACHADO, 2011).

Amendoeira, Santarosa e Espínola (2000) citam Boechat que aponta os seguintes fatores de risco para institucionalização no Brasil: síndrome de imobilidade, múltiplos problemas médicos, depressão, demência, alta hospitalar recente, incontinência, ser mulher, ter idade acima de 70 anos, ser solteiro, sem filhos, viúvo recente, morar sozinho, isolamento social (falta de apoios sociais) e pobreza.

Corroborando com as autoras supracitadas, os idosos deste estudo ao serem questionados sobre o motivo da institucionalização mencionaram objetivamente: vulnerabilidade social, iniciativa própria, incentivo da família ou de amigos, violência familiar, conflitos e rejeição dos familiares. E subjetivamente, verbalizaram, além dos já citados, conflitos de gerações, não ter referência familiar, limitação física.

Ressalta-se que a iniciativa própria é um fator que chama atenção principalmente porque está aumentando o número de idosos que procuram voluntariamente as ILPI's. Os idosos que referiram este fator relacionaram com a ausência de família.

“Porque eu fiquei viúva, então eu achei melhor vir aqui para o abrigo. Eu não tinha casa de mais nenhum parente próximo para ficar, por isso que eu vim” (Cumplicidade).

“Eu e uma amiga, que também mora aqui no abrigo, conversamos e decidimos procurar aqui, essa casa. Eu vim porque eu quis, não queria voltar para minha casa para morar com meu marido, ele já tinha outra mulher” (Confiança).

“Eu conhecia uma senhora que já tinha morado aqui [no abrigo] e ela me contava as histórias daqui, quando meu marido morreu eu achei que seria uma boa opção para não ficar morando sozinha lá na minha casa” (Tranquilidade).

Mesmo possuindo família extensa e com aparente bom relacionamento entre os membros, o idoso “Proteção” preferiu a institucionalização em busca de tranquilidade e individualidade.

“Eu procurei um abrigo por minha vontade mesmo porque depois que fiquei viúvo, tentei viver com mais umas mulheres, mas não deu certo e eu não queria mais morar com ninguém, queria morar só eu no meu quartinho, como estou” (Proteção).

Isto porque, conforme Martins et al. (2007), os idosos relatam e sentem que a instituição acaba sendo um local de possibilidades de contato com outras pessoas, conversas, apoio médico e emocional.

A idosa “Compreensão” citou ainda o fator garantia de segurança como incentivo pela opção de residir em uma ILPI.

“Porque eu fiquei sozinha e eu achei que aqui eu estava melhor, porque fica no meio das pessoas da minha idade, eu fico despreocupada sobre assalto, de invadirem. Eu dormia preocupada e aqui durmo tranquila porque tem essa segurança” (Compreensão).

Em ILPI's são encontrados idosos em situação de vulnerabilidade social. Silva (2015) afirma que a vulnerabilidade interessa a todos que estão inseridos no universo cada vez mais amplo da Gerontologia Social, e articula o conceito fundamentalmente em duas noções: a de maior exposição a danos e também a menor facilidade em lidar com eles. Continua relatando que a vulnerabilidade é o resultado da interação entre uma “dimensão externa”, de riscos, choques e estressores a que um indivíduo está submetido, e uma “dimensão interna”, desse próprio sujeito sem defesa, carente de meios para contrapor-se aos danos.

Os idosos considerados em condição de vulnerabilidade em ILPI's são os que foram moradores de rua, em condições financeiras precárias para seu sustento, com ausência de

aposentadoria por idade ou de benefício de prestação continuada, idosos que não tem casa própria ou impossibilitados de alugar, e que não tem vínculo familiar (GOLDIM, 2002). Esta vulnerabilidade social foi percebida em falas de idosos da ILPI “Lar da Providência”.

“Eu morava de favor na casa de um senhor que eu trabalhei para ele [...] Um dia eu fui até preso por engano, sorte que eu conhecia o sargento que estava lá, e ele acreditou em mim e me ajudou [...] Eu não voltei mais para a casa. Fiquei mendigando, dormindo em cima do papelão, e fiquei um tempão nessa agonia. Aí tinha uma senhora que era muito boa, me ajudava muito, e ela pensou no meu caso e foi falar em algum lugar e um dia chegou um pessoal lá comigo e me explicaram que tinha umas casas do governo que eu poderia morar, eu fui com eles e me trouxeram para cá” (Ternura).

“Eu e ela [sua companheira] estávamos doentes. Uma moto me bateu, quebrei a perna, fiquei todo quebrado, e depois disso eu não consegui mais trabalhar e eu tinha que está vivendo pelos outros” (Esperança).

O idoso “Fé”, ainda que tendo três filhos que não moram na cidade de Belém, mas que possuem boa situação financeira (de acordo com informações da equipe técnica da instituição), declarou que o motivo de sua institucionalização:

“Foi a situação financeira. O meu salariozinho era pouco, eu pagava o empréstimo que eu fiz no banco para me tratar e só recebia R\$400,00, e pagava R\$250,00 de aluguel, mais os medicamentos, aí não sobrava quase nada para eu comer, eu estava passando necessidade. Não passava mais fome porque os vizinhos eram muito bons para mim. Aí eu falei com a assistente social e ela conseguiu um lugar para mim aqui, e eu agradeço muito. Nunca mais me faltou nada, comida remédio, tudo” (Fé).

Neste sentido, há também casos de idosos com inexistência de familiares, conflitos intrafamiliares e intergeracionais. Porto e Koller (2006) afirmam que a negligência e os maus-tratos físicos, psicológicos, emocionais e morais da família contra o idoso não é um fato novo. Minayo (2003) explica que as violências e os maus tratos contra os idosos se referem aos abusos físicos, psicológicas e sexuais; o abandono, negligências, abusos financeiros e autonegligência.

Bento, Pedroso e Maciel (2012) relatam que quando a família sai de cena por conflitos ou ausência, o idoso procura as ILPI’s buscando acolhimento e acompanhamento no seu cotidiano durante o envelhecimento, e estes idosos tendem a adaptar-se com mais facilidade a esta nova realidade.

“Eu vivia com uma tia minha que me batia e me maltratava, por isso que eu vim para cá, que eu estou aqui. Ela me batia muito, muito, muito, muito, [...] Aí um vizinho viu ela me batendo e foi dar parte dela na delegacia e logo depois eles chegaram lá, um guarda, um juiz, a promotora, para buscar ela. E ela só não foi presa por causa da idade dela [...] E estou aqui até agora, graças a Deus” (Coragem).

“Não dava para ficar na casa da minha irmã, estava uma situação muito complicada, não nos entediámos [...] Eu tentei ficar na casa do meu filho, mas o filho é da igreja universal e eu católica, não se dava bem né? Aí eu procurei a promotoria e eles conseguiram um abrigo para mim” (União).

Inicialmente o idoso “Paz” demonstrou receio e vergonha em falar sobre a violência física sofrida, mas depois contou sua história em detalhes, e ainda chamou atenção para o aspecto de conflito entre gerações.

“Foi um assalto, assalto não, foi uma agressão de uma filha e um genro [...] Aí eles me bateram, eu já estava doente da perna, me bateram, me bateram aqui, aqui, aqui (apontando para braços e cabeça). A minha filha me deu um baque no peito, ele me maltratou, estava bêbado [...] Eu morava na casa dessa bendita filha, e o filho dela mais velho, 32 anos, ele lá é o dia inteiro com a televisão vendo as coisas que não serve para a gente e no telefone namorando até três “hora” da madrugada, e aquilo me perturbava” (Paz).

A família é considerada extremamente importante na vida de seus idosos, mas o convívio entre várias gerações pode gerar grandes conflitos e problemas (TIER; FONTANA; SOARES, 2004).

Para Novaes et al. (2012), pode-se deduzir que a presença de representantes de diferentes gerações em uma mesma família constitui uma típica causa de conflitos, uma vez que indivíduos com faixas etárias distintas convivendo na mesma casa, à luz das experiências, dos comportamentos, das personalidades e das diferentes formas individuais de enxergar a realidade.

Ao contrário da relação entre institucionalização do idoso e conflitos intergeracionais, ainda pouco encontrada na literatura, é frequente estudos sobre a relação entre institucionalização e diminuição da condição de saúde, podendo ocasionar dependência funcional. Alencar et al. (2012), por exemplo, fala que a redução da capacidade funcional do idoso, que acarreta em dificuldade ou dependência na realização de atividades da vida diária, incluindo atividades de autocuidado e aquelas consideradas importantes para a qualidade de vida do indivíduo, se torna um fator de risco para a institucionalização.

Mas além da ocorrência de problemas de saúde os participantes deste estudo relacionaram os motivos da institucionalização com as variáveis “família” (ausência ou conflito) e “dificuldade financeira”, e expuseram satisfação em estar residindo na instituição.

“Porque eu estava dependendo das pessoas, não podia tomar banho sozinha, tinham que trocar minha fralda, trocar o lençol da cama, vestir minha roupa, até comida na boca tinha que me dá. Mas agora estou bem, foi só uma fase. E eu não saio daqui [do abrigo], não tenho para onde ir mesmo, e mesmo assim gosto daqui” (Compaixão).

“Vim para cá por causa de problema de saúde, e porque a minha mãe faleceu aí eu fiquei só. Aqui eu sou cuidada, amada, as cuidadoras são muito boas” (Gratidão).

“Porque eu não tenho família. Eu estava morando em Manaus com a minha filha, aí ela foi embora para os Estados Unidos para casar e eu fiquei sozinha lá e resolvi vender tudo que eu tinha e fui embora para Recife, lá eu comecei a trabalhar como costureira, mas aí de repente eu tive uma doença, acordei estava toda torta, sem poder falar nem andar [...] Quando eu saí do hospital eu não tinha mais como trabalhar e fiquei sem dinheiro até para pagar o aluguel da garagem onde morava, aí eu tive que vender tudo que eu tinha e vim embora para Belém. Aqui em Belém me levaram para um albergue, que é uma casa de imigrantes de passagem, eu não podia ir para um abrigo porque eu não tinha 60 anos, aí lá eu fiquei nove meses e quando estava faltando dois meses para completar os 60 anos me trouxeram para o Abrigo aqui, e estou aqui a mais de um ano, graças a Deus” (Caridade).

O relato emocionado e magoado da idosa “Apoio” demonstra de forma clara os conflitos geracionais e intrafamiliares que conduzem para a institucionalização.

“Vim para o abrigo porque eu e minha filha começamos a nos desentender muito depois que ela cresceu e começou a tomar conta de si. Até que um dia parece que ela se viu cansada de mim, tudo que eu falava ela não gostava, e aquilo foi me magoando, mas eu ia relevando. Um dia ela falou que não dava mais para morar junto [...] Ela sempre foi muito fria, não falava uma palavra de carinho nem nada. Um dia eu vim aqui no abrigo e falei com uma secretária que me explicou tudo como funcionada e depois eu repassei tudo para a filha. Depois disso ela mesma procurou saber como era para eu vim morar aqui e só me disse que já havia uma vaga para mim [idosa chora] e eu concordei e vim, e gosto muito daqui” (Apoio).

Já a idosa “Amizade” foi levada a ILPI devido a escolhas que adotou na juventude, de não casar e ter filhos para cuidar dos pais, e da preocupação de seus familiares com seu bem-estar e qualidade de vida.

“Quem me trouxe foi um sobrinho meu porque ele já conhecia aqui [o abrigo] e eu morava sozinha, ele era incomodado com aquilo, até que um dia ele me trouxe para conhecer. Eu sou muito católica, muito agarrada a família, e gostava muito da minha casinha, não queria vir, mas toda a família começou a me agoniar que eu não podia ficar só aí para fazer a vontade deles e acreditando em Deus eu vim e eu gostei, agora só saio daqui para o cemitério” (Amizade).

Os relatos que observam a institucionalização como positiva vão ao encontro do que afirma Bentes, Pedroso e Maciel (2012), referem que as ILPI's ainda carregam uma imagem negativa. Contudo, há um movimento gradual contrário a essa imagem e, assim, a construção de um idoso institucionalizado precisa alcançar significados que se articulem de forma concreta e positiva desmistificando a caricatura de desprotegido.

Entretanto, duas idosas expuseram a insatisfação em estar na instituição, alegando que só estão lá por necessidade, sendo a ausência de familiares vivos o fator que as levou para ILPI.

“Eu vim porque eu fiquei doente, tive que fazer seis cirurgias, aí um amigo meu que era médico arrumou uma vaga para mim lá no Dom Macêdo Costa e depois o meu filho do coração me ajudou a vir aqui para este abrigo. Eu estou aqui não é porque eu gosto, é pelas minhas necessidades” (Serenidade).

“Eu trabalhava numa casa de família e depois como eu não podia mais trabalhar a que era minha patroa, que sabia que eu não tinha nenhuma pessoa aqui em Belém, disse para eu procurar outro lugar para ficar porque eu não estava mais podendo trabalhar e ela precisa sair as vezes e não tinha com quem me deixar. Eu não tinha para onde ir e uma das filhas dessa patroa me levou para casa dela e fiquei lá três anos [...] Acabava que eu passava boa parte do dia sozinha e como eles não tinham com quem me deixar eu vim para cá, eles acharam melhor. Eu não queria vir, mas não tinha outro jeito” (Amor).

O temor pela institucionalização foi mencionado por um idoso deste estudo, e este sentimento é em decorrência da memória social onde as ILPI's eram locais de situação precária, e embora muitas melhorias já tenham sido idealizadas e algumas praticadas, muitas instituições brasileiras ficam aquém do ideal previsto na definição de ILPI e ainda funcionam em situação problemática, sendo frequentemente alvo de denúncias na imprensa (KHOURY et al, 2009; DAVIM et al, 2004; YAMAMOTO; DIOGO, 2002).

“Um dia chegou uma senhora [assistente social] e disse que ia arrumar um abrigo, eu ainda disse que não precisava, que eu queria morrer na minha casa, mas ela disse que tinha eu e a minha mulher e que precisávamos de

ajuda [...] E depois disso, passou uns dias e chegou o pessoal daqui do Abrigo lá, dizendo que tinham ido nos buscar para morar aqui. Eu até perguntei para eles se quando chegasse aqui eles não iam bater em mim e na minha mulher, porque eu já tinha visto na TV casos desse, e eles disseram que não, que iriam cuidar da nossa saúde e da gente. Aí eu vim e realmente depois que chegamos fomos bem cuidados, eu não tinha nem dente e eles mandaram fazer para mim” (Esperança).

A institucionalização de idosos é uma prática que remete a preconceitos construídos histórico e socialmente, mas vêm passando por mudanças legais, institucionais, organizacionais e sociais. Esta é uma necessidade da nossa sociedade e a tendência é que seja cada vez mais reconhecida, estudada, reorganizada e utilizada, uma vez que atende a demandas crescentes relacionadas a situação subjetiva, familiar, socioeconômica, demográfica, de saúde.

7.3 FAMÍLIA E SUBJETIVIDADE

Assim como afirma Gonçalves (2010), concordo que atualmente há maior procura pela institucionalização de idosos e que está diretamente relacionada com as mudanças de escala global, citadas anteriormente, que afetam as relações familiares.

Família é entendida por Giddens (2009, p.175) como um grupo de pessoas unidas diretamente por laços parentescos, sendo o parentesco o tipo de relação estabelecida por via do casamento ou por via das linhas de descendência “que ligam familiares consanguíneos”.

As famílias antigas possuíam numerosos membros que tendiam a estabelecer-se em espaços próximos, construindo assim verdadeiros conglomerados familiares. Essa tendência vem sendo alterada significativamente, o que ocorre hoje é o inverso: famílias cada vez menores, em muitos casos com filho único que, em função do estudo e/ou trabalho saem cedo de casa para seguir carreira (MALUF, 2010).

Foi possível notar essa alteração nos relatos de idosos que participaram desta pesquisa, onde ao serem questionados sobre suas famílias, destacaram o fato de possuir família com poucos membros.

“Não tenho mais pai e mãe, só tenho sobrinhos, acho que são três, mas só um mora aqui, e tenho meu filho que mora em Pernambuco. E é só isso de família que eu tenho” (Otimismo).

“Minha família além dessa minha mulher [que mora no abrigo com ele] são dois meninos” (Esperança).

Alguns idosos além de exporem ter família pequena falam sobre a ocorrência da falta ou ausência de convivência familiar.

“A minha família era unida, éramos poucos, era só eu, um irmão, meu pai e minha mãe, fora duas tias e um tio. Minha família era curta, mas muito unida [...] Eu não fui casado, mas tinha uma filha que já é falecida, e me falaram que tem uma neta mas eu não conheço. Eu nasci para andar pelo mundo, trabalhei por esse país a fora, então não tive vivência com a minha filha” (Ternura).

“A minha família era assim feliz apesar de eu ser filha única, nunca tive irmão, era muito bem tratada, amada pelo meu pai e minha mãe. Erámos só nós três, depois meu pai morreu quando eu tinha 16 anos, aí ficou só eu e minha mãe. A minha mãe não se dava com o resto da família, era muito isolada, aí não tinha negócio de primo, de passar o dia na casa de parente” (Gratidão).

“A minha família sempre foi curta. Meu pai morreu cedo, e minha família naquele tempo não tinha facilidade de passeio para ali, aculá, então a minha família era considerado pai, mãe, irmão e eu. Tinha outras pessoas por fora, mas não tinha aquela ligação, só teve com um tio meu que morava perto de casa, que era irmão do meu pai, que a gente se comunicava mais. De resto a gente nunca ficou de mal, mas não tinha aquela ligação direta de ficar conversando e tal” (Compreensão).

“Eu não tenho família. Minha família já foi embora todo mundo, meu pai, minha mãe, meu marido, minhas tias, minhas sobrinhas, minhas irmãs, todos já foram embora, inclusive meu filho que se foi com dois meses de vida [...] A única família que eu me comunicava mais era minha prima e um sobrinho, esse sobrinho não vem mais me vê porque está cego e essa minha prima já está com idade, tem problema de vista, quase não pode andar. Só essa família que eu tenho hoje em dia” (Cumplicidade).

A opção por não casar e ter filhos é uma das causas que fortalece a mudança da dinâmica das famílias e do próprio envelhecimento populacional, e uma das idosas expôs essa escolha.

“A minha família era daquele tempo que obedecia ao pai e mãe [...] Meus avós morreram, meu pai e minha mãe também, e até hoje eu sinto sabe? Eu vivi para os meus pais, não casei para não deixar eles sozinhos e assim foi até o fim deles. Nós erámos 10 irmãos, mas agora só somos cinco que estão vivos, todos casaram e tiveram filhos, menos eu. Eu não me arrependo, tenho meus sobrinhos, principalmente um deles, que são filhos para mim” (Amizade).

Os idosos relataram casos de boa relação com a família, sendo bem estruturadas e com bom relacionamento. Destacando que a construção do afeto, a ajuda mútua e a compreensão

são aspectos essenciais para um convívio fortalecido e agradável entre o idoso e família (BENTES; PEDROSO, MACIEL, 2012).

“A minha família é ótima, é unida, não brigam um com o outro, não tem discussão, é uma ótima família. Tenho irmãs vivas ainda, sobrinhos, a gente se desentende, mas depois fica tudo bem” (Carinho).

“A minha família é boa, como meu pessoal não tem igual. Olha que eu fui muito danado nessa minha vida em relação a mulher, mas meus filhos todos são chegados em mim, menos uma que não conheço, o resto todo me ajudam, dão apoio, e eu ajudo no que posso também. Minha mãe ainda é viva, tem 96 anos, falo com ela todo dia por telefone, ela está melhor que eu. Minhas irmãs também são fora de série, não tenho nem o que dizer delas. Minha família é muito grande, vivem todos bem” (Proteção).

Mesmo relatando a família como boa, alguns idosos lembraram que seus familiares não os visitam tanto quando eles desejam. No estudo de Santos (2013) a justificativa para a que a família visite poucas vezes o idoso na ILPI é a falta de tempo, a rotina de trabalho, estudo e vida pessoal intensos, assim como também o desinteresse da família.

“A minha família é boa. Tenho uma filha que é enfermeira, outra que é professora, são três filhos de criação que tenho. Tenho meus primos que sempre vem me ver, tenho muitos primos, mas são poucos que vem me ver, a maioria é muito difícil vir aqui” (Compaixão).

“Minha família é boa, meus filhos são preparados, são todos bem de vida, vivem bem, tenho até uma filha que mora no Estados Unidos com a família dela, com meus quatro netos, e mesmo ela me telefona, manda encomenda de lá. Eu recebo muitas visitas dos meus parentes, meus netos, filhos, não é assim com muita constância porque todos eles têm trabalho, tem muita coisa para fazer, são todos ocupados, vem quando tem um tempinho, mas eles telefonam perguntando como estou, se preciso de alguma coisa, e eu sempre respondo que preciso só da presença deles” (Respeito).

Houve discursos também de vínculo/relação familiar fragilizados por motivos diferentes e particulares.

“Nunca tive ninguém. Só tive a minha mãe, não conheci meu pai, minha mãe, minhas irmãs e meu irmão morreram, mas graças a Deus que eu estou viva até hoje. Eu tive uma filha, mas ela depois de grande arrumou um namorado americano na internet, ele veio e buscou ela, eles foram embora para os Estados Unidos e casaram lá. Tive um filho também, ele se meteu com traficante, com coisa de droga, aí ele foi preso e quando foi solto ele sumiu, foi morar num interior e de lá sumiu, nunca mais soube notícia do meu filho” (Caridade).

A idosa “Amor” narrou sobre sua história e sua família demonstrando arrependimento por ter se afastado deles quando mais nova e chateação por atualmente não ter contato familiar nenhum.

“A minha família é tudo pobre, trabalhavam na roça, cada um já tinha casado, tinham filhos, mas aí um foi para um lado outro para o outro e foi o tempo que eu vim embora [do Maranhão para Belém] e eu não sei mais o rumo deles, não sei mais por onde eles estão. Tem uma sobrinha que já veio aqui para me levar, mas eu não fui, sei que uma outra já morreu, e não sei mais quantos sobrinhos eu tenho, quantos ainda estão vivos, mas tinha um bocado [...] A relação com a minha família era mais ou menos, a minha mãe morreu quando eu ainda era bebê, e eu nunca vivi na casa das minhas irmãs, na maioria das vezes ficava em casa sozinha” (Amor).

Já o idoso “Paz” não demonstrou tristeza alguma ao comentar sobre sua falta de contato com alguns de seus filhos.

“Minha família é formada pelos meus filhos, tenho seis filhos, mas só tenho relação com dois filhos, aliás três. O mais velho é muito meu amigo, demais, o segundo também, muito agarrado comigo, mas agora não mais tanto porque todos têm família. A outra filha que vive no Rio de Janeiro também é muito agarrada. Eles sempre se comunicavam comigo, mandavam alguma coisa para mim, uma roupa, um trocado, isso tudo ficou para traz. E tem dois em São Paulo, mas o caçula nem se fala, passei lá seis meses e ele sabia que eu estava lá e nunca foi me ver, eu nem conto com ele. Tem a filha que eu morava e me bateu, e tem também a outra que é minha particular, né? [Filha que teve fora do casamento]” (Paz).

Neste sentido, penso que o entendimento sobre família e convívio familiar é algo pessoal, subjetivo, que depende da história de vida, relações, percepções, crenças que cada indivíduo possui. Assim como Silva (2009), que pondera que a subjetividade diz respeito ao indivíduo, ao psiquismo ou a sua formação, ou seja, a algo que é interno, numa relação dialética com a objetividade, sendo compreendida como processo e resultado, algo que é amplo e que constitui a singularidade de cada pessoa.

Subjetividade não é um conceito construído a partir de uma relação tipo sujeito-objeto, mas sim a partir do interior de uma relação intersubjetiva (AMATUZZI, 2006). Logo, o fato da subjetividade referir-se àquilo que é único e singular do sujeito não significa que sua gênese esteja no interior do indivíduo. A gênese dessa parcialidade está justamente nas relações sociais do indivíduo (SILVA, 2009).

Uma idosa, por exemplo, ao expor sobre sua família afirmou que apesar das diversas vezes que sua filha lhe fez sofrer, ficar triste e magoada por indelicadezas que lhe afetava, o

apoio emocional, financeiro e físico que sua filha lhe oferece é muito importante para que ela fique bem.

“Tenho uma irmã que mora longe, em Porto Velho, quando eu podia ir lá era muito bom, mas quando me ausento ela nem me liga, ela não vem me ver porque ela tem medo de viajar de avião. Também tem outros dois irmãos e dois sobrinhos que moram lá. Aqui em Belém só tenho a minha filha, que é uma ótima pessoa, ela já me fez muita grosseria, já me chateou muito, mas se revelou uma boa pessoa, ela vem aqui e me traz o que ela pode. Se não fosse essa filha eu não seria nada” (Apoio).

Outros discursos fazem referência a famílias que não são consanguíneas. Maluf (2010) refere que todo indivíduo se encontra inserido em alguma modalidade de família em virtude de vínculo relacional ou de afinidade, afetivo ou parental que apresente.

Entendendo a família enquanto apoio social, menciono Neri e Vieira (2013) que falam sobre suporte social percebido como a percepção da pessoa sobre a qualidade, a frequência e a adequação das ajudas que lhe são oferecidas, considerando-se suas necessidades.

“Eu considero como família o pessoal da senhora que acabou de me criar, e eles são todos bons. Depois que meus pais de criação se foram eu atendi o pedido deles que diziam que eu não ia me casar porque só tinha eu para tomar conta dos filhos deles mesmo, e assim foi. Eles são meus parentes, quem eu tenho na vida” (Alegria).

“A minha família eu não convivi muito porque minha vida toda foi trabalhando aí para fora [...] A minha mãe não me criou, quem me criou foi uma tia/madrinha, e meu pai desencarnou cedo. Mas não que a minha mãe biológica não me quisesse, é que não teve mesmo condição. Mas a minha família mesmo é a do coração, é a minha médica que me dá apoio, me ajuda, porque amigo é aquele que ajuda nas necessidades, na enfermidade e na saúde também; e tem também o meu filho do coração que eu conheci lá na Santa Casa [Hospital público em Belém], quando eu trabalhava eu ajudei ele lá, eu estava mais nova, e desde aí ele é meu amigo. Além deles tenho outros amigos que me ajudam muito” (Serenidade).

A idosa “Solidariedade” reúne todos os vínculos (parental e por afinidade) que se referem à modalidade de família para definir a sua. E a idosa “Admiração” relaciona sua condição de saúde com a proximidade daqueles que considera família.

“Minha família é maravilhosa, minha mãe era uma delícia de mãe, as irmãs idem, eu fui muito feliz. Não pude conhecer meu pai, mas hoje em dia tenho um menino que minha mãe criou como um verdadeiro pai para mim. Tenho irmãos, sobrinhos, filhas de criação, neto do coração. Minha família é linda” (Solidariedade).

“Eu tive família até os meus 10 anos junto com pai, mãe, irmãos. Após meus 15 anos eu fui trabalhar numa casa de família que hoje em dia eu considero como minha família também, que foi com quem eu vivi até meus 39 anos, e é uma família muito legal, do meu coração, eu amo eles. São eles que vem aqui me visitar, estão todo tempo do meu lado, tanto na doença como em qualquer outra coisa eles estão prontamente para me ajudar. Quando eles viajam, e eles viajam muito, eu fico até doente, eu me sinto abandonada, aí quando eu sei que está perto deles chegarem parece que eu melhoro” (Admiração).

A idosa “Empatia” se distanciou de sua família consanguínea por necessidade de trabalhar e procurando melhores condições de vida, adotou a família com quem trabalhou por muitos anos como sua, mas depois que a idosa adoeceu e ficou impossibilitada de realizar algumas atividades diárias, a “sua família” optou pela institucionalização, mas é percebido que a idosa não está satisfeita com a situação.

“Minha família era muito boa, boa mesmo, só eram pobres, mas era boa. Não viviam brigando com ninguém e era tudo bom. E agora eu me acho nesse estado em que estou, eu me lembro e choro pelo que já passei e tive. Me criei com gente boa, sabe? Faz muito tempo que não vejo a minha família mesmo, eu estava com 10 anos quando saí de lá [Interior do Pará onde sua família morava]. E depois a minha patroa morreu, ela era uma mãe para mim. É por isso que me acho nessa situação, e isso é uma tristeza [idosa chora]” (Empatia).

Em contrapartida, o distanciamento da família por “Confiança” foi compulsório devido ao mau relacionamento familiar.

“A minha família nunca me deu valor, principalmente minha mãe, por isso que eu saí de casa com 13 anos de idade e nunca mais pisei lá. E depois que eu comecei a trabalhar eu arrumei um namorado, fomos casados 43 anos, mas ele me maltratava, traia, batia, inclusive foi ele quem me deixou nessa cadeira de rodas, com um chute, e depois me largou para ficar com outra mulher” (Confiança).

Acredita-se que as experiências relacionais que cada indivíduo teve ao longo da sua história de vida fundamentam suas crenças, valores e significados em relação a conceitos subjetivos, como o de família.

7.3.1 Significados de família a partir da experiência e relações familiares

Quanto ao significado de “família”, foram citados aspectos que considero importantes para entender motivos pertinentes e que auxiliaram para a alternativa da institucionalização, e

para compreender, posteriormente, a convivência familiar antes e após a ida do idoso para ILPI.

Alguns idosos explicaram seu entendimento de forma objetiva e conceituaram como algo bom.

“Eu entendo que é a união de pessoas que se amam, se protegem. É isso que é família” (Gratidão).

“Eu considero que são pessoas unidas” (União).

“A palavra família é muito importante, muito graciosa, para quem tem família e que sabe dar valor” (Confiança).

Outros idosos ressaltaram a importância da família, mas citaram aspectos que consideram fundamentais para boa convivência, como união, comunicação, partilha, respeito. Foi comentado também o caso de poucos familiares vivos.

“Na minha opinião, família é tudo na vida, se ela é unida então nem se compara” (Solidariedade).

“Família é quando as pessoas se unem, é a união de pessoas que se entendem apesar de as vezes não concordarem” (Tranquilidade).

“Acho que é uma reunião de pessoas em alguns momentos. Quando toda a família se reúne no dia do Círio, para celebrar. É estar perto das pessoas que a gente gosta” (Compaixão).

“Família é união, são pessoas que se comunicam uns com os outros” (Cumplicidade).

“A família é tudo, desde que se tenha uma união boa eu considero uma família boa. Eu queria ter a minha, mas por enquanto eu tenho essa minha família que é só sobrinhos, mas assim mesmo eu considero boa minha família. Eu gostaria de ter meu pai, minha mãe, meus irmãos todos, mas infelizmente não tem, mas tem meus sobrinhos” (Admiração).

A idosa “Amor” mesmo não tendo referência de família, devido não ter convivido com a sua e não adotar as pessoas com quem trabalhou por longos anos como tal, reconhece a família como algo bom e fundamental para os indivíduos.

“Família é a melhor coisa do mundo, por mais que a nossa família seja cheia, pobre, falador, mas não tem como a nossa família. Eu te digo mesmo, o único arrependimento que até hoje eu tenho na minha vida foi deixar a minha família para vim para cá [para Belém]. Eu acho assim: em primeiro lugar Deus, depois nossa família, principalmente nossa mãe, a minha eu não

conheci, mas eu dou muito valor por quem tem mãe, e em terceiro lugar saúde. Esses três eu acho que são o principal para gente poder viver bem” (Amor).

Do mesmo modo, outros idosos referenciaram seus entendimentos através de suas próprias experimentações no percurso de vida.

“Família é filho, é mulher, é uma coisa boa, quando se entende né? Todos se entendendo bem, vai bem a vida, até o fim da vida, como era a minha com a minha mulher, nunca nós “briguemo”, “discutimo”. Tinha discussão assim de boca, porque nesse tempo eu estava bebendo demais, foi meu erro mesmo, chegava muito ‘pesado’, não comia, dormia por qualquer canto na casa, mas nunca fiquei na rua, nunca abusei dela, ela cuidava bem de mim, nós éramos muito amigos mesmo, mas Deus tirou ela, já faz 15 anos que ela morreu. Os filhos já ficaram tudo grande, só uma que ficou com 14 anos” (Paz).

“São as pessoas que se reúnem, que vivem bem numa reunião, num festejo, qualquer coisa. Isso que eu acho que família. Agora aquelas que ficam de tititi daqui, fulano disse dali, eu não acho que isso é família. A minha família é boa, mas tem muita fofquinha e isso chateia” (Compreensão).

“Família, para quem tem, é uma coisa muito boa, eu pelo menos acho lindo, os familiares quando são muitos e reunidos. Eu não tive essa oportunidade, mas eu acho lindo” (Ternura).

“Uma família saudável é aquela em que todos falam uns com os outros, se preocupam com a saúde e o bem-estar de seus parentes, e assim é a minha” (Alegria).

“A família é tudo. Na minha eu gosto de todos, os que já se foram e os que continuam aqui. Família é tudo que a gente tem na vida, a minha mãe sempre colocou isso para gente. Mas tem umas que vão se desarrumando durante a vida” (Amizade).

A partir de experiências negativas alguns idosos exaltaram que família para eles não significa nada. Como na fala de “Coragem”: *“Por família eu não entendo nada”*. E “Caridade” manifesta carência afetiva: *“É nada [Pensou um pouco]. É muito amor, compreensão, carinho, essas coisas todas que falta para mim, eu não tenho”*.

O idoso “Fé”, por exemplo, que se encontra institucionalizado a cinco meses, conta que ele se afastou de seus familiares devido à falta de ajuda quando necessitou, uma possível negligência por parte de seus filhos que o levou a ILPI por vulnerabilidade social, e o idoso destaca que vive melhor depois que foi residir na instituição.

Vale frisar que a procura por ILPI’s está transformando os velhos asilos, que no passado eram destino apenas para mais desfavorecidos e abandonados, em uma opção para

idosos também com melhores condições econômicas (CAMARANO; KANSO, 2010), pelo fato de a institucionalização ser vista como uma possibilidade de acesso a cuidados de saúde, apoio social e segurança, assegurando qualidade de vida aos idosos (BESSA; SILVA, 2008; POLLO; ASSIS, 2008).

“Para mim, não significa nada. Porque o único com quem eu me correspondia era com meu filho, mas esse mesmo me sonogou. No mês de outubro eu adoeci, pedi uma ajuda para ele, sei que ele tem condições, mas ele falou que não podia me ajudar, aí eu também isolei e nunca mais liguei [...] Eu vivo aqui, estou gostando, o pessoal me trata muito bem, não falta nada para mim, tem remédio, tem comida, tem tudo” (Fé).

O entendimento de família, para alguns idosos, não está somente na família biológica, e envolve também as amizades e pessoas próximas com quem convivem e constrói laços fraternos. Santos (2013) afirma que os idosos reelaboram as relações familiares sob novas perspectivas, avançando na construção e diversificação de novos laços e solidariedades fora do ambiente familiar de consanguinidade.

“Família é pai, mãe, filhos, irmãos, são os amigos que gostam da gente” (Proteção).

“O que eu entendo de família são os amigos, que são muito íntimos comigo aí entende como minha família” (Carinho).

“Por família eu entendo tudo. É amor, é aquele laço de amizade. Família é tudo para gente. Acho que a gente tem família e amigos porque como é que vive sozinha? Não! Tem que ter família para viver” (Respeito).

“Família são as pessoas que estão mais perto da gente, que dão apoio, atenção, carinho. Esses que são a família da gente. Por mais que seja família mesmo da gente, mas se não dá apoio, atenção, importância, então já não é família. Família mesmo está junto de você, ouvindo, dando afeto” (Serenidade).

No caso da institucionalização, trabalhadores da instituição e os outros idosos podem ser vistos e considerados como família. O estudo de Silva et al. (2006) revelou que a reciprocidade das relações entre os idosos institucionalizados, tem relação de parentesco, ao considerarem os seus amigos da instituição como familiares.

Identificar a ILPI como sendo uma nova família composta por todos os trabalhadores e residentes, permite que algumas necessidades dos idosos sejam supridas, favorecendo um ambiente fraterno e acolhedor (SANTOS, 2013).

“Família é filho, sobrinho, mãe, pai, e os amigos todos aqui do abrigo, eles são filhos meus, são irmãos, são minha família, aqui é tudo para mim” (Otimismo).

Herédia, Cortelletti e Casara (2005) pensam que a participação da família na vida de idosos institucionalizados é a forma de manter as relações familiares e pode ser uma solução para evitar o sentimento de abandono, não garantindo necessariamente que esse sentimento não exista, pois depende dos vínculos estabelecidos ao longo da vida e da força dessas relações.

“Família é estar no meio das pessoas da gente, e é bom. E estar no meio de estranhos não é bom. Se bem que depende de quem são os da gente, né? No meu caso, eu nem sei. Mas queria estar perto deles” (Empatia).

No estudo de Santos (2013) os trabalhadores de ILPI's acreditam que no que se refere a questões afetivas, os idosos seriam mais felizes e adoeceriam menos com a presença mais intensa das famílias na ILPI, pois manter o vínculo afetivo ajudaria os idosos a apresentarem menos problemas de saúde.

“Família é um amparo, uma coisa boa, são pessoas em quem a gente confia, que a gente precisa, eu pelo menos preciso da minha família, me sinto bem quando estou lá perto da minha filha, quando ela vem aqui [no abrigo] eu fico feliz e quando ela vai embora fico triste. Família para mim é tudo depois do Senhor” (Apoio).

É senso comum que família é uma rede de apoio social que deveria remeter a sentimentos positivos, contudo a subjetividade das pessoas faz com que cada família tenha um significado diferente dependendo dos contextos (culturais, pessoais, relacionais) em que estão inseridos os seus membros.

7.3.2 Convívio familiar: concepções pessoais e sentimentos

Pelo que foi aludido até aqui, torna-se importante conhecer o convívio familiar através das concepções pessoais dos idosos por meio de suas descrições quando questionados sobre a relação com suas famílias antes e depois da institucionalização e sobre a convivência familiar atual.

Foram narrados relacionamentos que não se abalaram com o processo de institucionalização, bons antes e depois da ida para a instituição; relacionamentos conflituosos

e que em alguns casos são motivação para a institucionalização do idoso; e outros relacionamentos que foram diminuindo até não existirem mais.

Alguns relatos mostram que o relacionamento dos idosos com seus familiares chegou até a melhorar após a institucionalização, isso ocorreu devido ao sentimento de maior preocupação e visitas frequentes.

“Tínhamos uma boa relação e nossa relação continua boa. Eles vêm aqui. Eu vou lá. A gente almoça junto quando é aniversário de alguém” (Admiração).

“Nossa relação é boa. A minha família sempre foi muito receptiva, prestativa, gosto de todos. A nossa relação continua a mesma e até nos unimos mais, porque eles vêm me visitar bem mais, por saberem que eu fico saudosa” (Respeito).

“Quando eu estava lá em casa iam lá me visitar de vez em quando, mas na maior parte do tempo eu ficava sozinha. Meu sobrinho que me trouxe para cá [para o abrigo] vem quase todo dia para saber como estão as coisas, ele sempre está aqui, a mãe dele, que é minha irmã, eu vejo de vez em quando. Depois que eu vim morar aqui comecei a ter mais visitas, quando menos espero aparece alguém, aqui é mais perto do que a minha casa aí fica mais fácil” (Amizade).

Estes idosos, quando perguntados sobre suas percepções quanto ao convívio familiar atual referiram possuir boa convivência e declararam sentir-se bem e agradecidos.

“Graças a Deus eu tenho uma boa convivência com minha família e eu fico feliz de ter em quem pensar e saber que a pessoa também se lembra de mim, é muito bom” (Admiração).

“Nosso convívio é bom, de vez em quando eu vou passar o dia na casa da minha irmã e eu fico tão bem quando a casa fica cheia, aquele barulho, me sinto amada, fico como rainha” (Respeito).

Entretanto, na literatura, são apontados como motivadores da institucionalização: o conflito familiar, rejeição por parte da família, falta de tempo e vontade de ser dedicar aos cuidados do familiar idoso, e como principal ponto negativo de viver em uma instituição para idosos a falta de convivência familiar (DIAS, 2007).

Mas deve-se considerar que dependendo da relação familiar estabelecida e das pessoas que formam a família, em alguns casos a falta de convivência passa a ser uma opção a ser ponderada, e algumas vezes o distanciamento dos membros pode até melhorar a convivência.

“A relação com minha família era ruim, porque minha mãe tinha ciúme de mim e meu pai também, eu não sei qual era o problema. [Pausa breve] A

minha mãe tinha ciúme de mim, eu vou falar logo aberto, porque ela ‘sacaneava’ meu pai e eu não gostava. E o meu pai era porque eu era jovem, muito bonita e ele queria me abusar e eu não aceitei. Aí eu saí de lá e fiquei trabalhando nas cozinhas dos outros, cheguei a dormir no meio da rua [...] Faz muito tempo que não tenho relação familiar, por isso que estou aqui né?” (Confiança).

“A nossa relação não era muito boa, passávamos por muitas necessidades, brigávamos muito. Com meu marido a relação também não era das melhores, ele não me respeitava [...]. Eu vim para cá justamente porque me sentia sozinha mesmo tendo família, e a relação continua a mesma, talvez um pouco melhor porque agora temos menos contato” (Tranquilidade).

Neste sentido, o distanciamento familiar para alguns idosos não é tido como algo ruim, e tem casos que é visto como algo benéfico e positivo.

“Convívio? Mau. Mas eu vivo bem, graças a Deus” (Fé).

“Com a minha família eu não tenho contato, e como sempre fui criada só não faz diferença, eu me acostumei” (Gratidão).

“Eu praticamente não tenho convívio familiar e para mim tanto faz, eu sou uma pessoa que não esquenta a cuca” (Compreensão).

“Não convivo com família e eu me sinto melhor distante. Eu me sentia muito mal quando estava com a minha família, eles não tinham paciência comigo” (Coragem).

Ainda neste sentido, a idosa “Apoio” relata que houve grande afastamento em sua relação com a filha no decorrer da vida e principalmente depois que foi para ILPI, esse relacionamento melhorou, mas ainda não satisfaz sua necessidade emocional.

“Tínhamos uma relação muito boa quando eu tinha saúde, depois que eu fui tendo de parar de fazer as coisas que eu fazia, foi mudando [...] A minha filha ficou muito tempo sem vir aqui no abrigo, eu sofri muito de ficar afastada dela, não fui obrigada a vir, mas a relação com ela estava me entristecendo demais, foi melhor ter vindo. Mas depois que eu fiz a cirurgia do marca-passo ela mudou da água para o vinho. Antes ela não me dava nada, não vinha aqui, e eu nem sei o que ela tinha contra mim. Hoje em dia ela vem quase toda semana, traz as minhas coisas, meus remédios, passa um tempinho e vai embora, sempre está com pressa e ela nem trabalha mais, não sei o que ela tanto faz” (Apoio).

Sobre o distanciamento depois da institucionalização, foram relatados casos em que antes a relação era boa, mas que aos poucos e devido as obrigações diárias ou adoecimento de seus familiares houve diminuição de visitas e conseqüentemente de relacionamento.

“Tínhamos uma relação boa, eles me tratavam bem, faziam tudo que eu precisava. Agora eles costumam mais a vir aqui porque eles trabalham, tem filho pequeno, não podem largar para vim todo dia, mas sempre que eles podem eles vêm. Então, assim, distanciou um pouco” (Compaixão).

“Considero que tinha relação muito boa [...] Quando eu vim para cá essa minha prima que eu me dava bem sempre vinha aqui, me trazia mantimentos, era muito bacana, mas depois ela foi adoecendo, foi se esquecendo de mim, e hoje em dia quem me ajuda são as minhas amigas que já tinha antes daqui, e aqui o abrigo que me dá também tudo que eu preciso” (Cumplicidade).

Os idosos “Otimismo” e “Caridade” referiram que tinham contato com seus familiares antes, mas que com o passar dos anos esse contato foi enfraquecendo devido às circunstâncias da vida e demonstraram conformação com suas situações.

“Era legal. Não tenho do que me queixar. Depois que eu vim para cá eu me conformei, só tenho um filho que mora em Pernambuco, e aqui me cuidaram, eu melhorei, e fiquei por aqui” (Otimismo).

“Eu não tive ninguém para dizer assim: é família. Só depois que tive meus filhos, mas eles me deram desgostos. A minha filha telefona para mim de vez em quando. Mas ontem mesmo [era dia das mães] eu esperei o dia e a noite todinhos para ela telefonar para mim e ela não telefonou. Mas essa é a vida né? Hoje já é outro dia” (Caridade).

Algumas falas justificam o distanciamento da família pelos afazeres diários pelos quais seus familiares são envoltos. Indo de encontro com o que acredita Barros (2003), que alguns idosos aceitam a exclusão do convívio familiar e a falta de tempo da família para com eles levando em consideração que as atividades produtivas são muito valorizadas.

“Meu filho custa a vir, mas ele vem aqui, pelo menos eu sei dele. Ele trabalha muito” (União).

“Estamos distantes, mas eu entendo que eles não vêm não é porque eles não querem, é porque eles não podem por conta do trabalho e obrigações deles, aí eles não podem está toda semana aqui” (Compaixão).

Nos achados de Dias (2007) causa estranheza o fato de as famílias não perceberem a falta de convivência com o idoso institucionalizado como um fator negativo, o que pode refletir em um distanciamento familiar.

Os idosos que não tiveram ou perderam o vínculo familiar no decorrer de suas vidas e/ou após a institucionalização se relacionam apenas com as pessoas da própria instituição.

Cortelletti, Casara e Herédia (2004) afirmam que a institucionalização leva o idoso a substituir suas representações sociais, que se caracterizam pela perda e/ou rompimento do convívio familiar com criação de novos vínculos afetivos, e afirmam que isto é de extrema importância para superar a solidão devido à ausência da família.

“De família eu não tenho contato com ninguém, mas a minha relação com as pessoas aqui é boa. Eu gosto da minha companheira de quarto, e o pessoal aqui é muito bondoso, são muito cuidadores” (Gratidão).

“Eu nunca parei num lugar só então não consegui construir família. Não tenho contato com ninguém fora daqui do abrigo, minha vida se resume a este espaço aqui” (Ternura).

Ainda sobre a convivência institucional, ela passa a ser percebida como prioritária e rotineira, enquanto que os familiares passam a ser vistos como visitantes.

“Convívio hoje em dia eu tenho com as pessoas aqui do abrigo, a família agora é visita, eles vêm e passam uma horinha e vão embora” (Segurança).

“A convivência familiar mesmo não tem mais, eles vêm quando podem ou ligam, mas isso não é conviver. Eu estou bem aqui [no abrigo], tem pessoas que gostam de mim e que eu gosto delas e isso faz com que eu fique bem” (Alegria).

Novamente os idosos fazem referência às ‘famílias do coração’, citadas e apontadas por alguns como importante apoio psicossocial e emocional.

“Com a minha família biológica nunca tive relação, mas a vida me deu pessoas amigas que eu tenho como família e com quem eu tenho ótimo relacionamento até então, e ainda bem que eu os tenho, senão eu ia ser uma sozinha para todos” (Serenidade).

“Sempre tivemos uma relação muito boa, eles me tratam como irmã mesmo, apesar de não termos o mesmo sangue. Depois que vim para cá não mudou, nos falamos sempre pelo telefone, quando não podem vir me ver eles ligam, estão sempre em contato” (Alegria).

Mas ao contrário dos relatos acima, as idosas “Empatia” e “Amor” não demonstraram afeto mútuo pelas famílias que não são consanguíneas. Referiram diminuição e perda de contato com essas pessoas após a ida para a instituição.

“De muitos anos para cá quem é assim minha família, se é que posso chamar assim, são os três que eu ajudei a criar enquanto trabalhei na casa da mãe

deles. Eles me ajudam, sempre me trataram bem, não são minha família, mas vem me visitar de vez em quando, e quando vem vão embora muito rápido. Eu não gosto de achar que estou atrapalhando” (Amor).

“A pessoa que eu tinha próximo era essa senhora que eu trabalhei muito tempo, que era uma mãe para mim, a gente cuidava uma da outra, depois de um tempo que eu vim para cá essa única pessoa que eu tinha morreu. Agora não tenho ninguém mesmo” (Empatia).

Os idosos deste estudo também trouxeram relatos de não gostar de sair da instituição para fazer visitas ou passeios, 17 deles afirmaram que não visitam seus familiares fora da ILPI apesar de considerar ter bom relacionamento, o que demonstra o pertencimento e identificação do idoso com a instituição.

Davim et al. (2004) afirmam que apesar de o ambiente institucional ser distante de um ambiente familiar, os idosos podem ver a ILPI como um lugar agradável e preferir viver ali por se sentirem bem nas instituições onde residem, não desejando sair do convívio institucional, justificando gostar de morar no local, e também por não ter para onde ir, ter idade muito avançada e não haver ninguém que os acolha.

“Se a relação com a minha família era boa? Era e é muito bom, muito boa mesmo. E depois que eu decidi vir morar aqui no abrigo melhorou nossa amizade, nem sei dizer o porquê, mas eles me ligam mais para saber como estou e como está minha vida. Melhorou mesmo, eu fiquei distante deles, mas ficou e está tudo bem. Eu que não visito eles, olha que eles todos me cobram de ir na casa deles, ir almoçar, mas eu gosto mesmo é de ficar aqui no meu quartinho, sossegado” (Proteção).

“A relação era boa, meus filhos sempre foram muito atenciosos comigo, são filhos legais, e não mudou nada, continuamos tendo comunicação, eles continuam no meu pé. Todo domingo a filha mais velha vem me ver, o meu filho vem dia sim, dia não, querem que eu vá almoçar na casa deles, mas eu não vou, fico por aqui mesmo, não gosto de sair daqui” (Segurança).

Por outro lado, a idosa “Solidariedade” conta em um relato emocionado por sentir falta da convivência com sua família, que não aceita convites para sair da ILPI porque voltar seria um recomeço em sua adaptação a uma realidade que é imposta a ela.

Isto ocorre porque a casa remete a significado de proteção, conquistas, memórias afetivas que foram construídas ao longo da vida, é o espaço social e de identidade dos idosos, e estes estabelecem laços importantes com objetos, pessoas e ambiente (LICHT, 2004).

“Nossa relação é ótima [...] Eu estava bem lá com eles, me sentia útil podendo ajudar. Hoje em dia eles me visitam, me mandam as coisas, não me falta nada. Eu vejo gente aqui que não recebe visita nenhuma e eu recebo

quase todo final de semana alguém dos meus, e só não vou para casa deles porque eu prefiro não sair daqui, voltar depois seria muito difícil” (Solidariedade).

Os idosos que sentem o distanciamento do convívio familiar após a institucionalização fazem referência a sentimentos negativos. A falta de alegria para idosos institucionalizados pode ser resultado da perda de laços familiares, dos papéis desempenhados anteriormente, das crenças, dos valores e hábitos, e da falta de adaptação à nova condição de vida (HERÉDIA; CASARA, 2000).

“Não tem convívio familiar. De vez em quando passo uns dias na casa dela [a filha] mas depois logo ela me traz de volta. Eu sou muito magoada com essa situação, queria entender o que passa na cabeça dela. Se eu pudesse eu voltaria a morar com ela, eu já até pedi para ficar lá numa dessas idas, mas ela disse que não, que meu lugar é aqui. Eu me sinto angustiada com isso, mas vou levando a vida” (Apoio).

“Quando não vem ninguém me ver durante alguns dias ou até semanas eu fico triste, chateada, aborrecida, parece que eles esquecem que eu existo, fico só no meu canto, não quero papo com ninguém. Mas quando vem alguém eu fico bem, faço meu crochê, tenho pensamentos melhores” (Tranquilidade).

O convívio familiar considerado ruim é motivo de profunda tristeza, já que 12 idosos declararam não ter vínculo familiar e alguns destes revelaram que se sentem abandonados, sozinhos e alguns demonstram traços depressivos.

“Não tenho convivência com meus parentes e eu me sinto só, abandonada, me lembro deles e choro, não sei notícias, se ainda tem alguém vivo, se tem algum bandido, ladrão, tudo isso eu me preocupo” (Amor).

“Não existe mais nada. Me sinto muito triste, muito abandonada, muitas vezes eu derramo muitas lágrimas por isso. Me sinto tão sozinha, sem ninguém, ao não ser minhas colegas aqui do abrigo e umas amigas que eu tenho particular” (Cumplicidade).

“É muito triste não ter ninguém, é muito ruim essa situação” (Empatia).

“Eu sinto muita tristeza, muita falta do meu filho. Mas o que eu posso fazer?” (Otimismo).

“Ruim e eu me sinto péssima. Mas agora eu já estou melhor, no começo eu chorei muito, eu estava desesperada da vida, tentei até me matar de tanto desgosto” (Caridade).

“Me sinto triste, uma tristeza que eu sinto. Eu com certeza ficaria melhor se estivesse vivendo com meus familiares” (Ternura).

No caso da idosa “Solidariedade”, apesar de observado que não há distanciamento familiar, já que são realizadas visitas semanais à idosa, o fato de estar em uma instituição e distante do convívio diário com seus familiares, a deixa abatida e imersa em sentimentos negativos.

Isto confirma o que Alcântara (2004) assegura: que nem todas as famílias estão preparadas para manter seus idosos em suas casas devido a condições econômicas e também psicossociais e emocionais, e por isso recorrem a institucionalização.

“Convívio, convívio mesmo está abalado. Eu sinto falta do dia-a-dia com eles [familiares], todos aqui me tratam bem, eu gosto de todos, mas não é minha família e eu sinto que estou fora da minha família. Eu choro muito, fico muito, muito triste. Tenho ansiedade, fico nervosa por nada” (Solidariedade).

O relato do idoso “Paz” chama atenção pelo fato de sua institucionalização ter ocorrido devido violência intrafamiliar e o idoso referir sentir-me mal pelo afastamento de seus familiares e demonstrar arrependimento em ter procurado ajuda e estar institucionalizado.

“A convivência está mais ou menos sabe? E eu não me sinto muito bem com isso não. Era melhor levar como era, agora fiquei mais distante, e eu nunca fiquei assim longe deles, e agora tem de ficar aqui mesmo até o dia em que Deus precisar de mim, e era até melhor que ele precisasse logo” (Paz).

Diante do exposto, percebe-se que o afastamento do convívio familiar é entendido a partir da subjetividade das relações construídas, pelos idosos institucionalizados como agente de contentamento e/ou angústia que interfere na percepção de bem-estar subjetivo.

7.4 PERCEPÇÃO SUBJETIVA DE SAÚDE DOS IDOSOS

Confiando que a autopercepção do estado de saúde é um importante instrumento conhecedor da situação global do indivíduo e o impacto que este gera no bem-estar físico, social e mental (CARVALHO et al, 2012), os idosos deste estudo foram motivados a descrever como se sentem em relação à sua saúde.

Ao se referirem sobre a percepção do estado de saúde os idosos relacionaram com condições físicas, hábitos e histórias de vida, capacidade funcional, juízo preservado, e disposição em realizar as atividades diárias.

“Tudo para mim nem é mais nem é menos, é assim que eu me sinto, nem muito mal e também nem muito boa. Sinto dor nos meus braços, nos meus ‘quartos’, nas costas” (Amor).

“Me sinto bem apesar de sentir dor nas pernas, nos joelhos e na costa” (Amizade).

“Para a minha idade e para a vida agitada e cheia de problemas que tive, a minha saúde é boa” (Segurança).

“Minha saúde não é boa. Sou diabética e afetou minhas pernas. Eu não ando mais com as minhas pernas, preciso de ajuda para tomar banho, trocar de roupa, para empurrar minha cadeira [de rodas]. A única coisa boa é que eu ainda falo e sou consciente de tudo (Otimismo).

“Me sinto bem, em relação a minha saúde eu estou bem. Tenho disposição para trabalhar, andar, eu ando muito, varro o quarto, lavo minhas coisas” (Ternura).

A auto avaliação da saúde é um indicador que reflete uma percepção integrada do indivíduo, conseguindo abranger as dimensões biológica, psicossocial e social (JYLHA et al, 1998). Lima-Costa, Firmo e Uchôa (2004) complementam descrevendo a autopercepção do estado de saúde como uma estrutura multidimensional, compreendendo a situação socioeconômica, a rede social de apoio, as condições de saúde/doença, e acesso e uso de serviços de saúde por parte dos sujeitos.

É comum que os idosos utilizem a comparação com outros idosos para definir seu próprio estado de saúde. As falas deste estudo contradizem o que sugere Pinquart (2001), para ele os idosos mais longevos têm percepção mais negativa em comparação com idosos mais jovens, sendo este um reflexo do aumento do número e da gravidade dos problemas de saúde, de limitações da funcionalidade e da diminuição dos recursos materiais e psíquicos para o enfrentamento das doenças que os acometem.

“Apesar de eu ser diabética e hipertensa a minha saúde é ótima, perto de tanto idoso aí, tem até mais novos que eu que estão piores” (Gratidão).

“Agora eu ando meio tristonha com a situação do meu joelho, talvez tenha que operar. Se não fosse esse joelho eu me consideraria cheia de saúde. A vista de muitos aí a minha saúde é ótima e olha que já estou com mais de 80” (Admiração).

A idosa “Solidariedade”, de 94 anos, apesar de referir sofrimento, confronta seu estado de saúde com o de outros idosos de forma positiva. Para Alves e Rodrigues (2005) isto ocorre

porque embora o avançar da idade reduza a percepção positiva da saúde, ainda é relativamente elevada à proporção dos que declaram um estado de saúde bom ou regular.

“Atualmente eu sofro mas sofro feliz por saber que eu já fui muito feliz. Sofro por não poder andar e trabalhar. Mas a minha saúde é muito boa comparando com outras [idosas] mais novas” (Solidariedade).

Os idosos fazem menção a doenças crônicas, sendo que alguns, mesmo fazendo essa citação, consideram a saúde satisfatória, e outros como importante fator de aflição. Essa diferença de percepção depende de como cada indivíduo entende e encara a doença.

Estudos da literatura disponível esclarecem que um maior número de doenças crônicas (quatro ou mais) implica no aumento da probabilidade de o idoso relatar uma percepção ruim de saúde, contudo é possível também encontrar boa autopercepção de saúde entre os indivíduos portadores de doenças crônicas (COTT; GIGNAC; BADLEY, 1999; ALVES; RODRIGUES, 2005).

“A minha saúde está boa, graças a Deus. Me acho bem de saúde. Só estou com essa osteoporose, tive que fazer uma operação na perna que dói muito, vivo a base de remédio, e também o meu braço que dói. Mas eu nunca sofri de outra doença” (Paz).

“Eu estou bem, não sinto nada, a não ser a perna, a artrose, se não fosse isso eu saía sozinha, pegava ônibus, ia no comércio e no shopping, e meus filhos nem iam saber porque não ia precisar que eles me levassem” (Respeito).

“Ah! A minha saúde não é boa, não. Esse problema dessa osteoporose me judia muito, eu sofro muito, vivo só na base do remédio” (Fé).

Uma possível explicação para a boa percepção de saúde em idosos que referem doença crônica é que eles podem se considerar saudáveis quando as doenças estão controladas (CAETANO; IOZZI; CARNEIRO, 2008). Apesar disso, as doenças crônicas conduzem a limitações físicas, sociais e emocionais, e em alguns casos, principalmente os que causam dependência, é um fator que leva muitos idosos e famílias a optarem pelas ILPI's.

“A minha saúde está mais agravada, eu sinto dor, canso muito, não consigo andar muito, canso até de ir ao banheiro. Meu estado geral de saúde está ruim. E se eu tivesse minha saúde eu não estava aqui, eu estava trabalhando, perto daqueles que considero meus amigos, família” (Serenidade).

Carvalho et al. (2012) acredita que a autopercepção do estado de saúde se apresenta pior nos idosos que relatam presença de doenças crônicas, baixa escolaridade, redução das práticas de atividade física e menor ocupação laboral.

Quanto à ocupação, os idosos institucionalizados acabam por ficar afastados de atividades cotidianas que desempenhavam e isso pode influenciar na sua percepção de saúde, visto que a ausência de ocupação em ILPI pode provocar em seus residentes desorientação, lapsos de memória, e esta ociosidade pode levar a falta de perspectivas para a vida e o futuro, aborrecimento, melancolia, agravamento de doenças e dependência (RIBEIRO; SCHUTZ, 2007).

“A minha saúde tem altos e baixos. Tem tempo que eu estou bem e depois eu fico chorando por tudo, me dá tristeza. Eu queria ter alguma coisa para fazer, qualquer opção que pudesse distrair. Logo quando eu cheguei eu comecei a varrer ali na frente, aí me chamaram e disseram que eu não podia fazer. Eu era acostumado a fazer as coisas para mim e agora não posso fazer nada” (Esperança).

“Saúde? Mais ou menos, porque eu não posso trabalhar né? Não ando direito, tenho problema em um braço, por causa do derrame” (Caridade).

Desse modo e reafirmando que compreender a percepção de saúde envolve aspectos subjetivos e, portanto, se espera que haja diferenças de percepções (ALVES; RODRIGUES, 2005) devido as singularidades dos sujeitos.

Como já mencionado, a institucionalização do idoso o afasta de seu convívio familiar e este pode ser um fator que influencia em sua condição de saúde.

“Eu não me sinto muito bem porque eu não tenho como me sentir bem longe da minha família. Se tivesse alguém aqui comigo eu sentia melhor, mas isso não vai acontecer. Eu só vou sair daqui quando morrer” (Empatia).

O idoso “Proteção” aponta como influenciadores de seu estado de saúde a doença crônica e a falta de mobilidade independente, e refere que sua família é o que faz ele se sentir melhor e tendo mais vontade de viver.

“O que está ruim é essa diabete, tem dia que amanheço tonto, dói minhas pernas, dói a cabeça, mas essa fraqueza na perna me deixa entristecido. Sinto falta de quando conseguia sair sozinho para fazer minhas coisas, agora eu tenho medo das pernas falharem e para tudo eu peço para uma filha ou uma irmã me acompanharem. Mas eu enfrento, com força de vontade, vontade de viver mais. Quando não estou legal telefono para as filhas aí vou levando bem” (Proteção).

Algumas falas de idosos assinalam a institucionalização como um acontecimento que ajuda a determinar seu estado de saúde e é observado que a idosa que tem mais contato com seus familiares tende a ter pensamentos mais prósperos.

“Olha, tem hora que eu me aborreço com tudo e principalmente por estar aqui [na instituição], e tem hora que não, que penso que não adianta eu me aborrecer, eu acabo adoecendo mais, aí eu me esqueço e fico tirando brincadeira com uma e outra e vou levando [...] Aí é assim, tem hora que eu estou gemendo, chorando, e de repente estou dançando, cantando, mas faço isso para esquecer as doenças. Se eu só pensar em doença fico doida” (Carinho).

Já aquelas idosas que percebem distanciamento ou que não apresentem mais referência familiar ou que esperavam que seus familiares fossem mais próximos e atenciosos, aproximam-se de sentimentos amargurados.

“Tem dia que eu estou bem, tem dia que não estou. Na maioria estou mais ou menos, mas tento não demonstrar para ninguém [...] As contrariedades da vida me deixam triste, tenho desgostos demais com algumas coisas que acontecem na vida, uma delas é estar vivendo aqui no abrigo, a família que eu ainda tenho me desprezou, não tenho ninguém dos meus para me ajudar” (Cumplicidade).

“Não sei, estou esperando por Deus, Ele quem manda. Eu me pergunto quando será que vou morrer. Não estou bem e nem mal, já estive pior, no momento eu estou levando a vida devagar” (Tranquilidade).

A respeito disso, o sub-tópico seguinte se debruça mais especificamente na discussão sobre possíveis repercussões da institucionalização e do possível afastamento da convivência familiar na percepção de saúde dos idosos.

7.4.1 Percepção de saúde, institucionalização e convivência familiar

Um sentimento comum para o idoso institucionalizado é o de “exclusão”, e a mágoa quando se sente abandonado. Alguns sentem tensão, angústia, desespero, insegurança, e, quanto maior for o potencial para a perda desse vínculo, mais intensas e variadas serão essas reações, podendo vir a prejudicar o indivíduo (CARMO et al, 2012).

O bem-estar subjetivo não tem um conceito consensual na literatura, Costa e Pereira (2007) classificaram em três categorias: estar no controle de sua vida, ligado a atividades e

autorealização; o estado de felicidade, resultante de diversos momentos e experiências vividos; e a predisposição para interpretar os eventos da vida de forma positiva.

Quanto à avaliação subjetiva da saúde após a institucionalização dos idosos deste estudo, a maioria declarou melhora da condição de saúde e relacionaram com o bom cuidado médico e da equipe multiprofissional das instituições. Sobre isso, no estudo de Dias (2007) os idosos se remeteram a aspectos relacionados ao cuidado, serviços prestados e tratamento recebido como ponto positivo de se viver em uma ILPI.

“Melhorou 100%, porque diferente de quando eu cheguei aqui, eu posso fazer tudo para mim, tomo banho sozinha, me visto, faço minha cama, arrumo minha roupa, não dou trabalho nenhum para ninguém. E aqui, o abrigo, as pessoas, me ajudou muito a melhorar” (Compaixão).

“Melhorou, porque eu estou andando melhor, o fisioterapeuta daqui me ajuda” (Caridade).

“Melhorou, porque eu tomo remédio controlado e aqui as enfermeiras me dão tudo na hora” (Gratidão).

“Melhorou, antes eu ficava só e não tomava meus remédios e aqui no abrigo tomo tudo no horário certinho, as enfermeiras me dão” (Segurança).

“Melhorou mais, aqui a gente é bem tratada, pelo menos eu. Eles cuidam da gente como se fosse um parente” (Confiança).

Alguns idosos percebem melhora em sua condição de saúde após a institucionalização e fazem alusão ao fato de não ter referência familiar, de antes residir sozinho e/ou em condições de vulnerabilidade social.

Pestana e Espírito Santo (2008) observaram em seu estudo que os idosos residentes em ILPI consideraram sua saúde satisfatória e a relacionaram à ausência de dor, desconforto físico e segurança proporcionada pela instituição. Sobre a representação de saúde para os idosos, os dados do estudo de Martins et al. (2007) sugerem que a visão de boa saúde pode estar atrelada a questão da saúde psicológica.

“Melhorou. Porque eu vivia numa quitinete, morava só, de vez em quando era obrigado a ir para o hospital, no ano passado mesmo eu fui umas quatro vezes, eram os vizinhos que me levavam[...] Eu não vivia bem não, e aqui eu estou satisfeito, estou tomando meus remédios, já estou cadastrado na ‘Casa do Idoso’, eu estou bem” (Fé).

“Melhorou, porque eu tenho onde morar, tem médico para eu me consultar de vez em quando, e fora daqui é difícil conseguir um médico né?” (União).

“Com certeza melhorou. Como eu estava passando, melhorou muito, estava dormindo mal, me alimentava mal, mexia com aquela água suja, imunda, aí agora pega um abrigo igual a esse, melhora muito a saúde” (Ternura).

Para a idosa “Coragem” estar na instituição é melhor que estar perto de seus familiares, visto que a idosa foi para a ILPI devido à violência intrafamiliar. As consequências dessa violência são incalculáveis e irreparáveis, pois geram na pessoa idosa frustração, medo, depressão, traumas, sentimento de perda, culpa e de exclusão (GONDIM, 2011).

“Melhorou bastante. Aqui [no abrigo] eu me sinto bem, me sinto mais bem do que lá [na casa onde morava com as tias], me sinto mais amada, todo mundo aqui gosta de mim” (Coragem).

As ILPI's podem ser caracterizadas por barreiras em relação ao contato social com o mundo externo e pela mudança das regras sociais pelas regras institucionais (FALEIROS; MORANO, 2009). Contudo, a possibilidade que a ILPI proporciona de contato com outros idosos, funcionários e pessoas que circulam na instituição é citado como ajuda no bem-estar de idosos.

“Estou melhor. Eu não tenho mais depressão, embora eu chore as vezes com muita saudade da minha rotina antiga, mas não chega a ser depressão [...] Se eu não tivesse vindo eu tinha piorado, lá na casa do meu filho não tinha ninguém com quem conversar, todo mundo saía e eu ficava sozinha” (Respeito).

“Está melhorando, porque aqui [no abrigo] eu tenho atividades para fazer, pessoas para brincar, conversar, e isso faz eu me sentir melhor” (Amizade).

“Melhorou, porque comunicação é muito bom e aqui no abrigo sempre tem com quem falar, sempre passa alguém e pergunta como estou e já puxa uma conversa. Se eu tivesse na casa da minha irmã não teria ninguém para ficar comigo e eu ficaria sentada o dia inteiro dentro de um apartamento” (Alegria).

Mas o fato de estar distante da família é lembrado pela idosa “Empatia”, apesar de declarar melhora em sua saúde após a institucionalização fazendo ligação aos cuidados oferecidos pela equipe de saúde.

“Melhorou porque tem as enfermeiras, toda hora tem remédio, tem merenda, almoço, janta, a noite tem mingau. Nós somos bem tratados, mas a gente lembra da família e sente de estar longe da nossa família” (Empatia).

Já “Esperança” afirma que a sua condição de saúde continua a mesma antes e depois da ida para a ILPI, mas também faz referência aos cuidados que a instituição dispõe.

“Está na mesma. A diferença é que aqui se você sentir uma dor de cabeça ou qualquer outra dor eles estão prontos para lhe levar ao hospital e socorrer você” (Esperança).

Quando questionados sobre possível analogia entre condição de saúde após a institucionalização, os idosos não percebem relação entre as variáveis e acenaram para o declínio de saúde mencionando como motivo o processo biológico e natural do envelhecer

“O que melhorou é que eu não ia no médico constante como eu estou indo agora, sempre que sinto qualquer coisa vou no médico aqui do abrigo. Mas também agora estou mais fraca, antes eu era mais nova, mais forte” (Tranquilidade).

“A saúde vai piorando de acordo com a idade, e os problemas que vão aparecendo” (Compreensão).

“Piorou, porque vai chegando a idade né? Antes eu era forte, quando eu completei 75 anos para cá eu tenho sentido muito o peso da idade” (Admiração).

“Piorou, não porque eu vim para cá, é por causa da vida mesmo, aparece uma coisa e outra e vai agravando” (Serenidade).

“Quando eu vim para cá eu estava muito bem depois foram aparecendo as doenças, já estou aqui a 10 anos” (Cumplicidade).

“Logo quando eu vim morar aqui [no abrigo] eu estava muito bem, saía sozinho para comprar minhas frutas, andava por aí para distrair, mas depois que apareceu essa fraqueza nas pernas aí me tirou aquele prazer de andar, aquela coragem, mas essa é a vida mesmo, os problemas vão aparecendo e a gente vai levando” (Proteção).

“Quando eu vim morar aqui no abrigo eu era mais nova, era boa, não era doente. Saía para fazer compras sozinha, andava por tudo aqui dentro, ajudava no que eu podia. A saúde piorou de uns tempos para cá” (Apoio).

Quando perguntados sobre a percepção da existência de relação entre condição de saúde e a presença ou ausência de convívio familiar, as opiniões foram divididas. Parte dos idosos relatou não haver relação saúde-família, e outros fizeram analogia direta entre as duas variáveis.

Os que disseram não haver relação se remeteram ao fato de nunca ter tido convivência familiar e aos aborrecimentos que a família proporcionou durante a vida. Neste sentido,

Khoury e Gunther (2009) apontam que no curso de vida dos indivíduos são utilizados diversos processos para regular o próprio desenvolvimento, ou seja, mecanismos que auxiliam no enfrentamento de desafios para alcançar fins desejados que favorecem a adaptação dos indivíduos às inevitáveis perdas que ocorrem ao longo da vida.

“Porque eu sempre fui sozinha” (Gratidão).

“Porque eu nunca vivi com nenhum deles. Eu já sofri dois infartos, meu filho até me ajudou nessa época [...] Mas depois acabou. Eu de vez em quando ligava para ele, mas desde quando eu precisei dele, doente, e ele me sonegou eu também parei, não liguei mais e nem vou ligar” (Fé).

“Não. A minha saúde não é boa porque eu tive derrame por causa da pressão alta. Não tem nada a ver com família. Nunca tive uma mesmo [...] meus filhos só me deram tristeza e aqui no abrigo é muito bom para mim, não me falta nada, até amizade eu estou fazendo” (Caridade).

Os dois últimos relatos fazem refletir sobre a possível causa de as doenças citadas terem sido ocasionados pelas contrariedades com os filhos. Nas falas de outros idosos, que também não fazem relação entre saúde-família, é percebido que o bem-estar poderia ser melhor se os familiares estivessem próximos.

“Não sei te dizer. Acho que se eu tivesse ficado perto da minha família, não tivesse vindo morar longe, eu estaria melhor, não de saúde, mas de cabeça mais leve e tranquila” (União).

“A presença de uma família boa faz falta, apesar de que eu nunca tive família, mas eu sei que é bom porque eu vejo os outros. Mas não consigo dizer se isso altera na saúde, mas faz sentir melhor” (Confiança).

“Não. A minha saúde é uma coisa e minha família é outra, mas claro que fico mais feliz quando eles vêm me visitar” (Compaixão).

“Acho que não, para a saúde ficar boa é só tomar os remédios direitinho [...] A família faz com que a gente se sinta amado, querido. Acho que se eu fosse como uns que eu conheço que não tem filhos e nem ninguém eu já tinha morrido, qual a razão de viver se tá sozinho, né?” (Segurança).

“Me sinto bem por ter minha família, por ter quem olhe por mim e por quem eu possa olhar também. Mas acredito que saúde quando é para ter se tem, nada ajuda ou atrapalha” (Admiração).

Os idosos que afirmaram haver relação entre saúde-família assinalaram a presença não só de familiares, mas de proximidade com pessoas de quem se gosta, além de terem discursos

que alegam que estar institucionalizado causa mal-estar por não ter a presença da família cotidianamente.

“A saúde depende de várias coisas e uma delas é estar perto de pessoas que tenham amor, não importa se for família ou não” (Ternura).

“Eu me sinto melhor quando estou perto deles, meus familiares e amigos, eles me fazem muito carinho. Quando vou visitá-los ou eles vêm aqui me ver, eu sinto parece que eu fico melhor e quando fico um tempo sem ver eles eu fico triste, as vezes choro, fico só deitada, aí um belo dia eles telefonam, vem me buscar, aí pronto, eu fico alegre” (Carinho).

“Às vezes a gente tem aquele deslize de tristeza e saudade do povo da família, fica sem vontade de nada, mas depois passa, e eu vivo muito bem. É assim, quando eles chegam é uma alegria e quando vão embora fico triste, saudosa, porque as vezes eu fico sozinha, nos domingos se ninguém vier me buscar, se eu não sair, eu passo o dia só” (Respeito).

“O meu bem-estar está ligado com a presença da minha família em minha vida. Sem eles [familiares] perco tudo, sinto saudade, tem dias que sinto um aperto que só falta morrer de tanto chorar, depois vai passando e eu continua levando a vida” (Solidariedade).

Alguns idosos percebem diretamente a ausência da família em sua condição psicoemocional e de saúde. Carmo et al. (2012) quando se refere a “relacionamento familiar” nota que muitos idosos institucionalizados não recebem visita de seus familiares e o desaparecimento desses laços pode ser traduzido em limitação da capacidade de movimento e em deterioração do seu estado moral e de saúde.

“Tenho só um medo: de ficar sozinha nessa vida. Enquanto tem alguém que venha me ver eu sei que tenho alguém por mim, por isso quando não tenho visita fico tão nervosa e sempre me dá reboliços na barriga, toda hora fico no banheiro” (Tranquilidade).

“Com certeza. É a minha família que me dá alegria, coragem, força. Posso até estar sentindo uma dorzinha, mas só de pensar neles está tudo bem, fico alegre, satisfeito” (Proteção).

Em contrapartida, outros idosos relataram sentimento de amargura em relação ao distanciamento da família após a ida para a instituição.

“Com a presença dos familiares eu me sentiria melhor, quando a gente estava perto um do outro era melhor. Mas agora não faz diferença se eles vêm aqui ou não. Já estou aqui faz um tempo e ninguém me procurou, agora tanto faz, vou vivendo sozinho mesmo” (Paz).

“Eu acho que saúde depende de estarmos com os nossos. Eu sinto muita mágoa e isso me faz sofrer, isso me entristece muito, muito mesmo, de eu viver tão sozinha” (Cumplicidade).

Apesar disso, de uma forma geral os idosos não veem a institucionalização como algo maléfico, mas revelaram que estar próximo de seus familiares aumentaria o bem-estar psicoemocional.

O idoso em uma ILPI pode sofrer perdas como o afastamento da família, da casa, dos amigos, e isso justifica a grande incidência de estados depressivos, sentimentos de solidão e limitações das possibilidades de uma vida ativa. Assim, as ILPI's ainda constituem um desafio, pois ao mesmo tempo em que cuidam afastam o idoso de seu convívio familiar (MARIN et al, 2012).

“Com certeza se eu vivesse com a minha filha eu estava melhor. Eu queria ter a felicidade de viver pelo menos perto da minha irmã, das sobrinhas, e aí eu me sentiria muito melhor. Aqui [no abrigo] eu estou bem, mas choro muito, fico muito sozinha, sinto muito de não estar perto dela [a filha]” (Apoio).

“Por mais que a gente esteja sentindo alguma coisa, alguma dor, alivia só de estar perto da família. Quando eu penso nisso fico desanimada, sinto muita tristeza. Não por estar aqui no abrigo, porque aqui é bom, mas a minha família em primeiro lugar” (Amor).

Atinou-se que idosos que declararam não ter vínculo familiar ponderaram que se sentem melhor quando conseguem manter algum tipo de contato com seus familiares.

“Quando eu consigo falar com meu filho eu me sinto melhor, me dá uma alegria [...] Eu fico muito triste por ele estar longe e não poder vir aqui comigo” (Otimismo).

“Às vezes vejo um pessoal que vem e pede uma licença e leva o idoso para casa, e quando é de tarde vem e traz de volta. Eu acho isso muito bonito, mas eu não tenho essa sorte e isso me deixa triste, né? Eu fico melhor quando vem minha neta, meu filho, mas isso acontece muito de vez em quando” (Esperança).

Os idosos deste estudo entendem a convivência familiar como importante para percepção subjetiva de melhor e maior bem-estar apesar de não relacionarem diretamente com a condição de saúde.

Por isso, destaca-se que além dos fatores físicos, biológicos, ambientais, comportamentais, o afastamento do convívio familiar, levando em consideração aspectos

psicoemocionais como: atenção, afeto, cuidados mútuos, que podem ser um fator social importante na perspectiva e situação de saúde do idoso institucionalizado, influenciando a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Construir este estudo foi uma grata satisfação regada de muito aprendizado profissional e pessoal. Foi possível perceber através da vivência rotineira com os idosos, a relação direta entre as relações familiares harmoniosas e o sentimento de bem-estar com consequente boa percepção de condição de saúde.

Apesar da maioria dos idosos não fazer essa relação, eles se referem ao bem-estar e satisfação quando possuem vínculo e bom relacionamento familiar, e a falta de prazer, tristeza, descontentamento quando não possuem laços familiares, sendo citados casos em que isto os afeta biologicamente. Foram apresentados discursos que revelaram fenômenos psíquicos e emocionais e suas influências somáticas e efeitos sobre processos corporais, de saúde.

Através dos relatos foi compreendido que os idosos diferenciam condição de saúde de bem-estar, sendo considerado como saúde aspectos físicos, e como bem-estar o fato de encontrar-se na companhia de pessoas que se goste e em um local agradável, com boas condições de vida.

Neste cenário, a saúde não é caracterizada somente pela ausência de doenças, e abrange aspectos mais amplos, como o bem-estar físico, mental e social, e que a promoção da saúde depende de comportamentos individuais e também de aspectos de dimensão coletiva, neste último caso, sendo uma questão intimamente relacionada às políticas públicas (PELUSO; MASCARENHAS, 2010).

Objetivamente 50% dos idosos avaliaram a saúde como boa. Contudo, durante as entrevistas os idosos transpareceram sofrimentos, alegrias, sensações boas e ruins, dificuldades, angústias e medos relacionados ao processo de institucionalização que se revelaram, na maioria das vezes, através da observação de manifestações não-verbais, como atitudes, gestos, sorrisos, choro, postura, entrega/hesitação ao diálogo, e as relações interpessoais com outros idosos e funcionários das instituições.

Quanto à percepção de saúde relacionada a gênero explicitou-se desinteresse dos homens que percebem objetivamente a saúde de forma positiva, mas não alegam satisfação com isso. É importante se pensar em políticas de saúde na atenção básica voltadas para os homens, que instiguem a procura por prevenção e promoção de saúde melhorando assim a qualidade de vida desta parcela da população que em sua maioria chega na terceira idade apresentando dependência funcional devido acometimento de alguma doença crônica.

Houve relatos onde foi notado que há diferentes percepções de família a partir das experiências de vida e particularidades que cada indivíduo detém. Quando a experiência de convívio familiar foi positiva e agradável, os idosos durante a institucionalização tendem a sentir mais indícios que afetam aspectos biopsicossociais, enquanto que quando essa convivência não foi considerada adequada, os idosos conseguem articular sentimentos melhores a favor desta lacuna que as ILPI's não conseguem preencher.

Ainda sobre família, foram citadas as chamadas “família do coração” como apoio social e emocional importante aos idosos, sendo pessoas que prestaram e prestam assistência, mas que não tem laço consanguíneo.

Os participantes da ILPI “Pão de Santo Antônio” não consideraram estar afastados do convívio familiar, apesar da maioria não receber visitas frequentes, e atribuíram isto as várias atividades exercidas no cotidiano de seus familiares sendo este o motivo da institucionalização de alguns por iniciativa própria. Na ILPI “Lar da Providência” os idosos percebem o afastamento dos familiares e atribuem principalmente a brigas/conflitos intrafamiliares.

Este tema é relevante para a saúde pública tendo a necessidade de um maior aprofundamento e ampliação de estudos sobre as relações entre famílias, ILPI's, saúde, qualidade de vida e bem-estar de idosos.

Acredita-se que tão importante quanto a preocupação com o fenômeno do envelhecimento populacional, pensar em políticas públicas que atendam de forma adequada a população idosa é a conscientização dos papéis sociais do próprio idoso, das famílias, e das pessoas que trabalham com essa demanda.

Especificamente em ILPI's, os profissionais que atuam nestes locais necessitam apresentar características apropriadas, humanas além de profissionais. Neste sentido e concordando com Pinheiro e Freitas (2006) confio que a preservação da saúde mental é imprescindível para um envelhecimento saudável, e para isso são indicadas para prevenção de problemas psicoemocionais atividades físicas, de lazer e recreação.

Observou-se que a ILPI “Pão de Santo Antônio” proporciona mais atividades físicas e de lazer para seus residentes, e que os idosos da ILPI “Lar da Providência” que alegaram não participar das poucas atividades oferecidas na instituição são os que apresentam problemas familiares e conseqüentemente uma pior percepção de saúde.

Por isso é importante a realização de atividades lúdicas e de lazer que incentivem a interação e participação social promovendo sensação de bem-estar. As atividades terapêuticas que ocupam o dia a dia dos idosos institucionalizados e estratégias que visem a estimulação

de vínculos entre os próprios idosos e com a equipe podem minimizar o sofrimento biopsicossocial causado pelos processos de envelhecimento, institucionalização, pela ausência da família, e ajudar a melhorar a percepção de vida destes idosos.

Os resultados deste estudo apontam para necessidade de fatores estruturais, organizacionais, materiais e humanos mais organizados e dinâmicos atuando nas instituições, que motivem a equipe multiprofissional, as famílias e os idosos a pensar, organizar e participar de atividades de cunho recreativo, lúdico, de lazer. Para tal, recomenda-se à gestão dessas ILPI's comprometimento principalmente no que diz respeito a recursos materiais, motivação dos profissionais, envolvimento dos familiares, e empoderamento dos idosos.

Durante a prática profissional e os estudos sobre o tema, pondero que a sociedade vem se conscientizando de forma contundente sobre o envelhecimento populacional e os assuntos que este fenômeno origina, dentre eles a intergeracionalidade, a participação social do idoso, o papel da família para um envelhecimento saudável. Por isso espero que este estudo continue a despertar o interesse para mais pesquisas sobre o assunto em questão, sobretudo com a finalidade de conscientizar a importância da boa relação familiar no decorrer da vida e principalmente na velhice, além de instigar reflexões por parte das ILPI's e de seus funcionários e colaboradores, e também ponderar o papel do poder público quanto a políticas que consigam atender as necessidades da população idosa sem a necessidade do afastamento da convivência familiar.

Partindo de minha curiosidade, com os dados de entrevistas informais que nortearam a elaboração do projeto de pesquisa desta dissertação, foi publicado na Revista *Khairós* o artigo intitulado "Possíveis impactos na saúde de idosos institucionalizados pelo seu afastamento do convívio familiar".

REFERÊNCIAS

ALCÂNTARA, Adriana. **Velhos institucionalizados e família: entre abafos e desabafos**. Campinas (SP): Editora Alínea, 2004.

ALENCAR, Mariana; BRUCK, Natália; PEREIRA, Brígida Cibelle; CÂMARA, Tânia Márcia; ALMEIDA, Roberto. Perfil dos idosos residentes em uma instituição de longa permanência. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v.15, n.4, 2012.

ALMEIDA, Antonio José Pereira dos Santos; RODRIGUES, Vitor Manuel Costa Pereira. The quality of life of aged people living in homes for the aged. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v.16, n.6, p.1025-1031, Ribeirão Preto, 2008.

ALVES, Luciana; RODRIGUES, Roberto. Determinantes da autopercepção de saúde entre idosos do Município de São Paulo, Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública/Pan American Journal of Public Health**, v.17, n.5-6, p.333-341, 2005.

AMATUZZI, Mauro. A subjetividade e sua pesquisa. **Memorandum**, v.10, p.93-97, 2006. Disponível em: <<http://www.fafich.ufmg.br/~memorandum/a10/amatuzzi03.pdf>>. Acesso em: 18 set. 2015.

AMENDOEIRA, Maria Cristina; SANTAROSA, Ana Lúcia; ESPÍNOLA, Norma Maria. O sentimento de isolamento social em idosos de uma instituição do Rio de Janeiro. **Arquivos Brasileiros de Psiquiatria, Neurologia e Medicina Legal**, v.95, n.75, p.39-46, 2000.

APPELS, Alle; BOSMA, Hans; GRABAUSKAS, Valdas; GOSTAUTAS, Albertas; STURMANS, Ferd. Self-rated health and mortality in a Lithuanian and a Dutch population. **Social Science & Medicine**, v.42, n.5, p.681-689, 1996.

ARAÚJO, Cláudia; CEOLIM, Maria Filomena. **Qualidade do sono do idoso residente em instituição de longa permanência**. 2008. 135f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Faculdade de Ciência Médica, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2008.

ARAÚJO, Ludgleydson; COUTINHO, Maria da Penha; SANTOS, Maria de Fátima. O idoso nas instituições gerontológicas: um estudo nas perspectivas das representações sociais. **Psicologia & Sociedade**, v.18, n.2, p. 89-98, 2006.

ARAÚJO, Tereza; ALVES, Maria Isabel. Perfil da população idosa no Brasil. **Textos sobre envelhecimento - Programas para a terceira idade: algumas reflexões**. Rio de Janeiro: UNATI/UERJ, n.3, ano 3, 2000.

ARAUJO, Vera Nícia. **Os coordenadores de grupos de convivência de idosos como facilitadores da construção da cidadania**. 2004. 105f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Programa de Pós-graduação em Serviço Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.

ATWAL, Anita; McINTYRE, Anne. **Terapia Ocupacional e a Terceira Idade**. São Paulo: Santos, 2007.

BACKES, Marli Terezinha; ROSA, Luciana; FERNANDES, Gisele Cristina; BECKER, Sandra; MEIRELLES, Betina; SANTOS, Sílvia. Conceitos de saúde e doença ao longo da história sob o olhar epidemiológico e antropológico. **Revista de Enfermagem**, v.17, n.1, p.111-117, 2009.

BAILIS, Daniel; SEGALL, Alexander; CHIPPERFIELD, Judith. Two views of self-rated general health status. **Social Science & Medicine**, v.56, n.2, p.203–217, 2003.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. Trad. Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70, 2002.

BARROS, Myriam. Testemunho de vida: um estudo antropológico de mulheres na velhice. In: BARROS, Myriam. **Velhice ou terceira idade?** 3.ed. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2003, p.236.

BEAUVOIR, Simone. **A velhice**. Tradução de Maria Helena Franco Martins: La Vieillesse. 3.ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990.

BENTES, Ana Cláudia; PEDROSO, Janari; MACIEL, Carlos Alberto. O idoso nas instituições de longa permanência: uma revisão bibliográfica. **Aletheia**, n.38-39, 2012.

BESSA, Maria Eliana; SILVA, Maria Josefina. Motivações para o ingresso dos idosos em instituições de longa permanência e processos adaptativos: um estudo de caso. **Texto & Contexto – Enfermagem**, v.17, n.2, p.258-65, 2008.

BEZ, Joelita; NERI, Anita. Velocidade da marcha, força de preensão e saúde percebida em idosos: dados da rede FIBRA Campinas, São Paulo, Brasil. **Ciência e Saúde coletiva**, v.19, n.8, 2014.

BEZERRA, Polyana; OPITZ, Simone; KOIFMAN, Rosalina; MUNIZ, Pascoal. Percepção de saúde e fatores associados em adultos: inquérito populacional em Rio Branco, Acre, Brasil, 2007-2008. **Caderno de Saúde Pública**, v.27, n.12, 2011.

BIASOLI-ALVES, Zélia Maria; MOREIRA, Lúcia. Repensando as questões da tolerância e dos direitos humanos vinculados a família. In: CARVALHO, Ana; MOREIRA, Lúcia (Orgs.). **Família, subjetividades e vínculo**. São Paulo: Paulinas, 2007.

BOLTANSKI, Luc. **As classes sociais e o corpo**. 3.ed. Rio de Janeiro: Graal; 1989.

BORIM, Flávia; BARROS, Marilisa; NERI, Anita. Autoavaliação da saúde em idosos: pesquisa de base populacional no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, v.28, n.4, p.769-780, 2012.

BORN, Tomiko. Quem vai cuidar de mim quando ficar velha?. **Revista Portal de Divulgação**, n.17, 2011. Disponível em: <<http://www.portaldoenvelhecimento.org.br/revista/index.php>>. Acesso em: 10 nov. 2014.

BOWLING, Ann. **Measuring disease**. Buckingham: Open University Press, 1995.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. RDC nº 283, de 26 de setembro de 2005. **Regulamento técnico para o funcionamento das instituições de longa permanência para idosos**. Brasília-DF: ANVISA, 2005.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico 2000**: característica geral da população. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2003.

BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social. Lei nº 8.842 de 04 de janeiro de 1994. **Política Nacional do Idoso**. Brasília (DF): Ministério da Previdência e Assistência Social, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de atenção à saúde. Departamento de atenção básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Cadernos de atenção básica, n.19, série A. Brasília-DF: Normas e manuais técnicos, 2006.

_____. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Agenda nacional de prioridades de pesquisa em saúde**. Textos Básicos em Saúde. Brasília-DF: Editora do Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Presidência da República. **Estatuto do Idoso**. Casa Civil. Brasília (DF): Presidência da República, 2003.

BRASIL. Secretaria Nacional dos Direitos Humanos. **Política Nacional do Idoso**. Declaração Universal dos Direitos Humanos. Programa Nacional dos Direitos Humanos. Brasília (DF): Ministério da Justiça, 1998.

CAETANO, Silvana; IOZZI, Rosanna; CARNEIRO, Alcides. Percepção do Estado de Saúde do Idoso na Cidade do Rio de Janeiro – 2006. In: XVI Encontro Nacional de Estudos Populacionais, realizado em Caxambu/MG. 2008. Disponível em: <http://www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2008/docspdf/ABEP2008_1194.pdf>. Acesso em: 22 set. 2015

CALDAS, Célia. Contribuindo para a construção da rede de cuidados: trabalhando com a família do idoso portador de síndrome demencial. **Textos Envelhecimento**, v.4, n.8, p.39-56, 2002.

CAMARANO, Ana Amélia; KANSO, Solange. As instituições de longa permanência para idosos no Brasil. **Revista Brasileira de estudos da população**, v.27, n.1, 2010.

CAMARANO, Ana Amélia; KANSO, Solange; MELLO, Juliana; PASINATO, Maria Tereza. Famílias: espaço de compartilhamento de recursos e vulnerabilidades. In: CAMARANO, Ana Amélia (Org.) **Os novos idosos brasileiros muito além dos 60?**. Rio de Janeiro: Ipea; 2004.

CAMARGOS, Mirela; RODRIGUES, Roberto; MACHADO, Carla. Idoso, família e domicílio: uma revisão narrativa sobre a decisão de morar sozinho. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v.28, n.1, p.217-230, 2011.

CARMO, Hercules; RANGEL, Janaina; RIBEIRO, Nicoli Aparecida; ARAÚJO, Claudia Lysia. Idoso institucionalizado: o que sente, percebe e deseja?. **Revista Brasileira de Ciência do Envelhecimento Humano**, v.9, n.3, p.330-340, 2012.

CARVALHO, Fabrício; SANTOS, Juliana; SOUZA, Luiza; SOUZA, Nícia. Análise da percepção do estado de saúde dos idosos da região metropolitana de Belo Horizonte. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v.15, n.2, 2012.

CASARA, Miriam. Quem é o idoso institucionalizado?. **Portal do Envelhecimento**, 2009. Disponível em: <<http://www.portaldoenvelhecimento.com/acervo/pforum/ilpis4.htm>>. Acesso em: 14 fev. 2014.

CASSIANO, Janine Gomes; DIAS, João Marcos; TEIXEIRA-SALMELA, Luci; PEREIRA, Giselle; MAGALHÃES, Cristiana. Promovendo saúde e qualidade de vida em adultos maduros e idosos. In: **8º Encontro de Extensão da Universidade Federal de Minas Gerais**, 2005. Disponível em: <http://www.ufmg.br/proex/arquivos/8Encontro/Saude_49.pdf>. Acesso em: 11 nov. 2014.

CAVELAARS, Adrienne; KUNST, Anton; GEURTS, José; CRIALESI, Roberta; GRÖTVEDT, Liv; HELMERT, Uwe; LAHELMA, Eero; LUNDBERG, Olle; MATHESON, Jil; MIELCK, Andreas; MIZRAHI, Andréé; RASMUSSEN, Niels; REGIDOR, Enrique; SPUHLER, Thomas; MACKENBACH, Johan. Differences in self reported morbidity by educational level: a comparison of 11 Western European countries. **Journal of Epidemiology and Community Health**, v.52, n.4, p.219-227, 1998.

CHAIMOWICZ, Flávio; GRECO, Dirceu. Dinâmica da institucionalização de idosos em Belo Horizonte, Brasil. **Revista Saúde Pública**, v.33, n.5, São Paulo, 1999.

CHAIMOWICZ, Flávio; BARCELOS, Eulita; MADUREIRA, Maria Dolores; RIBEIRO, Marco Túlio. **Saúde do idoso**. Núcleo de educação em saúde coletiva. Belo Horizonte: Nescon UFMG, 2013.

CHENG, ST; FUNG, H; CHAN A. Maintaining self-rated health through social comparison in old age. **The journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences**, v.62, n.5, p.277-285, 2007.

CORTELLETTI, Ivone; CASARA, Miriam; HERÉDIA, Vania. **Idoso asilado**: um estudo gerontológico. Caxias do Sul (RS): EDUCS/EdiPUCRS, 2004.

COSTA, Luiza; PEREIRA, Carlos Américo. Bem-estar subjetivo: aspectos conceituais. **Arquivos brasileiros de psicologia**, v.59, n.1, 2007.

COSTA, Maria Arminda Mendes. **Cuidar Idosos**: formação, práticas e competências dos enfermeiros. 2.ed. Coimbra: Formasau – Edições Sinais Vitais, 2006.

COSTA-JÚNIOR, Florêncio; MAIA, Ana Cláudia. Concepções de homens hospitalizados sobre a relação entre gênero e saúde. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v.25, n.1, p.55-63, 2009.

COTT, Cheryl; GIGNAC, Monique; BADLEY, Elizabeth. Determinants of self rated health for Canadians with chronic disease and disability. **Journal of Epidemiology & Community Health**, v.53, n.11, p.731–736, 1999.

COUTINHO, Daniella Franco. **O processo de luto do idoso pela morte do cônjuge: memórias, emoções e vidas que seguem**. 2014. 94f. Dissertação (Programa de pós-graduação em Psicologia) – Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal do Pará, Belém, 2014.

COUtrim, Rosa Maria; BOROTO, Ivonicleia; VIEIRA, Lívia; MAIA, Iara. O que os Avós Ensinam aos Netos? A influência da Relação Intergeracional na Educação Formal e Informal. In: **Anais do XIII Congresso Brasileiro de Sociologia**, GT12: Gerações - Entre Solidariedades e Conflitos, UFOP, 2007.

DAVIM, Rejane Marie; TORRES, Gilson; DANTAS, Susana Maria; LIMA, Vilma Maria. Estudo com idosos de instituições asilares no município de Natal/RN: características socioeconômicas e de saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.12, n.3, 2004.

DEBERT, Guita Grin. **A Reinvenção da Velhice: socialização e processos e reprivatização do envelhecimento**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1999.

DESALVO, Karen; MUNTNER, Paul. Discordance between physician and patient self-rated health and all-cause mortality. **The Ochsner Journal**, v.11, n3, p.232-240, 2011.

DESLANDES, Suely. O projeto de pesquisa como exercício científico e artesanato intelectual. In: MINAYO, Maria Cecília (Org.); DESLANDES, Suely; GOMES, Romeu. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 33 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2013, p.31-60.

DIAS, Ingrid. **A institucionalização asilar na percepção do idoso e sua família: estudo do “lar dos velhinhos”**. 2007. 57f. Dissertação (Mestrado em Economia Doméstica) – Programa de pós-graduação em Economia Doméstica. Universidade Federal de Viçosa, Viçosa, MG, 2007.

EKHOLM, Anders. **The future need for care: results from the LEV – Project**. Regering Skansliet: Government Office of Sweden, 2010.

FALEIROS, Vicente de Paula; MORANO, Tereza. Cotidiano e relações de poder numa instituição de longa permanência para pessoas idosas. **Textos & Contextos**, v.8, n.2, p.319-338, 2009.

FEIL, Iselda. Pesquisa etnográfica: ainda um mito para muitos. **Caderno de pesquisa do programa de mestrado em Educação**, n.65, Santa Maria: UFSM, 1995.

FERREIRA, Zélia. **Percepção do estado de saúde da pessoa idosa institucionalizada**. 2011. 65f. Dissertação (Mestrado em saúde e envelhecimento) – Universidade Nova de Lisboa, Faculdade de Ciências Médicas, Lisboa, 2011.

FONSECA, Maria das Graças; FIRMO, Josélia; LOYOLA FILHO, Antônio; UCHÔA, Elizabeth. Papel da autonomia na autoavaliação da saúde do idoso. **Revista de Saúde Pública**, v.44, n.1, p.159-165, 2010.

FONTES, Arlete; FORTES-BURGOS, Andrea Cristina; MELLO, Denise; PEREIRA, Alexandre; NERI, Anita. Arranjos domiciliares, expectativa de cuidado, suporte social percebido e satisfação com as relações sociais. In: NERI, Anita; GUARIENTO, Maria Elena. (Org.). **Fragilidade, saúde e bem estar em idosos: dados do estudo FIBRA** Campinas. Campinas: Alínea, 2011, p.55-74.

FRANKS, Peter; GOLD, Marthe; FISCELLA, Kevin. Sociodemographics, self-rated health, and mortality in the US. **Social Science & Medicine**, v.56, p.2505-2514, 2003.

FRAYSSINET, Fabiana. **América Latina ante la novedad y el desafío de envejecer**. 2014. Disponível em: <<http://www.portaldoenvelhecimento.com/longevidade/item/3483-america-latina-ante-la-novedad-y-el-desafio-de-envejecer>>. Acesso em 05 jan. 2015.

FREIRE JÚNIOR, Renato; TAVARES, Maria de Fátima. A saúde sob o olhar do idoso institucionalizado: conhecendo e valorizando sua opinião. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v.9, n.16, p.147-58, 2005.

FREITAS, Elizabete Viana de; PY, Ligia; NERI, Anita; CANÇADO, Flávio Aluizio; GORZONI, Milton Luiz; ROCHA, Sonia Maria da. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara, 2002.

FREITAS, Daniela; CAMPOS, Fernanda; LINHARES, Lorena; SANTOS, Carolina; FERREIRA, Cristina; DINIZ, Breno; TAVARES Almir. Autopercepção de saúde e desempenho cognitivo em idosos residentes na comunidade. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v.37, n.1, p32-35, 2010.

FREITAS, Núbia; FONSECA, Estela; ALMEIDA, Alessandra; SILVA, Emília; MAFFRA, Simone. Percepção do processo saúde e doença de idosos participantes do programa municipal da terceira idade do município de Viçosa – MG. In: **VI Workshop de análise ergonômica do trabalho, III Encontro mineiro de estudos em ergonomia, VIII Simpósio do programa tutorial em economia doméstica**, 2013.

GIDDENS, Anthony. **Sociologia**. 7.ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2009.

GIERVELD, Jenny; VALK, Helga; BLOMMESTEIJN, Marieke. **Living arrangements of older persons and family support in more developed countries**. New York: United Nations, 2001.

GOLDIM, José Roberto. Bioética e envelhecimento. In: FREITAS, Elizabete Viana de; PY, Ligia; NERI, Anita; CANÇADO, Flávio Aluizio; GORZONI, Milton Luiz; ROCHA, Sonia Maria da (Orgs.). **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara, 2002, p. 85-90.

GOLDMAN, Sara. Velhice e direitos sociais. In: GOLDMAN, Sara; PAZ, Serafim (Orgs.). **Envelhecer com cidadania: quem sabe um dia?** Rio de Janeiro: Timing Publicidade Ltda/Seção Rio de Janeiro, 2000. p.13-42.

GOMES, Annatália; PAIVA, Eliana; VALDÉS, Maria Teresa; FROTA, Mirna; ALBUQUERQUE, Conceição. Fenomenologia, humanização e promoção da saúde: uma proposta de articulação. **Saúde e Sociedade**, v.17, n.1, 2008.

GOMES, Keila; TANAKA, Ana Cristina. Reported morbidity and use of health services by working women, Brazil. **Revista de Saúde Pública**, v.37, n.1, p.75-82, 2003.

GONDIM, Lilian Virgínia. Violência intrafamiliar contra o idoso: uma preocupação social e jurídica. **Revista Acadêmica da Escola Superior do Ministério Público do Ceará**, ano 3, n.2. 2011.

GONÇALVES, Leandro. **Consequências que acarreta o processo de institucionalização da pessoa idosa**. 2010. Disponível em: <<http://www.cpihts.com/PDF%2006/Leandro%20Gon%C3%A7alves.pdf>>. Acesso em: 18 set. 2015.

HADDAD, Eneida. **O direito à velhice: os aposentados e previdência social**. São Paulo: Cortez, 1993, v.10. CL: Questões de nossa época.

HAREVEN, Tamara. Dossiê: curso da vida adulta e gerações. In: **Caderno Pagu da Revista do Núcleo de Estudos de Gênero**, n.13. Campinas: UNICAMP, 1999.

HERÉDIA, Vania; CASARA, Miriam. **Tempos vividos: identidade, memória e cultura do idoso**. Caxias do Sul (RS): EDUCS, 2000.

HERÉDIA, Vania; CASARA, Miriam; CORTELLETTI, Ivonne. Impactos da longevidade na família multigeracional. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v.10, n.1, Rio de Janeiro, 2007.

_____. Abandono na velhice. **Textos Envelhecimento**, v.8, n.3, p.307-319, 2005.

JUARÉZ, Miguel. Política social para personas mayores. In: BRACHO, Carmén; FERRER, Jorge. **Política Social**. Madrid: McGraw-Hill, 1998.

JYLHA, Marja; GURALNIK, Jack; FERRUCCI, Luigi; JOKELA, Jukka; HEIKKINEN Eino. Is self-rated health comparable across cultures and genders? **Journal of Gerontology: Social & Sciences**, v.53B, n.3, 1998.

KATZ, Sidney; AKPOM, C. Amechi. A measure of primary sociobiological functions. **International Journal of Health Services**, v.6, n.3, p.493-508, 1976.

KHOURY, Hilma; RÊGO, Rafaella; SILVA, Jaqueline; SILVA, Alciane; MORAES, Vera; SANCHES, Tatiane; LIMA, Jeisiane; CASTRO, Juliany; PEREIRA, Marilene. Bem-estar subjetivo de idosos residentes em Instituições de Longa Permanência. In: FALCÃO, Deusivania; ARAÚJO, Ludgleydson (Orgs.). **Psicologia do envelhecimento: relações sociais, bem-estar subjetivo e atuação profissional em contextos diferenciados**. Campinas (SP): Editora Alinea, 2009, p.103-118.

KHOURY, Hilma Tereza; GUNTHER, Isolda. Processos de auto-regulação no curso de vida: controle primário e controle secundário. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v.22, n.1, p.95-110, 2009.

KIVINEN, Paula; HALONEN, Pirjo; ERONEN, Minna; NISSINEN, Auukk. Self-rated health, physician-rated health and associated factors among elderly men: The Finnish cohorts of the Seven Countries Study. **Age and Aging**, v.27, p.41-7, 1998.

LEBRÃO, Maria Lúcia; LAURENTI Rui. Saúde, bem-estar e envelhecimento: o estudo SABE no Município de São Paulo. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.8, n.2, p.127-41, 2005.

LEBRÃO, Maria Lúcia; DUARTE, Yeda. **O projeto SABE no Município de São Paulo: uma abordagem inicial**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2003.

LEPARGNEUR, Hubert. O novo quadro mundial da mulher. **Mundo Saúde**, v.23, p.69-78, 1999.

LICHT, Flávia. Idosos, cidade e moradia: acolhimento ou confinamento? **Revista A Terceira idade – SESC SP**, v.15, n.29, p. 80-91, 2004.

LIMA-COSTA, Maria Fernanda; FIRMO, Josélia; UCHÔA Elizabeth. A estrutura da autoavaliação da saúde entre idosos: projeto Bambuí. **Revista de Saúde Pública**, v.38, n.6, p.827-834, 2004.

LIMA-COSTA, Maria Fernanda; VERAS, Renato. Saúde pública e envelhecimento. **Caderno de Saúde Pública**, v.19, n.3, 2003.

LUZ, Davi; SILVA FILHO, Luiz Guilherme. **Estudo de depressão em idosos em uma instituição de longa permanência**. 2015. 51f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Medicina) – Universidade do Estado do Pará, Núcleo de pesquisa e extensão do curso de Medicina, Belém, 2015.

MALUF, Adriana Caldas. **Novas modalidades de família na pós-modernidade**. 2010. 347f. Tese (Doutorado em Direito) - Faculdade de Direito da Universidade de São Paulo, São Paulo. 2010.

MARIN, Maria José; MIRANDA, Fabiana; FABBRI, Daniele; TINELLI, Laura; STORNILO, Luana. Compreendendo a história de vida de idosos institucionalizados. **Revista Brasileira Geriatria Gerontologia**, v.15, n.1, p.147-154, 2012.

MARTINS, Edna; MACHADO, F; FONSECA, Y; SAMPAIO, A. O significado de família e saúde para idosos: um estudo em instituição de longa permanência da cidade de São Paulo. In: **X Conferência Brasileira de Comunicação e Saúde – ComSaúde**, 2007. Disponível em: <http://encipecom.metodista.br/mediawiki/images/4/43/O_significado_de_familia.pdf>. Acesso em: 11 nov. 2014.

MAZO, Giovana; VIEIRA, Albertina Terezinha; BARCELLOS, Yda Cristine; KORN, Simone. Rede de atendimento comunitário aos idosos em Florianópolis. In: **Anais do III**

Congresso Sul-Brasileiro de Geriatria e Gerontologia. Florianópolis: SBGG, seção Santa Catarina, 2001.

MAZZA, Márcia Maria; LEFEVRE, Fernando. A instituição asilar segundo o cuidador familiar do idoso. **Saúde e Sociedade [Periódico na internet]**, v.13, n.3, p.68-77, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v13n3/08.pdf>>. Acesso em: 13 nov. 2014.

MELO, Nathalie. **Trabalho e condições de envelhecimento em Manaus:** Estudo com os idosos usuários das Unidades Básicas de Saúde da zona sul e com os participantes do Parque Municipal do Idoso. 2012. 105f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Programa de Pós-graduação em Serviço Social e Sustentabilidade na Amazônia. Universidade Federal do Amazonas, Instituto de Ciências Humanas e Letras, Manaus, 2012.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde.** 2ed. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2011.

MICHEL, Tatiane. **A vivência em uma instituição de longa permanência:** significados atribuídos pelos idosos. 2010. 149f. Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Enfermagem) - Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2010.

MINAYO, Maria Cecília. Violência contra idoso: relevância para um velho problema. **Caderno de Saúde Pública**, v.19, n.3, p.783-91, 2003.

_____. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 9ed. rev. e aprimorada. São Paulo: Hucitec, 2006.

MINAYO, Maria Cecília; COIMBRA JR, Carlos E. A. Entre a liberdade e a dependência: reflexões sobre o fenômeno social do envelhecimento. In: MINAYO, Maria Cecília; COIMBRA JR, Carlos (Orgs.). **Antropologia, saúde e envelhecimento.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

MORAES, Edgar Nunes. **Atenção à saúde do idoso:** aspectos conceituais. Brasília-DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MORAGAS, Ricardo. **Gerontologia Social:** envelhecimento e qualidade de vida. 3.ed. São Paulo: Paulinas, 2010.

NASRI, Fabio. O envelhecimento populacional no Brasil. **Revista Einstein** (Supl 1), v.6, 2008.

NERI, Anita. **Envelhecer num país de jovens: significados de velho e velhice segundo brasileiros não idosos.** Campinas: Editor da UNICAMP, 1991.

NERI, Anita; VIEIRA, Ligiane. Envolvimento social e suporte social percebido na velhice. **Revista Brasileira de Geriatria Gerontologia**, v.16, n.3, p.419-432, Rio de Janeiro, 2013.

NEVES, Helena. **Causas e consequências da institucionalização de idosos.** 2012. 67f. Dissertação (Mestrado em Gerontologia) – Ciências da Saúde, Universidade da Beira Interior, Covilhã, 2012.

OFSTEDAL, Mary Beth; ZIMMER, Zachary; CRUZ, Grace; CHAN, Angelique; LIN, Yu-Hsuan. **Self-assessed health expectancy among older Asians: a comparison of Sullivan and multistate life table methods.** 2002. Disponível em: <<http://www.psc.isr.umich.edu/pubs/pdf/ea03-60.pdf>>. Acesso em: 09 set. 2015.

OLIVEIRA E SILVA, Jovânia; LOPES, Regina Lúcia; DINIZ, Normélia Maria. Fenomenologia. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.61, n.2, p.254-257, 2008.

OLIVEIRA, Camila Ribas; SOUZA, Carolina da Silva; FREITAS, Thalita Martins de; RIBEIRO, Cláudio. Idosos e família: asilo ou casa. **Portal Psicologia**, 2006a. Disponível em: <<http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0281.pdf>>. Acesso em: 11 nov. 2014.

OLIVEIRA, Katya Luciane; SANTOS, Acácia Aparecida; CURVINEL, Mirian; NERI, Anita. Relação entre ansiedade, depressão e desesperança entre grupos de idosos. **Psicologia em estudo**, v.11, n.2, p.351-359, 2006b.

OLIVEIRA, Maurício. **Escolaridade dos idosos no Brasil é muito baixa.** Confederação Brasileira de aposentados, pensionistas e idosos, 2011. Disponível em: <<http://www.cobap.org.br/noticia/56306/escolaridade-dos-idosos-no-brasil-e-muito-baixa>>. Acesso em 13 jan. 2016.

PAPALÉO NETTO, Matheus. **Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada.** São Paulo: Atheneu, 2000.

PAULINO, Luciana. **O fenômeno de envelhecimento populacional e seus rebatimentos: o papel e a participação do serviço social e outras áreas de estudo e intervenção.** 2006. 99f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Programa de Pós-graduação em Serviço Social, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Faculdade de Serviço Social, Rio de Janeiro, 2006.

PELUSO, Mayla Luzia; MASCARENHAS, Suely Aparecida. Orientação para saúde: indicadores de bem-estar subjetivo de discentes do ensino superior no Amazonas/Brasil. **Revista AMAzônica**, v.4, n.1, p.46-57, 2010.

PERLINI, Nara; LEITE, Marinês; FURINI, Ana Carolina. Em busca de uma instituição para a pessoa idosa morar: motivos apontados por familiares. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. v.41, n.2, p.229-236, São Paulo, 2007.

PEREIRA, Leani; BRITTO, Raquel; VALADARES, Nívea; PEREIRA, Eduardo. Programa de melhoria da qualidade de vida dos idosos institucionalizados. In: **Anais do 7º Encontro de Extensão Universitária Federal de Minas Gerais**, 2004.

PERERIA, Potyara. Formação em Serviço Social, política social e o fenômeno do envelhecimento. In: **Mesa Redonda no Seminário sobre Educação Superior e Envelhecimento Populacional no Brasil.** Brasília (DF): Ministério da Educação, 2005.

PESTANA, Luana Cardoso; ESPÍRITO SANTO, Fátima Helena. As engrenagens da saúde na terceira idade: um estudo com idosos asilados. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo, v.42, n.2, p.268-275, 2008.

- PETRINI, João Carlos. Notas para uma Antropologia da Família. In: PETRINI, João Carlos. **Pós-Modernidade e Família: um itinerário de compreensão**. Bauru: EDUSC, 2003.
- PINHEIRO, Jose Elias; FREITAS, Elizabete. Promoção da Saúde. In: PY, Ligia; SA, Jeanete; PACHECO, Jaime; GOLDMAN, Sara (Orgs.). **Tempo de envelhecer: percursos e dimensões psicossociais**. 2.ed. Holambra: Editora Setembro, 2006.
- PINQUART, Martin. Correlates of subjective health in older adults: a meta-analysis. **Psychology and Aging**, v.16, n.3, p.414-426, 2001.
- POLLO, Sandra Helena; ASSIS Mônica de. Instituições de longa permanência para idosos: desafios e alternativas no município do Rio de Janeiro. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v.11, n.1, p.29-44, 2008.
- PORTO, Ivalina; KOLLER, Silvia. Violência contra idosos institucionalizados. **Revista de Psicologia da Vetor Editora**, v.9, n.1, p.1-9, 2008.
- RABELO, Dóris; NERI, Anita. Bem-estar subjetivo e senso de ajustamento psicológico em idosos que sofreram acidente vascular cerebral: uma revisão. **Estudos de Psicologia (Natal)**, v.11, n.2, p.169-177, 2006.
- RAMOS, Luís Roberto; VERAS, Renato; KALACHE, Alexandre. Envelhecimento populacional: uma realidade brasileira. **Revista de Saúde Pública**, v.21, n.3, p.211-224, 1987.
- RAMOS, Marília. Impact of socioeconomic status on Brazilian elderly health. **Revista de Saúde Pública**, v.41, n.4, p.616-24, 2007.
- RESTREPO, Helena. Epidemiologia y control del cáncer de la mujer en América Latina y del Caribe. In: GÓMEZ, Elsa (Ed.). **Genero, mujer e salud en las Américas**. Washington: Organización Panamericana de la Salud, 1993. p.98-113.
- RIBEIRO, Adalgisa Peixoto; SCHUTZ, Gabriel Eduardo. Reflexões sobre o envelhecimento e bem-estar de idosas institucionalizadas. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro, v.10, n.2, p.191-201, 2007.
- RIBEIRO, Maria Salete. **A questão da família na atualidade**. Florianópolis: IOESC, 1999.
- RISCART, Madelin; MUSTELIER, Mery; GONZÁLEZ, Maira. Interrelación de la familia con el adulto mayor institucionalizado. **Revista Cubana de Enfermería**, v.22, n.1, Ciudad de la Habana, 2006.
- RISSARDO, Leidyani Karina; FURLAN, Mara Cristina; GRANDIZOLLI, Graciella; MARCON, Sonia; CARREIRA, Lígia. Concepção e sentimentos de idosos institucionalizados sobre família. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v.10, n.4, p.682-689, 2011.
- ROCHA-COUTINHO, Maria Lúcia. Transmissão geracional e família na contemporaneidade. In: BARROS, Myriam (Org.). **Família e Gerações**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2006.

ROCHA, Sheila Marta; LIMA, Isabel Maria. A pessoa idosa e o contexto familiar: uma abordagem sociojurídica. In: **Congresso internacional interdisciplinar em sociais e humanidades**. Niterói (RJ): ANINTER-SH/ PPGSD-UFF, 2012.

ROLLIN, Irma. **Grupo de convivência para terceira idade: uma busca do sentido de ser e existir**. 1998. 82f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) – Curso de Serviço Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Centro Sócio Econômico, Florianópolis, 1998.

SANTOS, Altair José dos. **Do paraíso infantil ao sentimento de culpa: uma travessia**. 2004. 110f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Programa de Pós-graduação em Psicologia, Universidade Católica de Goiás, Goiânia, 2004.

SANTOS, Katia Ricci dos. **Imagens e narrativas de uma instituição asilar e da velhice, construídas por três segmentos distintos: idosos moradores, gestores e voluntários**. 2007. Dissertação (Programa de Pós-graduação em Gerontologia) - Faculdade de Educação da Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, 2007.

SANTOS, Ana Cristina. **O arquivo vivo da sociedade: estudo de idosos institucionalizados**. 2006. 85f. Dissertação (Mestrado em Toxicodependência e Patologias Psicossociais) – Escola Superior de Altos Estudos, Instituto Superior Miguel Torga, Coimbra, 2006.

SANTOS, Naiana. **Família de idosos institucionalizados: perspectivas de trabalhadores de uma instituição de longa permanência**. 2013. 88f. Dissertação (Programa de pós-graduação em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2013.

SARTI, Cynthia. Famílias enredadas. In: ACOSTA, Ana Rojas; VITALE, Maria Amália (Orgs). **Família, redes, laços e políticas públicas**. 3.ed. São Paulo: Cortez Editora, 2007.

SILVA, Ana Cruz. **Vulnerabilidade humana e envelhecimento: o que temos a ver com isso**. São Paulo: Portal do Envelhecimento, 2015.

SILVA, Cátia; CARVALHO, Lucimeires; SANTOS, Ana Carla; MENEZES, Maria do Rosário. Vivendo após a morte de amigos: história oral de idosos. **Texto contexto - Enfermagem**, v.16, n.1, p.97-104, Florianópolis, 2007.

SILVA, Cátia; MENEZES, Maria do Rosário; SANTOS, Ana Carla; CARVALHO, Lucimeire; BARREIROS, Edileide. Relacionamento de amizade na instituição asilar. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v.27, n.2, p.274-83, 2006.

SILVA, Flávia. Subjetividade, individualidade, personalidade e identidade: concepções a partir da psicologia histórico-cultural. **Psicologia da Educação**, v.28, p.169-195, 2009.

SILVA, Leticia; VÁSQUEZ-GARNICA, Elba Karina. El cuidado a los ancianos: las valoraciones en torno al cuidado no familiar. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v.17, n.2, p.225-231, 2008.

SILVA, Roberto Jerônimo; MENEZES, Aldemir; TRIBESS, Sheilla; RÓMO-PEREZ, Vicente; VIRTUOSO JÚNIOR, Jair. Prevalência e fatores associados à percepção negativa da

saúde em pessoas idosas no Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v.15, n.1, p.49-62, 2012.

SOUZA, Patrícia; BENEDETTI, Tânia; BORGES, Lucélia; MAZO, Giovana; GONÇALVES, Lúcia. Aptidão funcional de idosos residentes em uma instituição de longa permanência. **Revista brasileira de geriatria e gerontologia**, v.14, n.1, 2011.

SOUZA, Rosangela; SKUBS, Thais; BRÊTAS, Ana Cristina. Envelhecimento e família: uma nova perspectiva para o cuidado de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.60, n.3, p.263-267, 2007.

STHAL, Hellen Cristina; BERTI, Heloisa; PALHARES, Valéria. Grau de dependência de idosos hospitalizados para realização das atividades básicas da vida diária. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v.20, n.1, p.59-67, 2011.

TELES, Mariza; BARBOSA, Henrique; LEITE, Maria Geralda; LIMA, Emerson; FERREIRA, Risomar; ZUBA, Lylian Aparecida. A percepção de idosos institucionalizados em relação à família. **EFDeportes.com, Revista Digital**. Año 18, n.189, Buenos Aires, 2014. Disponível em: <<http://www.efdeportes.com/efd189/a-percepcao-de-idosos-institucionalizados.htm>>. Acesso em 10 nov. 2014.

TIER, Cenir; FONTANA, Rosane; SOARES, Narciso. Refletindo sobre idosos institucionalizado. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.57, n.3, 2004.

TOMASINI, Sérgio Luiz; ALVES, Simone. Envelhecimento bem-sucedido e o ambiente das Instituições de longa permanência. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**, v.4, n.1, p.88-102, Passo Fundo, 2007.

UCHÔA, Elizabeth; VITAL, Jean Michel. A antropologia médica: elementos conceituais e metodologia para uma análise da saúde e doença. **Caderno de Saúde Pública**, v.10, n. 4, p.493-504, 1994.

VINTÉM, João Manuel. Inquéritos Nacionais de Saúde: autopercepção do estado de saúde: uma análise em torno da questão de gênero e da escolaridade. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, v.26, n.2, 2008.

VITALE, Maria Amália. Avós: velhas e novas figuras da família contemporânea. In: ACOSTA, Ana Rojas; VITALE, Maria Amália (Orgs). **Família, Redes, Laços e Políticas Públicas**. 3.ed. São Paulo: Cortez Editora, 2007.

YAMAMOTO, Akemi; DIOGO, Maria José. Os idosos e as instituições asilares do Município de Campinas. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v.10, n.1, p. 660-666, 2002.

ZIMERMAN, Guitte I. **Velhice**: aspectos biopsicossociais. Porto Alegre: Artmed, 2007.

APÊNDICES

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

PERCEPÇÃO DE SAÚDE DO IDOSO INSTITUCIONALIZADO: um estudo sobre as influências do afastamento do convívio familiar.

Responsável pelo Projeto: Prof. Dr. Hilton P. Silva

Endereço para contato: Laboratório de Antropologia, UFPA, Tel/fax: 91 3201 8024

e-mail: hdasilva@ufpa.br

Comitê de Ética em Pesquisa, ICS/UFPA. Complexo de Salas de Aula/ICS – Sala 13, Campus Universitário, No. 1, Guamá, CEP 66075-110, Belém, Pará, Tel/fax: 91 3201 8028, e-mail: cepccs@ufpa.br

Consentimento Livre e Esclarecido para Participar de Projeto de Pesquisa

Você está sendo convidado a participar de um projeto de pesquisa. É importante que você entenda o significado deste projeto para decidir se você deseja ou não participar. Eu vou descrever os objetivos da pesquisa, como ela será feita e qual sua parte no projeto. Você deve perguntar e esclarecer qualquer dúvida que tenha. Se você tiver perguntas depois que o projeto for iniciado, por favor não deixe de nos informar. Os membros de nossa equipe têm a obrigação de lhe responder. A sua participação no projeto é voluntária e você pode deixar de participar, sem qualquer prejuízo, a qualquer momento que queira.

Objetivos do Estudo: Estamos conduzindo um estudo sobre a percepção de saúde e os fatores que podem influenciar em sua condição de saúde. Você foi selecionado para participar deste estudo. O objetivo da pesquisa é analisar como o afastamento do convívio familiar influencia na percepção de saúde do idoso institucionalizado. Desta forma será possível entender melhor a condição de saúde de idosos institucionalizados em Belém. No estudo será feita avaliação de desempenho ocupacional e entrevista com o idoso para a identificação de relações entre a institucionalização, afastamento familiar e percepção de saúde.

Metodologia do Estudo

Todo o trabalho deve demorar aproximadamente uma hora por pessoa. Primeiramente será realizada conversa informal e observação para avaliação ocupacional na execução de atividades diárias. Depois serão feitas perguntas para lhe caracterizar em relação a idade, sexo, escolaridade, estado civil, filhos, tempo de institucionalização, vínculo familiar, doenças crônicas, prática de exercícios físicos e lazer, e então será realizada entrevista com algumas perguntas sobre motivo da institucionalização, o seu arranjo familiar, o significado de “família”, os sentimentos acerca do afastamento do convívio familiar e também sobre a autopercepção de saúde. Se você autorizar, esta entrevista será registrada através de vídeos.

Os procedimentos para coleta de dados não oferecem riscos à saúde dos idosos. A pesquisadora se compromete em realizar suporte psicoemocional, se necessário.

Esta pesquisa será conduzida no espaço da Instituição em que você reside, em horário pré-estabelecido. Sua participação é voluntária. O grupo de pesquisa compromete-se a fornecer esclarecimento a todos os participantes sobre cada fase do trabalho, informando sobre todas as atividades que serão realizadas.

Riscos e Desconfortos - Este projeto não apresenta nenhum grande risco para a sua saúde física, psicológica, social e intelectual. As suas informações individuais serão mantidas em absoluto sigilo. Apenas os membros do projeto terão acesso a estas informações.

Benefícios - Os benefícios potenciais para os participantes são a identificação de possíveis problemas de saúde relacionados a determinantes sociais. Qualquer problema identificado será relatado a você para que tome as devidas providências. Serão oferecidas orientações de saúde e qualidade de vida. Além disso, a sua participação nos ajudará a entender melhor como os idosos institucionalizados estão vivendo e como está a sua percepção de saúde. Ao final do projeto, os resultados das informações coletadas serão publicados como material científico e também repassados à comunidade e aos órgãos e instituições trabalhando com saúde nesta área, para que você e eles possam desenhar programas de saúde mais apropriados para as suas necessidades.

Você concorda/autoriza a participar do projeto? Caso positivo por favor assine ou marque abaixo.

Data: ____/____/____ Local:_____

Nome:_____

Assinatura:_____

(Participante ou responsável)

Assinatura:_____

(Pesquisador)

Assinatura:_____

(Testemunha)

APÊNDICE B
QUESTIONÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO DO IDOSO

Nome: _____

1. **Grau de dependência:** I - Independente () II - Semi-dependente ()

2. **Sexo:** Feminino () Masculino ()

3. **Data e Local de nascimento:** _____/_____/_____ _____

Idade: _____

4. **Data de entrada na ILPI:** _____

5. **Motivo da institucionalização:** _____

6. **Escolaridade:**

Sem escolaridade () Fundamental incompleto () Fundamental completo () Médio incompleto () Médio completo () Superior incompleto () Superior completo ()

7. **Profissão:** _____

8. **Tem familiares vivos:** Sim () Não ()

9. **Se sim, quantidade aproximada:** _____

10. **Estado civil:**

Solteiro(a) () Casado(a) () Divorciado(a) () Viúvo(a) ()

11. **Filhos:** Sim () Não ()

12. **Vínculo familiar:** Sim () Não ()

13. **Recebe visita de familiares:** Sim () Não ()

14. **Se sim, com que frequência:**

Semanalmente () Pelo menos três vezes por mês () Quando solicitado pela Instituição () Raramente ()

15. **Visita seus familiares fora da Instituição:** Sim () Não ()

16. **Se sim, com que frequência:**

Semanalmente () Pelo menos três vezes por mês () Quando solicitado pela família () Raramente ()

17. **Doenças crônicas referidas:**

Hipertensão arterial () Diabetes () Câncer () Doença auto-imune () Doença neuro-degenerativa () Neuropatias () Artrite () Doença respiratória () Transtorno mental (depressão, esquizofrenia, transtorno bipolar) () Osteoporose () Outros ()

18. **Você avalia sua saúde como:**

Ruim () Mais ou menos () Boa ()

19. **Você está satisfeito com a sua saúde?**

Satisfeito () Nem satisfeito/ Nem insatisfeito () Insatisfeito ()

20. **Comparando com a saúde de outros idosos da mesma idade que você, como é sua saúde?**

Ruim () Mais ou menos () Boa ()

21. **Pratica atividade física:** Sim () Não ()

Se sim, qual e com que frequência? Se não, por quê?

22. **Participa de atividades de lazer:** Sim () Não ()

Se sim, qual e com que frequência? Se não, por quê?

APÊNDICE C
ROTEIRO PARA ENTREVISTA INDIVIDUAL

1. **Nome:** _____
2. **O que você entende por “família”?**
3. **Fale sobre a sua família.**
4. **O que levou você a vir para este Abrigo?**
5. **Me conte sobre a relação com sua família, antes de vir para o Abrigo.**
6. **Agora me fale sobre a relação com sua família depois de vir para o Abrigo.**
7. **Como você considera estar seu convívio familiar? E como você se sente em relação a isto?**
8. **Descreva como você se sente em relação à sua saúde.**
9. **Você avalia que sua saúde melhorou, está na mesma ou piorou desde que veio morar aqui? Por quê?**
10. **Você acredita que sua condição de saúde possa estar relacionada com a presença ou ausência de visitas familiares? Por quê?**

APÊNDICE D
ARTIGO PUBLICO NA REVISTA KÁIROS

**Possíveis impactos na saúde de idosos
institucionalizados pelo seu afastamento
do convívio familiar**

*Possible impacts on the health of institutionalized elderly
by their family removal*

Raphaella Santos Loureiro
Hilton Pereira da Silva

RESUMO: Este estudo apresenta algumas perspectivas sobre a influência do afastamento do convívio familiar na percepção de saúde de idosos institucionalizados no estado do Pará, Amazônia. Trata-se de um estudo observacional e descritivo, em que foi realizada entrevista aberta individual, e os dados foram analisados segundo a técnica de *análise de discurso*. Conclui-se que a autoavaliação de saúde dos idosos institucionalizados é afetada por sua percepção sobre o afastamento do convívio familiar.

Palavras-chave: Idoso; Institucionalização; Convívio familiar.

ABSTRACT: *This study presents some perspectives on the influence of the removal of family life on the self-assessment of health of institutionalized elderly in Pará, Amazonia. This is an observational and descriptive study, conducted through individual open interviews. Data were analyzed according to the technique of discourse analysis. It is concluded that the self perceived health of institutionalized elderly is affected by their perception of the distance from family life.*

Keywords: *Elderly; Institutionalization; Family, Amazonia.*

Introdução

O interesse deste estudo vem da vivência profissional de um dos autores (RSL), como terapeuta ocupacional em uma Instituição de Longa Permanência para idosos (ILP), em Belém, Pará, Brasil. Durante a prática diária, é possível notar que poucas famílias mantêm vínculo com os idosos institucionalizados. Aos poucos, e com o passar dos dias, as visitas ficam mais escassas.

Apesar do esforço dos membros da diretoria e da equipe técnica das instituições em planejar e organizar ações com objetivos técnicos específicos e também com finalidade de cunho social, para ajudar a melhorar o bem-estar psicoemocional do idoso, pouco é alcançado em relação à participação e integração de familiares nestas atividades.

O envelhecimento da população mundial, inclusive na Amazônia, é um fenômeno que faz com que pesquisadores, gestores de saúde, e políticos precisem se debruçar sobre as demandas específicas dessa sociedade cada vez mais longeva (Sthal et al., 2011). Este fato, juntamente com a mudança da dinâmica familiar atual, vem refletindo em um aumento no número de idosos residentes em ILPs (Santos, 2013).

O envelhecimento da população é um dos maiores triunfos da humanidade e também um dos grandes desafios. As pessoas da terceira idade são, geralmente, ignoradas como recurso, quando na realidade constituem um grupo importante para as estruturas da nossa sociedade (Cassiano et al., 2005). Nas últimas décadas, a América Latina vem enfrentando uma rápida “revolução demográfica”, que é produto do envelhecimento de sua população, aumento da expectativa de vida e a queda dos nascimentos (Frayssinet, 2014).

Como consequência do avanço da idade aumentam as limitações e os idosos acabam por perder, aos poucos, funções físicas, fisiológicas e cognitivas. Isto se agrava com o fato de atualmente o funcionamento familiar muitas vezes não ser harmônico, o que pode contribuir para o surgimento de doenças nos diferentes membros familiares, em especial nos idosos (Brasil, 2006).

A mudança de perfil das famílias brasileiras, com diversas novas configurações familiares, reduz a perspectiva de uma pessoa idosa residir em um ambiente familiar como no passado, fazendo com que, em algumas situações, ela more sozinha ou em ILPs (Pollo; Assis, 2008; Santos, 2013). Neste mesmo sentido, Teles et al. (2014) lembram que a estrutura familiar tem sofrido modificações significativas, predominando hoje famílias pequenas em lugar das tradicionais e extensas, favorecendo o surgimento de novos tipos de arranjos familiares.

Zimerman (2007) afirma que a institucionalização de idosos é, na maioria dos casos, motivada por dificuldade econômica e de convivência, além de incapacidade de propiciar ambiente agradável ao idoso. E Martins et al. (2007) complementam assegurando que o acelerado ritmo de envelhecimento da população trouxe profundas transformações sociais, urbanas, industriais e familiares, fazendo com que as instituições destinadas a prestar assistência à população idosa fossem cada vez mais necessárias.

Nem toda família tem uma estrutura pronta para receber um idoso fragilizado e que nem todos têm uma família extensa. Dessa forma, às vezes, encontram-se alguns idosos que vivem sozinhos por não terem filhos ou a quem procurar, outros que estão brigados com a família, ou ainda aqueles que todos já se foram de sua vida (Teles et al, 2014).

Estas conjunturas vêm refletindo em um aumento no número de idosos residentes em Instituições de Longa Permanência (ILPI's). Sabendo que a sociedade contemporânea faz com que o cotidiano das pessoas seja cheio de atividades, exija agilidade e dedicação, e sabendo também que o processo de envelhecimento envolve mudanças e restrições físicas, psicológicas e sociais, muitas vezes a família não consegue se estruturar e ter disponibilidade para acompanhar e cuidar do idoso, por isso recorre a essas instituições.

Contudo, a transferência do idoso de sua casa para uma instituição faz com que ele tenha que se adaptar a uma nova realidade, que inclui mudanças de hábitos, rotinas, ambientes e relações pessoais e sociais (Araújo et al, 2006). Esta situação pode acarretar em modificações na condição de saúde e qualidade de vida destes idosos, sendo um tema relevante para a saúde pública.

De uma forma geral a institucionalização dos idosos pode levar à diminuição na autonomia, perda de identidade, bem como fragilização de vínculos com familiares e amigos (Tomasini; Alves, 2007). Perlini et al. (2007) em um estudo sobre a fragilização dos laços familiares com o processo de institucionalização, verificaram que, no início da internação, os idosos recebiam muitas visitas de parentes, amigos ou de pessoas da comunidade, porém, à medida que o tempo passava, as visitas diminuía.

Dito isto, é notório que com o envelhecimento da população atrelado à mudança nos arranjos familiares se faz necessário a organização de políticas públicas que se adequem ao novo perfil demográfico da população, pensando em serviços que atendam as peculiaridades, cuidado e assistência aos idosos.

Frayssinet (2014) observa que é preciso a adoção de políticas públicas em saúde, segurança social, proteção, educação, recreação, atividades comunitárias, destinadas a população idosa. Ressalta que estas políticas deverão considerar a nova realidade das famílias

que necessitam de mais apoio para cuidar de seus familiares idosos. Neste panorama as Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs) aparecem como apoio aos idosos, famílias e sociedade.

No entanto, pouco ainda tem sido investigado sobre o impacto do afastamento familiar na saúde da pessoa idosa no Brasil e, especial na Amazônia. Este estudo tem por objetivo apresentar algumas perspectivas sobre a influência do afastamento do convívio familiar na autopercepção de saúde de idosos institucionalizados em Belém do Pará.

Metodologia

O estudo foi realizado em uma ILP de cunho filantrópico em Belém, Pará, na região Amazônica do Brasil, do qual a primeira autora faz parte da equipe técnica multiprofissional, formada por médico, enfermeiro, técnicas de enfermagem, assistente social, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, educadora física e nutricionista.

Acolhe idosos a partir de 60 anos, abrigados por motivos diversos (iniciativa própria, da família ou do responsável pelo idoso; inexistência de vínculos familiares; conflitos familiares; abandono familiar). A ILP oferece frequentemente atividades lúdicas, recreativas e culturais aos seus residentes.

A pesquisa foi realizada nos meses de janeiro e março de 2014. Trata-se de um estudo de base, qualitativo, observacional e descritivo, no qual foram acompanhados cinco idosos, semi-dependentes, que necessitam de ajuda em até três atividades da vida diária, a partir da avaliação do Índice de Katz, e lúcidos.

A escala do Índice de Katz foi elaborada por Katz et al. (1963) e validada para o Brasil por Lino et al. (2008), e permite atribuir diferentes graus de independência funcional na execução de atividades diárias, incluindo seis áreas de desempenho (banho, vestir, ir ao banheiro, transferência, continência e alimentação).

Tabela 1: Indicadores demográficos da amostra

Caracterização social		n	%
Sexo	Feminino	3	60
	Masculino	2	40
Grau de dependência	Semi-dependente	5	100
Faixa etária	70 – 79	4	80

	80 e +	1	20
Estado civil	Solteiro	1	20
	Casado	0	0
	Viúvo	4	80
	Divorciado	0	0
Filhos	Sim	5	100
	Não	0	0

Os idosos foram escolhidos de forma aleatória e a partir da disponibilidade para conversar sobre o tema, sendo três mulheres e dois homens com faixa etária entre 71 e 80 anos. Encontravam-se em processo de institucionalização e foram entrevistados em seus primeiros dias no novo local de residência, e após sessenta dias. Foi realizada entrevista aberta individual, na sala de Terapia Ocupacional da ILP, pela própria pesquisadora, de acordo com o melhor horário e conveniência dos entrevistados.

No primeiro momento, foram feitas perguntas sobre: o motivo da institucionalização, vínculo com a família, expectativa quanto à visita de familiares após a institucionalização, e pretensão de participar das atividades lúdicas e físicas propostas pela Instituição; e no segundo momento, após 60 dias, sobre: a frequência das visitas familiares, sentimentos acerca do afastamento do convívio diário com a família, participação nas atividades propostas pela Instituição e avaliação da autopercepção de saúde.

As entrevistas tiveram, como forma de registro, gravação de áudio, com consentimento do idoso. Os dados foram analisados segundo a técnica de análise de discurso (Gondim; Fischer, 2009).

Resultados e Discussão

Como mostra na Tabela 1, todos os idosos do estudo tinham filhos e netos vivos, que moravam na mesma cidade da instituição em questão, e dos cinco entrevistados, um era solteiro e quatro eram viúvos.

Em relação à escolaridade, três tinham fundamental incompleto; um fundamental completo; e o outro, médio completo. Duas idosas não tiveram experiência profissional, dedicaram-se ao cuidado do lar, e os outros três trabalharam por muitos anos (secretária de repartição, taxista e contabilista).

A partir dos discursos, foi possível considerar que os vínculos familiares já se encontram enfraquecidos quando os idosos chegaram à instituição, muitas vezes relacionado ao pouco tempo que as famílias dedicavam ao familiar idoso.

Uma idosa recebia visita de familiares semanalmente, o que a surpreendeu e elevou seu bem-estar. Outro idoso teve poucas visitas e ele se mostrou muito insatisfeito com isso, estando constantemente de mau-humor e referindo mal-estar. Os outros três idosos recebiam visitas regularmente e referiam melhor ânimo quando recebiam ou sabiam que iriam passar um tempo com seus familiares.

Os idosos justificam a sua estada na ILP de várias formas:

“Eu conheço o trabalho aqui do Abrigo, sempre quis vir morar aqui. Chegou a hora. Estou ansiosa, quero vir logo.” (Idoso 1).

“Eu quero vir morar aqui, por minha vontade mesmo, porque fico o dia todo sozinho, sem ninguém pra falar. Acho que aqui vou ficar mais feliz.” (Idoso 2).

“Vários motivos se juntam pra eu ter vindo aqui [...] Minha família é muito ocupada e não quero ser mais um peso na vida deles.” (Idoso 3).

“Lá [na casa onde morava] ninguém tem paciência com as minhas limitações, acham que eu sou molenga. Cansei de ser ofendido, sabe!?” (Idoso 4).

“Minha filha e meus netos acham que eu devo vir pra cá. Que será melhor pra mim. Então, eu vim.” (Idosa 5).

De uma forma geral, ao ingressar, os idosos consideram ter um bom vínculo com seus familiares, levando em consideração as ocupações, brigas, desentendimentos e ajuda financeira:

“Graças a Deus, eu consegui que meus filhos e netos sejam muito unidos. Quase todo o final de semana tem aquelas reuniões de família, sabe? Quando eles têm tempo.” (Idoso 1).

“Olha, nós brigamos, mas nos amamos, isso é família, né? No final a gente se entende e tudo fica bem.” (Idoso 2).

“Nos damos bem. Se não fosse eles, eu nem sei o que seria de mim. Não tenho dinheiro pra pagar tudo que eu gasto não.” (Idoso 5).

Os idosos, no início da institucionalização, acreditam que seu relacionamento familiar continuará o mesmo considerando que a ILP garante em seus termos contratuais a possibilidade de visitas familiares diárias na instituição e de sair para visitas e passeios externos com seus familiares e amigos.

Após 60 dias na Instituição, é notado, no discurso dos idosos, que o processo de institucionalização faz com que haja modificação na percepção de vínculo familiar, e o distanciamento de seus familiares é percebido como agente causador de tristeza, ansiedade e aborrecimento, e as falas dos entrevistados paraenses também demonstram esses sentimentos.

Quadro 1: Emissões antes e após os 60 dias de institucionalização

IDOSOS	1º entrevista	2º entrevista
1	<i>“Eles disseram que vão vir sempre que puderem. E eu acho que vão vir, sim. Só quando não puderem mesmo, que não vão aparecer.”</i>	<i>“Nesse tempo que eu tô aqui, meus filhos vieram poucas vezes, e alguns netos vieram só uma. Pensei que eles fossem vir mais. Eu fico triste com isso, às vezes nem levanto da cama, fico sem vontade pra nada.”</i>
2	<i>“Se meu povo vier me ver será bom, se não vier tem algum motivo. Não fico pensando muito em coisas que ainda irão acontecer.”</i>	<i>“Eu sabia que depois que eu viesse pra cá veria menos minha família, mas isso não me incomoda. Quando eles vêm, eu fico mais feliz, quando eles não vêm, eu sinto saudade, de vez em quando, mas sobrevivo.”</i>
3	<i>“Não sei como vai ser, mas eu espero que não me esqueçam aqui.”</i>	<i>“Minha família me faz surpresas. Estão sempre vindo por aqui. Tô muito bem, estamos bem.”</i>
4	<i>“Minha família virá todo o final de semana, com certeza, que é quando eles têm tempo.”</i>	<i>“Nem gosto de falar sobre isso. Me aborrece. Quando alguém daqui [da Instituição] liga pra lá, eles vêm. Só assim.”</i>
	<i>“Não sei, acho que eles vão vir me ver de vez em quando, quando puderem.”</i>	<i>“As visitas são como eu já pensava. Quando tem tempo vem alguém.”</i>

5	<i>Eles trabalham e estudam, têm sempre alguma coisa pra fazer.”</i>	
---	--	--

Pesquisas anteriores já demonstraram que, após a institucionalização do idoso, seus familiares não se preocupam em visitá-lo rotineiramente, delegando os cuidados aos profissionais da instituição (Papaléo Netto, 2000). Em uma perspectiva comparativa entre idosos residentes em ILPI, e em seus domicílios, o estudo de Oliveira et al. (2006) observou que o grupo de idosos institucionalizados apresentou mais sintomas de ansiedade (classificação grave), depressão (leve) e desesperança (leve).

Algumas falas também demonstram resignação e até melhoria nas relações atribuído, talvez, a participação nas diversas atividades lúdicas oferecidas pela ILP que acabam sendo recurso de autoajuda e (re) significação de possibilidades de convívio social:

“Sabe? Pra minha surpresa, eu vejo mais eles aqui, do que quando eu tava lá [na casa onde morava com uma filha]. Eu to muito feliz. Acertei quando pedi pra me trazerem aqui. Quando eles não vem eu tenho os amigos, e acabo não sentindo muita falta.” (Idoso 3).

“Sempre que podem, eles estão aqui. Fico bem contente, quando eles passam uma horinha aqui comigo. E também sempre tem o que fazer aqui, o tempo passa mais rápido e as vezes, quando eles prometem que vem e não vem, eu até esqueço.” (Idoso 5).

O vínculo familiar diminuído pode gerar sentimentos negativos em relação à família, na maioria das vezes, pelo fato de os idosos se sentirem esquecidos. Assim como demonstrado em alguns depoimentos acima, no estudo de Martins et al. (2007), os idosos referiram intensos sentimentos de dor, ocasionados pelo desinteresse da família; alguns explicitam a tristeza de terem sido desprezados por seus familiares; e outros acabaram perdendo o contato com a maioria dos membros da família, relatando que a instituição acaba sendo um local de possibilidades de contato com outras pessoas, conversas, apoio médico e emocional.

Nesse sentido destaca-se a importância de conhecer a autopercepção do estado de saúde da pessoa idosa, sendo este um indicador reconhecido, porque mede a percepção subjetiva do estado físico e mental, independentemente das interpretações dos sintomas (Vintém, 2008). Ferreira (2011, p.14) destaca que “é importante conhecer como as pessoas

idosas percebem a sua própria saúde, porque esta concepção influencia na vivência do seu cotidiano, de maneira a que se possa canalizar as diretrizes dos cuidados prestados”.

Sobre a autopercepção de saúde, os idosos relataram que:

“Minha saúde é bem mais ou menos, sabe? Às vezes, tô bem e, às vezes, bem mal. Depois que eu vim morar aqui, eu só me sinto mais triste, mas acho que minha saúde tá na mesma.” (Idoso 1).

“Eu tenho boa saúde, muito difícil eu sentir alguma coisa e quanto sinto passa logo e sem remédio [...] Aqui é bom porque sempre temos com quem falar e isso faz a gente se sentir bem, né? Tô legal.” (Idoso 3).

“Nunca tive a saúde boa e não seria agora na velhice que seria, né? E aqui é bom que as ‘enfermeiras’ (refere-se às técnicas de enfermagem) nos dão os remédios na hora certa.” (Idoso 4).

Alguns discursos relacionaram saúde com o afastamento do convívio diário de seus familiares:

“Depois que eu vim morar aqui, eu me sinto bem melhor, mais alegre. Antes eu sentia dor de cabeça quase todo o dia, e nunca mais me deu.” (Idoso 2).

“Se eu estivesse perto dos meus [familiares] seria melhor, mas também não vou dizer que estou ruim, vamos levando.” (Idoso 3).

“Quando eu morava com minha filha, o marido dela e os netos, eu vivia muito sozinha, mas eu sabia que eles iriam chegar e isso me deixava feliz. E, agora, não tenho mais essa felicidade todo o dia e isso me deixa pra baixo [...], tenho dor de cabeça e fico tonta, quando começo a pensar muito nisso.” (Idosa 5).

Para minimizar o sofrimento psicoemocional e melhorar a qualidade de vida das pessoas idosas, é importante a realização de atividades sociais, lúdicas, recreativas, culturais e de lazer, e, de fato, os idosos que participam dessas propostas pela Instituição referem maior bem-estar. Michel (2010) observa que há construção de novos laços culturais na convivência institucional, citando, para contribuir com isso, as atividades grupais, que permitem aos idosos expressar e compartilhar o que acreditam a respeito dos mais variados aspectos de suas vidas, inclusive da vivência deles na ILPI:

“Eu participo de tudo que tem aqui. Gosto muito e faz eu me sentir melhor. Já fiz novas amizades, ajudo quem precisa, visito outras idosas.” (Idoso 2).

“Aqui tem muitas atividades. Eu gosto muito. Não participo de todas, mas da maioria. Gosto, quando vem gente tocar, cantar.” (Idoso 3).

“Quando eu tô com vontade, eu participo. Quase sempre. Porque quando eu vou fico bem o resto do dia.” (Idoso 5).

Atividades terapêuticas que ocupam o dia a dia dos idosos institucionalizados, e estratégias que visem à estimulação de vínculos entre os próprios idosos e com a equipe, podem minimizar o sofrimento biopsicossocial causado pelos processos de envelhecimento, institucionalização, pela ausência da família, e ajudar a melhorar a percepção de vida desses idosos.

A situação familiar do idoso no Brasil reflete o efeito cumulativo de eventos socioeconômicos, demográficos e de saúde ocorridos no país ao longo dos anos (Lebrão; Duarte, 2003). Mudanças sociodemográficas e culturais, como a diminuição do número de filhos, as separações, o celibato, a mortalidade, a viuvez, maior participação da mulher no mercado de trabalho, conflitos intergeracionais, e novas (re)configurações familiares têm repercussões importantes na capacidade de acolhimento familiar, havendo muitas vezes grande redução na capacidade de prestar apoio ao membro idoso (Moraes, 2012), fazendo com que as ILPs sejam, cada vez mais um recurso necessário aos idosos e seus familiares.

Conclusão

O estudo apontou que a percepção de saúde de idosos institucionalizados, além de ser influenciada por fatores físicos e biológicos próprios de sua idade, é também afetada por sua percepção sobre o afastamento do convívio familiar, e que isto é um fator importante a ser considerado na análise da saúde, pois tem potenciais implicações na manutenção da qualidade de vida dos indivíduos e no planejamento de políticas institucionais, ou públicas, voltadas aos idosos.

Sendo este um tema relevante para a saúde pública, há necessidade de um maior aprofundamento e ampliação de estudos sobre as relações entre ILPs, saúde e qualidade de vida de idosos. A partir dos resultados desta pesquisa inicial, foi elaborada a dissertação:

“Instituições de longa permanência, afastamento do convívio familiar e a percepção de saúde entre idosos de Belém-PA”, desenvolvido no Programa de Pós-Graduação em Saúde, Ambiente e Sociedade na Amazônia/Saúde Coletiva da Universidade Federal do Pará-UFPA, ampliando e diversificando a amostra, além de buscar identificar aspectos relevantes para uma análise mais holística da saúde do idoso em ILP e refletir sobre planos de ação para minimizar as potenciais consequências negativas do afastamento da família, sendo este, segundo nosso conhecimento, um estudo pioneiro no Pará e na Amazônia.

Referências

Araújo, L., Coutinho, M., & Santos, M. (2006). O idoso nas instituições gerontológicas: um estudo nas perspectivas das representações sociais. *Psicologia & Sociedade*, 2(18), 89-98.

BRASIL. (2006). Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa. *Cadernos de Atenção Básica*, 19, série A. Brasília (DF): Normas e manuais técnicos.

Cassiano, J., Dias, J., Teixeira-Salmela, L., Pereira, G., & Magalhães, C. (2005). *Promovendo saúde e qualidade de vida em adultos maduros e idosos*. Recuperado em 11 novembro, 2014, de: http://www.ufmg.br/proex/arquivos/8Encontro/Saude_49.pdf.

Ferreira, Z. (2011). *Percepção do estado de saúde da pessoa idosa institucionalizada*. 2011. 65f. Dissertação (Mestrado em saúde e envelhecimento) – Universidade Nova de Lisboa, Faculdade de Ciências Médicas, Lisboa.

Frayssinet, F. (2014). *América Latina ante la novedad y el desafío de envejecer*. Recuperado em 05 janeiro, 2015, de: <http://www.portaldoenvelhecimento.com/longevidade/item/3483-america-latina-ante-la-novedad-y-el-desafio-de-envejecer>.

Gondim, S., & Fischer, T. (2009). O discurso, a análise de discurso e a metodologia do discurso do sujeito coletivo na gestão intercultural. *Cadernos da Gestão Social*, 2(1).

Lebrão, M., & Duarte, Y. (2003). *O projeto SABE no Município de São Paulo: uma abordagem inicial*. Brasília (DF): Organização Pan-Americana da Saúde.

Lino, V.T.S., Pereira, S.R.M., Camacho, L.A.B., Ribeiro Filho, S.T., & Buksman, S. (2008). Adaptação Transcultural da Escala de Independência em Atividades de Vida Diária (Escala de Katz). Rio de Janeiro (RJ): *Caderno de Saúde Pública*, 24(1), 103-112.

Katz, S., Ford, A.B., Moskowitz, R.W., Jackson, B.A., & Jaffe, M.W. (1963). *Studies of illness in the aged*. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. *Journal of the American Medical Association*, 185, 914-919.

Martins, E., Machado, F., Fonseca, Y., & Sampaio, A. (2007). *O significado de família e saúde para idosos: um estudo em instituição de longa permanência da cidade de São Paulo*. Recuperado em 11 novembro, 2014, de: http://encipecom.metodista.br/mediawiki/images/4/43/O_significado_de_familia.pdf.

- Michel, T. (2010). *A vivência em uma instituição de longa permanência: significados atribuídos pelos idosos*. (149f.). Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Enfermagem). Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, Curitiba PR).
- Moraes, E. (2012). *Atenção à saúde do idoso: aspectos conceituais*. Brasília (DF): Organização Pan-Americana da Saúde.
- Oliveira, C., Souza, C., Freitas, T., & Ribeiro, C. (2006). Idosos e família: asilo ou casa. *Portal Psicologia*. Recuperado em 11 novembro, 2014, de: <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0281.pdf>.
- Papaléo Netto, M. (2000). *Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada*. São Paulo (SP): Atheneu.
- Perlini, N., Leite, M., & Furini, A.C. (2007). Em busca de uma instituição para a pessoa idosa morar: motivos apontados por familiares. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 41(2), 229-236.
- Pollo, S., & Assis, M. (2008). Instituições de longa permanência para idosos: desafios e alternativas no município do Rio de Janeiro. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 11(1), 29-44.
- Santos, N. (2013). *Família de idosos institucionalizados: perspectivas de trabalhadores de uma instituição de longa permanência*. (88f.). Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Enfermagem). Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria (RS).
- Sthal, H.C., Berti, H., & Palhares, V. (2011). Grau de dependência de idosos hospitalizados para realização das atividades básicas da vida diária. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 20(1), 59-67.
- Teles, M., Barbosa, H., Leite, M.G., Lima, E., Ferreira, R., & zuba, L. (2014). A percepção de idosos institucionalizados em relação à família. *EFDeportes.com. Revista Digital*, 18(189), Buenos Aires (Argentina). Recuperado em 10 novembro, 2014, de: <http://www.efdeportes.com/efd189/a-percepcao-de-idosos-institucionalizados.htm>.
- Tomasini, S.L., & ALVES, S. (2007). Envelhecimento bem-sucedido e o ambiente das Instituições de Longa Permanência. Passo Fundo (RS): *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, 4(1), 88-102.
- Vintém, J.M. (2008). Inquéritos Nacionais de Saúde: autopercepção do estado de saúde: uma análise em torno da questão de gênero e da escolaridade. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 26(2).
- Zimmerman, G. I. (2007). *Velhice: aspectos biopsicossociais*. Porto Alegre: Artmed.

ANEXOS

ANEXO A
ÍNDICE DE KATZ

Nome:		Data da avaliação: ____/____/____
Para cada área de funcionamento listada abaixo assinale a descrição que melhor se aplica. A palavra “assistência” significa supervisão, orientação ou auxílio pessoal.		
BANHO - banho de leito, banheira ou chuveiro.		
Não recebe assistência (entra e sai da banheira sozinho se essa é usualmente utilizada para banho).	Recebe assistência no banho somente para uma parte do corpo (como costas ou uma perna).	Recebe assistência no banho em mais de uma parte do corpo.
VESTIR - pega roupa no armário e veste, incluindo roupas íntimas, roupas externas e fechos e cintos (caso use).		
Pega as roupas e se veste completamente sem assistência.	Pega as roupas e se veste sem assistência, exceto para amarrar os sapatos.	Recebe assistência para pegar as roupas ou para vestir-se ou permanece parcial ou totalmente despido.
IR AO BANHEIRO - dirige-se ao banheiro para urinar ou evacuar: faz sua higiene e se veste após as eliminações.		
Vai ao banheiro, higieniza-se e se veste após as eliminações sem assistência (pode utilizar objetos de apoio como bengala, andador, barras de apoio ou cadeira de rodas e pode utilizar comadre ou urinol à noite esvaziando por si mesmo pela manhã).	Recebe assistência para ir ao banheiro ou para higienizar-se ou para vestir-se após as eliminações ou para usar urinol ou comadre à noite.	Não vai ao banheiro para urinar ou Evacuar.
TRANSFERÊNCIA		
Deita-se e levanta-se da cama ou da cadeira sem assistência (pode utilizar um objeto de apoio como bengala ou andador).	Deita-se e levanta-se da cama ou da cadeira com auxílio.	Não sai da cama.
CONTINÊNCIA		
Tem controle sobre as funções de urinar e evacuar.	Tem “acidentes” ocasionais, perdas urinárias ou Fecais.	Supervisão para controlar urina e fezes, utiliza cateterismo ou é incontinente.
ALIMENTAÇÃO		
Alimenta-se sem assistência.	Alimenta-se se assistência, exceto para cortar carne ou passar manteiga no pão.	Recebe assistência para se alimentar ou é alimentado parcial ou totalmente por sonda enteral ou parenteral.

ANEXO B
ÍNDICE DE INDEPENDÊNCIA NAS ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA DE KATZ
MODIFICADO

Índice de AVDs (Katz)	Tipo de classificação
0	Independente nas seis funções (banhar-se, vestir-se, alimentação, ir ao banheiro, transferência e continência)
1	Independente em cinco funções e dependente em uma função
2	Independente em quatro funções e dependente em duas funções
3	Independente em três funções e dependente em três funções
4	Independente em duas funções e dependente em quatro funções
5	Independente em uma função e dependente em cinco funções
6	Dependente para todas as funções

Fonte: KATZ; AKPOM, 1976.

ANEXO C
ACEITE DA INSTITUIÇÃO
ASSOCIAÇÃO DA PIA UNIÃO DO PÃO DE SANTO ANTÔNIO



ASSOCIAÇÃO DA PIA UNIÃO DO PÃO DE SANTO ANTÔNIO
 CNPJ. Nº 04.977.773/0001-83

Utilidade Pública Estadual - Decreto nº 3.308, de 10/07/1939.
 Utilidade Pública Municipal - Lei nº 6.985, de 07/04/1976.
 Utilidade Pública Federal - Decreto nº 82.474, de 23/10/1978.

DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL

Declaro que a mestranda Raphaella Santos Loureiro, orientada pelo professor Dr. Hilton Pereira da Silva, ambos com vínculo, acadêmico e funcional, respectivamente, junto à Universidade Federal do Pará, lotados no Programa de Pós-graduação em Saúde, Ambiente e Sociedade na Amazônia, tem a concordância desta instituição para a execução, em suas instalações, do projeto de pesquisa "**Percepção de saúde do idoso institucionalizado: um estudo sobre as influências do afastamento do convívio familiar**".

Afirmo disponibilizar a infraestrutura necessária à pesquisa e as facilidades pertinentes à consecução do seu projeto, até o seu término.

Para que sejam produzidos todos os efeitos legais, técnicos e administrativos deste compromisso, firmo o presente instrumento.

Belém, 04 de Fevereiro de 2015.

ASSOC. DA PIA UNIÃO DO PÃO DE SANTO ANTÔNIO


 Maria Clara Marques Penna de Carvalho

PRESIDENTE

Presidente da Associação da Pia União do Pão de Santo Antônio

Avenida José Bonifácio, nº 1758- Bairro do Guamá - CEP. 66.063-425 - Belém - Pará.
 Tel. (91) 3249-0069 / 3229-5806/ 3229-4514 - Celular: (91) 8404-2230/8403-9994 (Claro)
 e-mail: associacaopaosantoantonio@yahoo.com.br

ANEXO D
ACEITE DA INSTITUIÇÃO
UNIDADE DE ATENDIMENTO A PESSOA IDOSA LAR DA PROVIDÊNCIA



GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ
SECRETARIA DE ESTADO DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL, TRABALHO, EMPREGO E RENDA
DIRETORIA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL
COORDENADORIA DE PROTEÇÃO SOCIAL ESPECIAL DE ALTA COMPLEXIDADE

AUTORIZAÇÃO

Belém, 11 de fevereiro de 2015.

A Coordenadoria de Alta Complexidade/DAS/SEASTER autoriza a aluna Raphaela Santos Loureiro do Curso de Mestrado em Saúde, Ambiente e Sociedade na Amazônia da Universidade Federal do Pará, a realizar pesquisa na **UAPI Lar da Providência**, nos dias e horários a serem combinados previamente com a gerência desta unidade. Informamos ainda que é proibida a realização de imagens dos residentes desta Unidade.

Contato Gerência: Célia Mafra – 8895-6756

Atenciosamente,


Milson Charles Túma Reis
Coordenador da CPSE-AC