

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
ESCOLA DE SERVIÇO SOCIAL



O PROCESSO DE ASILAMENTO NA PERSPECTIVA DO IDOSO RESIDENTE EM
UMA INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA DO SETOR PRIVADO

AUTORA: LUANA DE CASTRO MOURA
ORIENTADORA: SARA NIGRI GOLDMAN

JUNHO/2007

Luana de Castro Moura

**O PROCESSO DE ASILAMENTO NA PERSPECTIVA DO IDOSO RESIDENTE EM
UMA INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA DO SETOR PRIVADO**

Trabalho de conclusão de curso de Graduação,
da Escola de Serviço Social da Universidade
Federal do Rio de Janeiro

Orientadora: Sara Nigri Goldman

RIO DE JANEIRO

2007

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente aos meus pais, que são as pessoas mais importantes da minha vida, que sempre me incentivaram a alcançar meus objetivos.

Agradeço também as minhas queridas irmãs que são grandes exemplos para mim.

Agradeço ao meu noivo por ter estado sempre ao meu lado, nos bons e maus momentos.

Agradeço a minha amiga Amanda que me acompanhou durante todo esse processo acadêmico.

Agradeço a minha supervisora de estágio por ter sido além de tudo uma grande amiga, e ao CAMP, que tornou possível a realização da parte empírica da minha pesquisa.

Agradeço principalmente a minha orientadora por viabilizar o meu encantamento pela temática do envelhecimento devido a toda presteza com que ministrou as suas aulas e orientações, e por todo o comprometimento que demonstra para com a formação de seus alunos.

*Eu não tinha este rosto de hoje,
Assim calmo, assim triste, assim magro,
Nem estes olhos tão vazios,
Nem o lábio amargo
Eu não tinha estas mãos sem força,
Tão pálidas e frias e mortas;
Eu não tinha este coração
Que nem se mostra.
Eu não dei por essa mudança,
Tão simples, tão certa, tão fácil:
Em que espelho ficou perdida a minha face?*

Cecília Meireles

RESUMO

O presente trabalho busca conhecer o processo de asilamento na perspectiva do sujeito asilado, e seus rebatimentos no que tange a vida da pessoa idosa. Primeiramente, aborda a temática do envelhecimento, em que se insere a questão do asilamento, pontuando suas dimensões demográfica, social e cultural. Parte então para a questão da família, do cuidado e da saúde do idoso, temas importantes que perpassam à velhice. A outra parte da revisão literária diz respeito especificamente ao tema proposto, no caso o asilamento de idosos, sua contextualização, seu significado e a sua repercussão perante o idoso asilado. Trata também da legislação que perpassa o asilamento, apresenta alguns momentos em que a institucionalização de idosos esteve no foco da mídia e, traz um questionamento sobre a existência de um modelo ideal. A parte empírica da pesquisa tem como cenário uma Instituição de Longa Permanência, e, como principais atores, idosas, que disponibilizaram suas histórias de vida. Seguindo a discussão do tema proposto - o asilamento de idosos - foi realizada uma análise institucional, para conhecer melhor o contexto em que os sujeitos da pesquisa estão inseridos, e a partir da coleta das histórias de vida das idosas, foi feita uma análise de seus conteúdos abordando temas que foram tratados por elas como religião e espiritualidade, saúde e doença, sentimentos, afetividade, casamento, família, dentre outros. Ao longo da narrativa, foi estabelecida uma cronologia que variou entre as idosas, mas que caracterizaram o processo de asilamento de cada uma delas, permitindo conhecer a institucionalização a partir da perspectiva do sujeito, tentando abarcar toda a coletividade que se encontra vivenciando esse processo.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	07
2. ENVELHECIMENTO	10
2.1. A questão demográfica, social e cultural do envelhecimento	14
2.2. A família e o cuidado a pessoa idosa	27
2.3. A saúde do idoso	35
3. ASILAMENTO	41
3.1. Breve histórico do asilamento de idosos	45
3.2. O idoso perante a institucionalização	49
3.3. A legislação que perpassa o asilamento	54
3.4. O asilamento no foco da mídia	59
3.5. A existência de um modelo ideal de asilamento	68
4. ANÁLISE INSTITUCIONAL	72
5. METODOLOGIA	77
6. ANÁLISE DAS HISTÓRIAS DE VIDA	81
6.1. Ciclos de vida	82
6.2. Família	91
6.3. Sentimentos e valores	97
6.4. Concepções sobre saúde e doença	100
6.5. Representações sobre o asilamento	103
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	107
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	109

ABREVIATURAS

AVD – Atividade de Vida Diária

CAMP – Centro de Convivência Residencial para a Terceira Idade (Instituição de Longa Permanência).

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

ILP – Instituição de Longa Permanência

ONU – Organização das Nações Unidas

SUS – Sistema Único de Saúde

1. INTRODUÇÃO

Dados do IBGE comprovam que o contingente de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos tem crescido rapidamente, e que é notável também o aumento da longevidade no que concerne o segmento idoso. Esta longevidade muitas vezes significa anos a mais de sofrimento, pois não vem acompanhada de qualidade de vida para a pessoa idosa. Devido a todas as mudanças estruturais ocorridas em nossa sociedade, principalmente àquelas referentes à família brasileira, ocorre uma desresponsabilização perante o cuidado direto ao idoso, emergindo então a institucionalização como solução para a problemática do cidadão que envelhece.

Pesquisar este tema partiu do interesse em conhecer como se dá o processo de asilamento, como ele é vivenciado pelo idoso, e os rebatimentos deste, na perspectiva do sujeito residente em uma Instituição de Longa Permanência (ILP). Saber se os idosos participam do processo de escolha e de que maneira isso ocorre, conhecendo os reais motivos que o levam a institucionalização.

De acordo com Cortelletti, Casara & Herédia (2004) as instituições voltadas a pessoas idosas são respostas a necessidades específicas, e para conhecê-las é necessário conhecer o motivo do asilamento de cada idoso.

Para conhecer o processo de asilamento do idoso na perspectiva do sujeito, é importante além de conhecer os motivos que levaram o idoso ao asilamento, e a participação dos idosos na escolha pela institucionalização, também identificar a visão do idoso sobre todo esse processo. Dessa forma, é importante considerar a existência e o significado do asilamento a partir do olhar do idoso, identificando as características e contradições da prática do asilamento de idosos.

A escolha do tema é resultado do estágio curricular realizado no CAMP – Centro de Convivência Residencial para a Terceira Idade, que é uma ILP do setor privado, localizada no Rio de Janeiro, onde tive o meu primeiro contato com a temática do envelhecimento, e mais especificamente, com o asilamento de idosos. A vivência com os idosos viabilizada pelo estágio fez despertar o interesse em conhecer, através do olhar e das sensações daqueles que lá residem que são quem diretamente vivenciam esse processo, como se deu a chegada deles à instituição, e como esse processo foi ocorrendo ao longo de suas vidas.

É importante ressaltar que a pesquisa sobre a temática do asilamento de idosos traz em seu bojo, o questionamento sobre a possibilidade de este nunca se constituir numa verdadeira solução para o idoso, pois independentemente da qualidade do serviço prestado, é sempre um meio de segregação social. Porém, em meio a atual conjuntura de envelhecimento da população brasileira, não podemos negar a necessidade da existência de casas geriátricas.

Porém, segundo Groisman (1999:163-4), pouco se sabe sobre o asilo de velhos, que para ele constituem-se em “instituições atuais e ao mesmo tempo centenárias; potencialmente explosivas, mas de existência silenciosa”. Dessa forma, faz-se necessário um maior estudo relacionado a essas instituições, que por mais que sejam alvos de críticas devidamente embasadas, são cada vez mais demandadas em nossa sociedade.

Para Camarano *et al* (1999) o crescimento das demandas por serviços sociais por parte dos idosos foi acompanhado, em parte, pelo aumento na oferta de serviços no setor privado, com a criação de instituições com fins lucrativos, e entidades beneficentes. Dessa forma, os idosos constituem hoje um grupo de consumidores relevante para prestadores de serviços especializados que almejam algum tipo de retorno financeiro.

Dessa forma, segundo Camarano *et al* (1999), no Brasil, há hoje um amplo complexo de instituições com fins lucrativos orientadas à prestação de serviços de saúde, asilos, casas de repouso, *spas* e hotéis, atividades recreativas e de educação continuada. Porém, para Camarano *et al* (1999:49), “o acesso da maioria da população idosa a esses serviços é limitado por restrições financeiras”.

Segundo Canoas (1985), os usuários dessas instituições - os idosos - representam de certa forma, o papel de consumidores dos serviços prestados por elas. Porém, há que se pensar a respeito da condição física, psicológica e social daquele que envelhece, já que a satisfação de suas necessidades não corresponde apenas ao que a instituição oferece.

Diversas são as classificações que designam as diferentes modalidades de atendimento voltado ao idoso (asilo, casa de repouso, casa geriátrica, ILP), porém independentemente da classificação que possam vir a receber, o ponto em questão aqui presente é identificar o significado dessas instituições a partir da perspectiva do sujeito asilado.

A preocupação com a velhice corresponde à preocupação com o futuro de todos os indivíduos, partindo do pressuposto de que todos nós envelheceremos. Dessa forma, o asilamento se constitui em apenas uma das várias temáticas do envelhecimento que merece a atenção de toda a sociedade, e de pessoas voltadas para o estudo de suas questões.

2. ENVELHECIMENTO

De acordo com Goldman (2004:61), o processo de envelhecimento caracteriza-se por ser “multifacetado, complexo e situado no tempo, no espaço e historicamente determinado”. Dessa forma, segundo Goldman (2004:64) “é um fenômeno que percorre toda a história da humanidade, mas apresenta características diferenciadas de acordo com a cultura, com o tempo, e com o espaço”.

Para Goldman (2004:64), a partir do século XX, essa temática emerge enquanto fenômeno social de alta relevância, “testemunha de maior expectativa de vida e de avanços nas áreas da saúde, do saneamento básico, da tecnologia e da questão ambiental, principalmente nos países do chamado Primeiro Mundo”.

As condições objetivas de vida da população interferem diretamente no envelhecimento, tanto no que se refere ao aumento quantitativo da expectativa de vida quanto à qualidade oferecida aos que envelhecem, através de políticas sociais nas áreas da saúde, da Previdência e da assistência (Goldman, 2004:64).

Segundo Goldman (2004), a Organização Mundial de Saúde tem parâmetros diferenciados para o início do processo de envelhecimento. De acordo com Goldman (2004:65) desde 1982, “nos países mais ricos o patamar começa aos 65 anos, enquanto que nos países subdesenvolvidos (ou em desenvolvimento, para os mais otimistas) se inicia aos 60 anos”.

O envelhecimento, portanto, mesmo referindo-se a uma faixa etária determinada, tem suas especificidades marcadas pela classe social, pela cultura e pelas condições socioeconômicas e sanitárias individuais e/ou coletivas da região (Goldman, 2004:65).

Segundo Cortelletti, Casara & Herédia (2004), o processo de envelhecimento não ocorre de forma homogênea para todos os povos e tampouco para os indivíduos. Para Cortelletti, Casara & Herédia (2004:16) isso se deve a existência de fatores estruturais de desenvolvimento de um país, que inter-relacionados a fatores pessoais (genética, condições psicossociais, modo de vida), “determinam o processo de envelhecimento e condicionam seu conceito”. Em relação a essa diferenciação que ocorre de indivíduo para indivíduo, é importante assinalar que:

O homem é um ser multidimensional: aspectos biológicos, sociológicos, psicológicos, culturais, intelectuais e espirituais afetam seu envelhecimento, interferem no seu modo de vida, na sua relação com o

meio e na conseqüente repercussão no coletivo. (Cortelletti, Casara & Herédia, 2004: 16-7)

Peixoto (2004), ao analisar os processos diferenciais de envelhecimento comprova a variação existente entre os indivíduos, cada qual com suas especificidades, e afirma que esse processo está intimamente relacionado às formas materiais e simbólicas que identificam socialmente cada indivíduo. Para Peixoto (2004:9) então, “o processo de envelhecimento é, assim, diferenciado segundo o grupo social e o sexo a que pertencemos”.

O processo de envelhecimento do corpo é peculiar à individualidade de cada ser e acontece pela ação do tempo. A matéria humana vive o seu próprio tempo físico, desde o nascimento até a morte, experimentando transformações contínuas na organicidade dos seus ritmos biológicos (Py, 2004:110).

Segundo Peixoto (2004), todos iremos envelhecer, só que uns mais rapidamente que outros, e vivenciando esse processo de forma diferenciada. Para a autora, alguns se preocupam mais do que outros com as marcas corporais advindas com o tempo como rugas e cabelos brancos, outros temem a solidão, a dependência física e econômica, a morte.

O envelhecimento embora marcado por mutações biológicas visíveis, é também cercado por determinantes sociais que tornam as concepções sobre velhice variáveis de indivíduo para indivíduo, de cultura para cultura, de época para época. Deste modo, fica evidente a impossibilidade de pensarmos sobre o que significa ser velho, fora de um contexto histórico determinado (Secco, 1994:12).

De acordo com Lins de Barros (2004:51) “homens e mulheres envelhecem de modos diferentes, e homens e mulheres são velhos e velhas também diferenciados pela posição e situação de classe”.

Dependendo de cada situação social, o indivíduo vai priorizar uma das facetas de sua inserção social. Dessa forma, a identidade etária, assim como a de classe, a de gênero ou qualquer outra, não se coloca como fundamental nem como a mais proeminente durante todo o tempo que as pessoas estão em interação social (...) A própria percepção do corpo envelhecendo é distinta para homens e para mulheres e a condição de classe, aí também, define a situação (Lins de Barros, 2004:52).

Segundo Freitas (2004), o envelhecimento populacional se iniciou nos países desenvolvidos no começo do século passado, e somente a partir de 1950 tornou-se marcante nos países em desenvolvimento, portanto com 50 anos de defasagem.

Para Freitas (2004:20) “transformou-se, então, em fenômeno contínuo, representando um desafio gerado pelas demandas sociais e econômicas que despontam de forma crescente em todas as nações, tendo sido necessária a adoção de políticas específicas”.

De acordo com Cortelletti, Casara & Herédia (2004:16) o envelhecimento da população brasileira se deu em três décadas, a partir de 1970, e a rapidez com que esse processo ocorreu, “dificulta à sociedade, ao Estado, à família e ao próprio indivíduo o devido preparo e as providências para enfrentar a velhice de forma digna”.

Para Cortelletti, Casara & Herédia (2004:16) “as fases da vida anteriores à velhice, as condições, o modo de vida, e ainda os fatores internos que determinam o processo individual de envelhecimento são muito distintos entre as pessoas”. Acrescenta-se a isso o fato de que:

A situação socioeconômica da maioria da população brasileira que envelhece é precária, não lhe oferecendo meios para atender satisfatoriamente às necessidades básicas para viver a velhice. A sociedade e o Estado também não dispõem dos meios adequados e não estão aptos a promover a preparação do indivíduo para a velhice, a manter a inserção social do idoso e a garantir, por meio de políticas sociais, o mínimo necessário para a sua subsistência (Cortelletti, Casara & Herédia, 2004:16).

Segundo Cortelletti, Casara & Herédia (2004), o processo de envelhecimento é intrínseco a todos os seres vivos, e no ser humano esse processo implica em transformações que acarretam em perdas biológicas, psicológicas e sociais. Para Cortelletti, Casara & Herédia (2004:48), como o homem tem consciência desse processo, “o envelhecimento evidencia suas limitações, colocando-o numa situação ambígua: deter o conhecimento das possibilidades da vida acessado pela própria vida vivida e ter de enfrentar os limites impostos pela situação da velhice”.

Para Py (2004:121), “estamos familiarizados com a vinculação do envelhecimento à idéia de perda”, no entanto, o envelhecimento não é uma sucessão de perdas, mas sim um processo constituído de perdas e aquisições.

Para Goldman (2004), o processo de envelhecimento pode ser entendido como àquele que ocorre em cada pessoa, individualmente, mas que é condicionado também por fatores sociais, culturais e históricos que irão rebater na sociedade como um todo, envolvendo não somente os idosos, mas também as várias gerações.

Por seu caráter multifacetado, o envelhecimento abarca múltiplas abordagens: físicas, emocionais, sociais, econômicas, políticas, ideológicas, culturais, históricas (...) A conjuntura marca as diversas formas de viver e de conhecer o envelhecimento, assim como as determinações culturais tomam formas diferenciadas no tempo e no espaço. Outro diferencial refere-se à posição de classe social que os indivíduos ocupam. Pessoas que vivem em locais com saneamento adequado, em residências limpas, com alimentação balanceada, serviços de saúde eficientes, rede de transporte coletivo que atende às demandas da população, rede de ensino competente em todos os graus, têm melhores condições de viver e envelhecer bem do que aquelas excluídas dos serviços citados (Goldman, 2004:73).

Segundo Freitas (2004), atualmente, ao contrário da visão limitada que marcou durante séculos o pensamento sobre o processo de envelhecimento, o mundo se mostra conscientizado em relação à importância do pleno conhecimento desse processo, principalmente através das repercussões em todos os níveis, seja no social ou no âmbito do governo.

Segundo Bassit (2004:142), “o envelhecimento humano é um processo complexo, que engloba aspectos biológicos, psicológicos, culturais e sociais os quais interferem conjuntamente na qualidade de vida daqueles que envelhecem”. Dessa forma, não se pode limitar a análise desse processo apenas à idade cronológica e/ou aos processos degenerativos, pois dificultaria a percepção de que o envelhecimento associa-se tanto a perdas como ganhos.

De acordo com Bassit (2004), as perdas e/ou processos degenerativos associados ao envelhecimento não afetarão todos os indivíduos de uma determinada idade ao mesmo tempo e com a mesma intensidade, assim como nem todas as pessoas vivenciam o processo de envelhecimento de uma única forma. Portanto, para Bassit (2004) o ato de envelhecer é uma experiência única para cada pessoa, diversificada, independentemente do grupo social. Dessa forma, Bassit (2004:142) afirma que “o processo de envelhecimento, em função de sua múltipla determinação, implica diversidade, individualidade e variabilidade entre os indivíduos”.

(...) o envelhecimento é um processo contínuo porque pressupõe um caminho a ser seguido, do nascimento até a morte; é progressivo ao indicar mudanças ao longo desse percurso, através de eventos previsíveis e imprevisíveis no desenrolar da vida da maioria das pessoas (Bassit, 2004:142).

Portanto, o processo de envelhecimento é complexo e vivenciado de maneira diversificada, por indivíduos também diferenciados, seja por sexo ou classe social.

Uma série de fatores já citados anteriormente irá influenciar na maneira como a pessoa idosa irá encarar as perdas e aquisições advindas com o avançar da idade. E esse processo abarca uma série de questões diversificadas que se inter-relacionam, e que são necessárias para uma compreensão mais ampliada sobre o que concerne o segmento idoso.

2.1. A questão demográfica, social e cultural do envelhecimento

De acordo com Goldman (2003), os fatores demográficos que incidem sobre a presença cada vez mais representativa do contingente idoso no Brasil são àqueles referentes por um lado, ao aumento da expectativa de vida, devido aos avanços registrados na área do saneamento e na saúde dentre outros, e, por outro, na redução dos índices de natalidade e de fecundidade nos últimos 20 anos.

A afirmação acima é muito bem caracterizada nas palavras de Camarano (2002:58) *apud* Freitas (2004:19):

O crescimento relativamente mais elevado do contingente idoso é resultado de suas mais altas taxas de crescimento, dada à alta fecundidade prevalente no passado comparativamente à atual e à redução da mortalidade. Enquanto o envelhecimento populacional significa mudanças na estrutura etária, a queda da mortalidade é um processo que se inicia no momento do nascimento e altera a vida do indivíduo, as estruturas familiares e a sociedade.

De acordo com Freitas (2004), no mundo todo, o contingente de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos tem crescido rapidamente. No fim do século passado, havia a estimativa de que 590 milhões de indivíduos encontravam-se nessa faixa etária, sendo que em 2025, é projetado o montante de um bilhão e 220 milhões, atingindo dois bilhões em 2050. No ano de 2004, pela primeira vez na história da humanidade, as pessoas com 60 anos ou mais superarão as crianças com idade entre zero e 14 anos, correspondendo, respectivamente, a 22,1% e 19,6%. Segundo a World Health Organization (WHO) citada por Freitas (2004), fenômeno esse ocorrido no final do século passado, no ano de 2000, em alguns países desenvolvidos como a Alemanha, o Japão e a Espanha, conforme dados da ONU também citados por Freitas (2004). Nos dias de hoje, cerca de 60% das pessoas idosas, definidas como aquelas com 60 anos de idade ou mais, vivem nos

países em desenvolvimento, devendo atingir 75% em 2025. Pode-se acrescentar que:

O envelhecimento populacional, iniciado nos países desenvolvidos no começo do século passado, somente a partir de 1950 tornou-se marcante nos países em desenvolvimento, portanto com 50 anos de defasagem. Transformou-se, então, em fenômeno contínuo, representando um desafio gerado pelas demandas sociais e econômicas que despontam de forma crescente em todas as nações, tendo sido necessária a adoção de políticas específicas com o objetivo de propiciar um envelhecimento ativo, respeitando os direitos, as prioridades, as preferências, as capacidades e a dignidade dos idosos como, aliás, preconizado pela ONU (Freitas, 2004:20).

Dados do Instituto de Geografia e Estatística (IBGE) do ano de 2003 citados em Freitas (2004) mostram que no Brasil, no início do século XX, a expectativa de vida era por volta de 33 anos e sete meses, atingindo 43 anos e dois meses no início da década de 1950 e, a partir daí, aumentou expressivamente, alcançando os 68 anos e cinco meses.

Informações da ONU citadas em Freitas (2004:21) revelam que “a descoberta dos antibióticos no final da década de 1940, a criação das unidades de terapia intensiva e das vacinas, na metade do século passado, e o conceito da mudança de estilo de vida, na década de 1960”, foram fatores que colaboraram para o aumento da longevidade.

De acordo com Kalache *et al* (1987) *apud* Freitas (2004), os países desenvolvidos apresentam melhores condições de saneamento, nutrição, ambiente de trabalho, moradia e higiene pessoal, sendo caracterizado por um nível elevado de vida. Esses fatores contribuíram então, para aumentar a longevidade na primeira metade do século passado, portanto iniciando esse processo 50 anos antes dos países em desenvolvimento.

Segundo Freitas (2004:22), “a composição de uma determinada população depende do binômio fecundidade/mortalidade”. Para este autor não é correto acreditar que o aumento da expectativa de vida é o único elemento que determina o envelhecimento populacional. É importante ter a clareza de que uma população se torna envelhecida quando a proporção de idosos aumenta, sendo necessário então, que ocorra uma redução do número de jovens. Na prática, é necessário que a fecundidade diminua, reduzindo o ritmo natural da reprodução da espécie.

De acordo com Ramos (2002) *apud* Freitas (2004), existem quatro estágios da Transição Demográfica definidos pelas variações da fecundidade e mortalidade.

O primeiro é caracterizado por uma alta fecundidade e uma alta mortalidade, o que acarreta numa população predominantemente de jovens. No segundo estágio, ainda há uma alta fecundidade, porém a mortalidade começa a diminuir. No terceiro estágio, tanto a fecundidade quanto a mortalidade estão diminuindo, resultando no aumento do percentual de adultos e ao mesmo tempo, do número de idosos. No quarto estágio, ocorre uma contínua redução da fecundidade, acompanhada da queda contínua da mortalidade em toda a população, aumentando de maneira expressiva o número de idosos.

A partir daí, Freitas (2004) indaga que o Brasil, como ocorre com alguns países da América Latina, tem conseguido reduzir a fecundidade com a contínua redução da mortalidade, encontrando-se então, no terceiro estágio de transição demográfica.

A partir da identificação das características de determinada população, de um determinado país e suas peculiaridades, se tem um conjunto de dados importantes para a tomada de decisões no que diz respeito a essa população, para a adoção de uma política adequada à sua condição demográfica, respeitando suas especificidades.

Nos países em desenvolvimento, os avanços da tecnologia, principalmente aqueles aplicados à medicina, foram os fatores mais determinantes para a mudança de perfil demográfico da população, e não o aumento do nível de qualidade de vida da população (Freitas, 2004:23).

De acordo com as informações da World Health Organization (WHO) citadas em Freitas (2004), os dados da ONU referentes ao ano de 2001 mostram números impressionantes em relação ao aumento do número de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos. A China, no ano de 2002 possuía 134,2 milhões, em 2025, passará para 287,5 milhões, mantendo-se como o país com o maior número de idosos do mundo. O Brasil, de acordo com essa mesma fonte, passará dos atuais 14,1 milhões para 33,4 milhões, subindo do sétimo lugar que ocupava, para o sexto em população idosa no mundo.

A mesma fonte revela que a ONU, em 1999, informou que uma em cada dez pessoas se encontrava na faixa de 60 anos ou mais de idade, sendo que projeções para 2050 revelam que esse número passará para uma em cada cinco pessoas, e para uma em cada três, em 2150.

Apesar de em números absolutos os países em desenvolvimento apresentarem maior concentração de idosos, percentualmente esses valores são mais expressivos nos países desenvolvidos, porém com

projeções de acentuada transição para idosos nos países em desenvolvimento, pela rapidez com que o fenômeno do envelhecimento vem acontecendo nessas regiões (Freitas, 2004:24).

Segundo Ramos (2002) *apud* Freitas (2004) a população idosa também está envelhecendo. O homem conseguiu mudar a própria expectativa de vida a partir das gradativas mudanças relacionadas às melhorias na qualidade de vida e, em seguida, graças às descobertas técnico-científicas.

Esse fenômeno tem se tornado tão expressivo que hoje, 11% da população idosa apresenta idade de 80 anos ou mais, sendo o segmento da população idosa que mais cresce; em 2050, 19% dos idosos terão 80 anos ou mais. O número de centenários é projetado para aumentar em 15 vezes, passando de 145 mil, em 1999, para 2,2 milhões de indivíduos em 2050. Assim, as pirâmides populacionais tenderão a mostrar uma forma semelhante nos países desenvolvidos e naqueles em desenvolvimento (Freitas, 2004:25).

O Censo Demográfico de 2000, realizado pelo IBGE, mostra que o Brasil apresenta 8,6% da sua população total com idade igual ou superior a 60 anos. Entre os estados, o Rio de Janeiro é o de maior concentração de idosos, com 10,7%. O Rio de Janeiro é uma cidade com cerca de 5.850 milhões de habitantes, onde encontramos 708 mil idosos, predominantemente na Zona Sul e Tijuca, sendo que 28% desses idosos residem em Copacabana, bairro da Zona Sul.

Dados do IBGE de 2003 mostram que um fator causal na determinação do envelhecimento de determinadas regiões é a migração rural entre os estados da União, que influi nos fatores de ordem econômica e social dessas áreas. Segundo Freitas (2004), a expectativa de melhores empregos e condições de trabalho, melhores remunerações, junto à imagem de sonho de vencer na vida nos grandes centros urbanos criada pela mídia, faz com que os jovens migrem das regiões mais pobres para as mais desenvolvidas, deixando determinadas áreas com maior concentração de crianças, mulheres e velhos.

Outro dado importante, segundo a ONU, citado em Freitas (2004), é que a maioria das pessoas idosas é do sexo feminino, cerca de 55%, e se levarmos em consideração os grupos mais idosos, com 80 anos ou mais, esse percentual aumenta para 65%, sendo maior nos países desenvolvidos.

As mulheres, de acordo com as estatísticas do IBGE referentes ao ano de 2003, têm maior responsabilidade sobre os idosos do que os homens, existindo um número maior de pessoas idosas vivendo com mulheres sozinhas.

No âmbito da economia, a mulher vem ocupando um espaço significativo, ingressando cada vez mais no mercado de trabalho, porém ainda continua enfrentando uma dupla jornada, e com menor remuneração em relação aos homens, fato que se refletirá no futuro, quando terá uma renda *per capita* menor.

Os dados preliminares do Censo de 2000 também mostram que o País está ficando cada vez mais feminino: são 83.423.553 homens para 86.120.890 mulheres. Há 2.697.337 mulheres a mais que homens, o que dá uma média de 96,9 homens para cada grupo de cem mulheres.

Segundo Berquó (1996) *apud* Bassit (2004:138), “o envelhecimento da população brasileira introduziu uma mudança significativa nas relações de gênero, à medida que a maioria da população de idosos é constituída por mulheres com 65 anos ou mais”.

De acordo com os dados do IBGE referentes ao ano de 2000, citados em Bassit (2004), 55% dos idosos brasileiros são mulheres que vivem sozinhas, e têm dificuldade de inserção no mercado de trabalho formal que, na maioria dos casos, está relacionado com sua baixa escolaridade e a escassa experiência profissional.

Para Bassit (2004:139), a feminilização do envelhecimento, além de ser um processo revelador do contexto sócio-histórico que essas mulheres viveram, “apresenta também conseqüências para as políticas sociais, em especial as de saúde”.

Um estudo sobre as condições de vida e saúde dos idosos, presente em Veras (1995) *apud* Bassit (2004), mostra que as mulheres idosas utilizam com mais frequência os serviços de saúde do que os homens da mesma faixa etária. Também indica que entre os idosos que têm algum problema de saúde, as mulheres são em maior número. Para Bassit (2004) quando se trata de mulheres, ainda devemos considerar que a maioria das idosas de hoje tem uma situação econômica precária, tanto em relação a rendimentos provenientes de trabalhos de baixa remuneração, como também pela dependência da renda ou pensão do marido.

De acordo com Bassit (2004), esses dados indicam uma estreita relação entre os problemas da pobreza na velhice e o gênero feminino, ou seja, para Veras (1995) *apud* Bassit (2004:139), “os problemas de pobreza, na velhice, são e continuaram sendo, em grande parte, um problema das mulheres”.

Para Veras (1995) *apud* Bassit (2004), levando em consideração o aumento da expectativa de vida da população, principalmente para as mulheres, em face da

carência de serviços de qualidade destinados aos idosos, pode-se afirmar que não somente a vida é prolongada, mas também o período de incapacidade e dependência, especialmente para as mulheres.

Segundo Debert (1996) *apud* Bassit (2004), nesse quadro, os idosos brasileiros, sobretudo as mulheres, são tidos como vítimas, ou por sua exclusão do mundo do trabalho, ou pela incapacidade do Estado e das famílias de assumirem seus idosos, ou ainda pela ênfase nas perdas que a velhice acarreta.

A predominância das mulheres entre os idosos tem repercussões importantes no levantamento de demandas por serviços e políticas públicas que possam atender aos idosos, homens e mulheres. No entanto, ainda que pese a importância de atender às necessidades dessa população, a análise do envelhecimento da população brasileira não pode ficar restrita à ótica dos serviços e das políticas públicas de saúde. Dessa forma, corremos o risco de enfatizar apenas a necessidade de atender às consequências negativas desse processo, o que pode nos levar a deixar de lado aqueles idosos que envelhecem com saúde e têm outras necessidades (Bassit, 2004:139-40).

Para Canoas (1985) a mulher, a grande oprimida em nossa sociedade, passou sua vida a lavar pratos, a obedecer alguém e a fazer os filhos cumprirem ordens. Em relação à condição feminina:

Na defesa de valores reais ou supostamente mais altos, como o equilíbrio das relações familiares, o bom andamento dos serviços domésticos, a preservação dos métodos tradicionais de socialização dos imaturos, o respeito ao princípio moral da distância entre os sexos, fez-se a mais completa e racional utilização de critérios irracionais, tais como a debilidade física, a instabilidade emocional e a pequena inteligência feminina, a fim de imprimir-se ao trabalho feminino o caráter de trabalho subsidiário e tornar a mulher o elemento constitutivo por excelência do enorme contingente humano diretamente marginalizado das funções produtivas (Saffiotti, 1976:234 *apud* Canoas, 1985:19).

De acordo com Goldman (2004:62), “o aumento da expectativa de vida traz em seu bojo uma contradição que pode ser assim sintetizada”:

De um lado, a maior expectativa de vida revela um progresso e o alcance de uma meta há muito desejada pelas gerações que nos antecederam. As conquistas médico-sanitárias e a melhoria de serviços de infra-estrutura básica parecem as principais responsáveis pelo aumento da vida média. Simultaneamente, ampliam-se pesquisas, estudos e ações nos campos da gerontologia e da geriatria, o que permite melhorar a qualificação dos recursos humanos no sentido de estudar e intervir no processo de envelhecimento com maior eficiência e eficácia. Cabe registrar, contudo, que essa expansão ainda é tímida em face da grandiosidade do crescimento da população idosa brasileira. Por outro lado, a população que chega a alcançar idade mais elevada encontra dificuldades em se adaptar às condições de vida atuais, pois além das limitações físicas, psíquicas, sociais e culturais decorrentes do envelhecimento, sente-se relegada a um plano secundário no mercado de trabalho, no seio da família e na sociedade em geral (Goldman, 2004:62-3).

Segundo Goldman (2004:63), “essa contradição é agravada por fatores culturais que idolatram o moderno, o novo, o jovem e ridicularizam o antigo e o velho”. Dessa forma, o idoso se depara com problemas de rejeição da sua própria imagem, tendendo a assumir como verdadeiros os valores da sociedade que o marginaliza. Assim:

(...) a marginalização do idoso se processa no nível social e é muitas vezes assumida pelo próprio idoso que, não tendo condições de superar as dificuldades naturais do envelhecimento, se deixa conduzir por padrões preconceituosos que o colocam à margem da sociedade (Goldman, 2004:63).

Para Goldman (2004:63), nesse aspecto, “a mídia assumiu um papel fundamental ao associar o jovem ao que é belo, dinâmico e criativo e o velho ao que é decadente e ridículo”. Por outro lado, o fato de o contingente idoso estar se revelando como uma faixa etária de consumo rentável fez com que algumas iniciativas em publicidade e nos demais meios de comunicação de massa mostrassem um enfoque mais respeitoso em relação aos idosos.

Para Freitas (2004), comumente os idosos são rotulados como pessoas dependentes, sendo considerados como uma parcela da sociedade que não participa da produção econômica do país, estando à margem do processo produtivo. Entretanto, de acordo com Camarano & Ghaouri (1999) *apud* Freitas (2004:28), essa definição de dependente apresenta uma conotação mais ampla, já que “o indivíduo dependente é aquele incapaz de prover, de forma autônoma, suas próprias necessidades”.

Segundo Goldman (2004:63), “a marginalização dos idosos parece mais gravemente evidenciada no modo de produção capitalista, em sociedades que atingiram certo grau de urbanização e industrialização e que requerem um contingente de trabalho produtivo, jovem e dinâmico”.

É importante ressaltar que, de acordo com Goldman (2004), um outro fator fundamental se reflete na problemática da população idosa urbana, que se refere à desagregação da família nuclear, compelida a ocupar espaços físicos cada vez mais exíguos. Contribuem também para o agravamento dessa questão, o esfacelamento da política habitacional e o empobrecimento crônico gerado pelo modelo concentrador de renda. Para Goldman (2004:64) “a desvalorização das aposentadorias e das pensões e os constantes aumentos no custo de vida – que

não costumam acompanhar a correção anual dos benefícios previdenciários – contribuem sobremaneira para agravar o problema econômico dos idosos”, principalmente se os gastos com a saúde forem grandes, o que ocorre na maioria dos casos.

Segundo Goldman (2004:67), ao longo da história, as transformações dos modos de produção, principalmente o aprofundamento da individualidade provocado pela revolução técnica e informacional, especialmente pelas implicações econômicas, sociais, políticas e ideológicas, “têm trazido conseqüências para as atuais relações, em especial no que diz respeito à fragmentação, ao individualismo, à rapidez e à superficialidade nos mais variados relacionamentos sociais – trabalho, família, educação, religião, cultura, entre outros”.

Para Goldman (2004:73), a pobreza é mais penosa entre os idosos, “pois lhe faltam as mínimas condições de sobrevivência”. Um dado que ilustra claramente essa situação refere-se aos aposentados e pensionistas do INSS, dos quais 70% recebem um salário mínimo por mês.

Num país como o nosso, com um vasto contingente de pobres de todas as idades, com uma política de saúde caótica, com benefícios previdenciários ínfimos, com uma assistência social praticamente inerte e com um forte preconceito contra os idosos, não é difícil presumir as dificuldades que os velhos, principalmente os mais pobres, vivenciam (Goldman, 2004:73).

De acordo com Medeiros (2004), em algumas sociedades, o velho era tradicionalmente considerado como àquele portador de experiência e sabedoria. Porém hoje, a juventude torna-se um valor, onde o desafio é se manter jovem o maior tempo possível. Essa preocupação é influenciada pela mídia, com o apoio da indústria de cosméticos, contando com a ajuda de parte da ciência.

A significativa mudança que a chegada da informática produziu no cotidiano das pessoas atingiu os velhos de maneira incontestável. Apesar de sua extensa experiência de vida, de seu conhecimento acumulado durante anos, muitos passaram a ser “analfabetos funcionais”. Os netos “sabem” mais que os avós (Medeiros, 2004:188).

Segundo Bosi (1994:77) *apud* Scharfstein (2004:323), “além de ser um destino do indivíduo, a velhice é uma categoria social”. Dessa forma, para Scharfstein (2004:323) “surgem os problemas decorrentes da marginalização e discriminação social impostas aos cidadãos idosos na sociedade capitalista contemporânea”.

Sob a égide do neoliberalismo, que delega ao mercado a regulamentação da vida econômica, o social fica em plano cada vez mais subordinado aos

interesses do capital. As crises do capitalismo contaminam, ao mesmo tempo, países desenvolvidos e, mais ainda, os não desenvolvidos. A convergência desses fatores traz à tona uma crise sem precedentes vivida neste início de século e de milênio, em que ficam nítidas as fragilidades do sistema socioeconômico e político brasileiro (Goldman, 2004:74).

Segundo Goldman (2004:74), essa crise que vivemos é multifacetada, pois “abarca todas as esferas da vida social, todos os países, todas as faixas etárias, enfim, perpassa todas as classes sociais, não da mesma forma e nem com a mesma intensidade”. Alguns segmentos tornam-se mais vulneráveis numa sociedade em crise, como as crianças, os velhos e os deficientes físicos.

(...) com a fragilidade, a quase falência dos direitos sociais, a crise do emprego e a despreocupação com a seguridade social, relegada a um plano secundário, os idosos, no caso do Brasil, quase todos aposentados ou pensionistas, têm a qualidade de vida cada vez mais deteriorada, principalmente se precisarem de serviços de saúde e de remédios, cada vez mais caros e de qualidade duvidosa (Goldman, 2004:74).

Segundo Born & Boechat (2002), é evidente a falência do Estado como mantenedor do poder aquisitivo do aposentado, e soma-se a isso o fato de o Estado reduzir drasticamente sua responsabilidade na assistência à pessoa idosa, repassando grande parte de seu encargo às organizações filantrópicas beneficentes, sem correspondente apoio financeiro, o que as deixa em dificuldade para satisfazer as próprias exigências governamentais.

O desenvolvimento do conhecimento biomédico tornou-se responsável pelo aumento significativo da expectativa de vida, constituindo-se num verdadeiro paradoxo: de um lado foram criados os meios capazes de prolongar a vida dos indivíduos e, de outro, percebem-se projeções de ordem social limitantes, frente às quais viver muito se torna um castigo (Born & Boechat, 2002:773).

Segundo Canoas (1985) àqueles que trabalharam a vida toda para o sustento da família em funções desprestigiadas no mundo capitalista, tais como operários, domésticas, comerciários, vendedores ambulantes, entre outros, no máximo conseguiram manterem-se vivos. Não houve “sobras” para garantir uma velhice tranqüila ou para preservar a sua saúde. Em relação à saúde, as formas de trabalho, na maioria das vezes, minaram as poucas reservas que tinham. No cansaço e desgaste do cotidiano, a vida foi passando e, os filhos quando existem no período em que seus pais se encontram velhos, já estão enfrentando seus próprios problemas. Logo, de acordo com Canoas (1985:19) “o velho ficou só, sem reservas,

sem saúde, sem planos, precisando somente de um lugar para comer, limpar-se e dormir”.

A conjuntura dos primeiros anos do terceiro milênio aponta para o aprofundamento do modelo neoliberal, para a mundialização da economia e para a intensificação do arsenal tecnológico e das transformações no mundo do trabalho, dentre outras. As transformações conjunturais se refletem em todas as gerações, mas é o segmento idoso o que mais sofre as mazelas decorrentes da crise resultante do Estado Mínimo para as políticas sociais, onerando as famílias e a sociedade com os ônus decorrentes da velhice, principalmente no que concerne à seguridade social (Goldman, 2004:61).

De acordo com Cortelletti, Casara & Herédia (2004:44), “a defasagem do valor recebido pelo idoso, como resultado de sua aposentadoria, revela a desvalorização atribuída ao cidadão brasileiro no enfrentamento do processo de envelhecimento”, que acabam por lhe impor maiores despesas.

Estamos em um país em que os jovens foram, por muito tempo, o alvo preferencial das preocupações acadêmicas. O próprio país, em vários momentos da nossa história, foi classificado como um país jovem. Se esse perfil juvenil tinha sua base no quadro demográfico do país, vemos que essa classificação deixava os problemas da velhice para as esferas privadas da família (...) a publicização da velhice como uma questão social tem uma história recente em nosso país e está ligada aos significados da velhice em nossa sociedade (Lins de Barros, 2004:40).

Para Elias (1994) *apud* Lins de Barros (2004:47), “a sociedade moderna vai se definir por um crescente controle das emoções que ocorre juntamente ao processo de uma necessidade maior de individualização ou uma maior consciência de si perante o grupo social”. E esse processo que é histórico, corresponde no plano de vida dos indivíduos, a um movimento crescente de controle de si e individualização, que marca claramente as fases da vida correspondentes à infância, a juventude, a vida adulta e a velhice, e ainda a constante criação de novas idades com seus estilos de vida correspondentes.

Segundo Goldman (2004:62), “nas camadas pobres, o idoso tanto pode ser um empecilho para a família como poder ser a única fonte de renda (em forma de aposentadoria ou pensão)”. Existem famílias, principalmente nos municípios mais pobres, em que os idosos mantêm as despesas familiares e são valorizados como uns dos poucos consumidores locais com renda fixa.

Na análise do Censo Demográfico de 2000, citado em Goldman (2004:62), foi constatado que “o idoso é o principal provedor em 58% das famílias brasileiras que incluem idosos em sua constelação”. Dessa forma, para Goldman (2004) a lógica de

entender o idoso como dependente de seus filhos e demais parentes é invertida, o que acarreta mais responsabilidades e maior comprometimento de sua renda, muitas vezes insuficiente para fazer face às suas despesas do dia-a-dia.

Porém, Goldman (2004:62) analisa que “as desigualdades sociais tornam-se mais visíveis quando os trabalhadores alcançam a etapa da aposentadoria”. O fato é que muitos trabalhadores aposentados, especialmente os mais pobres, não conseguem sobreviver com seus benefícios, sendo comum o reingresso no mercado de trabalho (formal e/ou principalmente informal), quase sempre sob a forma de subemprego.

Para Pacheco (2004) algumas teorias sociais, em meados do século XX, procuraram explicar as relações do indivíduo envelhecido com a sociedade industrial e debateram a questão do trabalho e a retirada do trabalhador idoso do processo de produção. A Teoria do Desengajamento de Cumming e Henry (1961) *apud* Pacheco (2004) postula que o afastamento do velho do mundo produtivo viabiliza a abertura de espaço para os mais jovens, os mais ágeis e os mais eficientes em nossa sociedade, concedendo ao idoso maior tempo para se preparar para os últimos dias de sua vida.

Segundo Siqueira (2002) *apud* Pacheco (2004) essa teoria sugere que a sociedade se afasta das pessoas idosas à medida que estas se afastam da sociedade. Esse afastamento é um processo natural que ocorre de maneira espontânea, como algo inerente ao processo de envelhecimento. Para Siqueira (2002) *apud* Pacheco (2004:218) o desengajamento é colocado então, como um “pré-requisito funcional para a estabilidade social e que todo sistema social, para manter-se equilibrado, deve incentivar o afastamento de seus idosos”.

A Teoria da Modernização de Cowgill e Holmes (1972) *apud* Pacheco (2004:218), “busca explicar a relação das sociedades industrializadas do mundo capitalista ocidental com os seus idosos”. Na sociedade industrializada, são reservados aos velhos os papéis sociais de mais baixo *status*, sendo que quatro aspectos interferem na dinâmica da vida dos velhos nessas sociedades:

(...) a tecnologia aplicada à produção, a acelerada urbanização, a educação intensiva e a tecnologia de saúde (...) a tecnologia leva à criação de espaços urbanos de produção nos quais os jovens são absorvidos e os mais velhos tornam-se rapidamente obsoletos e seus conhecimentos desvalorizados; a urbanização acelerada aumenta a segregação entre gerações, deteriorando os laços familiares e contribuindo para a redução da importância dos mais velhos; a educação obrigatória proporciona aos mais jovens maior escolaridade, aumentando a probabilidade de eles

estarem melhor capacitados, portanto mais aptos aos melhores lugares de trabalho; a tecnologia de saúde acrescenta anos à expectativa de vida, gerando uma competição geracional pelo mercado de trabalho, no qual os idosos são empurrados para cargos de menor renda e menor prestígio (Pacheco, 2004:218-9).

Segundo Pacheco (2004), essas duas teorias anteriormente citadas receberam críticas, e outras teorias surgiram, porém até hoje elas ainda influenciam e explicam o pensamento de parte da sociedade que vê os velhos como estorvos para a sociedade.

(...) as diferentes culturas sempre construíram significados para a vida, elaboraram periodizações e desenvolveram sentidos e práticas próprios para cada etapa e cada passagem da vida. Mas é na sociedade moderna que a periodização do curso da vida é institucionalizada e pensada a partir da concepção individualista da pessoa (Lins de Barros, 2004:44).

Para Scharfstein (2004), a velhice em nossa sociedade é tratada com descaso, onde se observa um “desempoderamento” do sujeito idoso. Desempoderamento entendido aqui a partir da definição de Teixeira (2002) *apud* Scharfstein (2004:323), que “refere-se à perda da autonomia das pessoas idosas por causa da imagem negativa do envelhecimento, sempre associada a perdas fisiológicas, psicológicas e sociais”.

(...) é no contexto sóciohistórico do final do século XIX e do século XX, com o primado da juventude pelo seu potencial reprodutivo e produtivo, que a velhice, enquanto uma etapa da existência humana, passa a ocupar um lugar marginalizado no processo social. Velhos são aqueles que já realizaram seu processo de vida e para os quais a morte se apresenta como o único destino possível (Scharfstein, 2004:323).

Para Birman (1995:40) *apud* Scharfstein (2004:324), “a falta de lugar simbólico destinado á velhice é uma construção da modernidade ocidental”, e o idoso somente resgatará sua condição de sujeito quando for capaz de transformar as perdas reais impostas pela velhice em ganhos reconhecidos simbolicamente pela cultura. Ou seja, segundo Birman (1995:40) *apud* Scharfstein (2004:324), “quando o idoso ocupar o lugar de agente social responsável pela transmissão de valores ancestrais e da memória coletiva”.

De acordo com Scharfstein (2004:337) “na ideologia consumista da sociedade capitalista contemporânea, o tempo do velho se reduz ao passado, desconectado do tempo presente e futuro”.

Segundo Martins de Sá (2004:345), “a sociedade contemporânea caracteriza-se por mudanças rápidas e profundas, que exigem da espécie humana aprendizagens e adaptações constantes”.

É no contexto desta cultura individualista e da institucionalidade do curso da vida que as noções de crise de idade e de conflito de relações intergeracionais ganham sentido. As passagens de um momento para outro são percebidas como dramas individuais vividos como experiências únicas, embora sejam esperados por todos ao atingirem determinadas etapas da vida (...) Para essas experiências, a cultura individualista da sociedade contemporânea constrói uma rede de significados que dá aos indivíduos, ao mesmo tempo, modelos de ação e condições de interpretação da realidade. As crises e os conflitos são, assim, internalizados como fatos individuais, de ordem privada (Lins de Barros, 2004:45).

Em Sathler & Py (1994) *apud* Py (2004), no decorrer do processo de envelhecimento, o ser humano é levado a confrontar a desqualificação do corpo já envelhecido, que é marcado socialmente pelos estigmas da decadência, feiúra, doença e aproximação da morte.

Para Birman (1995) e Trein (1994) *apud* Py (2004:115), a partir do século XX, a tarefa de identificação dos mais velhos se torna mais difícil, pois “a exaltação da juventude se inscreve no registro social da produção, reprodução, acumulação de riquezas e do consumo”.

Há uma lógica aí engendrada, de onde nascem os determinantes de formas de discriminação que descartam e excluem aquele que é velho e, por conseguinte, considerado improdutivo, decaído, feio e doente, não mais capacitado para atender às especificações exigidas aos jovens produtivos, vigorosos, belos e sadios (Birman, 1995; Trein, 1994 *apud* Py, 2004:115).

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

Portanto, a questão demográfica do envelhecimento que representa o aumento da população idosa, da expectativa de vida, e da longevidade, não é necessariamente acompanhada de melhorias na qualidade de vida dessa população. São dados importantes para a compreensão do fenômeno do envelhecimento e que ressaltam a importância de medidas efetivas que primem por melhores condições de vida para uma população a cada dia mais envelhecida. No Brasil, esse envelhecimento populacional que ocorreu muito rapidamente, dificultou ao Estado, à sociedade e à família, o enfrentamento das questões advindas do

envelhecimento. Essa problemática da questão social é agravada pela marginalização do idoso que ocorre em nossa sociedade, em meio a uma cultura que associa o segmento a uma série de negatividades, sendo o idoso considerado improdutivo, um peso para a sociedade, decadente, feio.

2.2. A família e o cuidado a pessoa idosa

Segundo Cortelletti, Casara & Herédia (2004), diante desse novo quadro caracterizado por uma situação de baixa fecundidade, de baixa mortalidade infantil e, conseqüentemente, pelo aumento da expectativa de vida e da população idosa, aparecem novos desafios no que diz respeito aos cuidados com os idosos, às responsabilidades do Estado, da sociedade e da família.

De acordo com Peixoto (2003) somente em 1988, com a nova Constituição brasileira, a importância da questão da velhice foi reconhecida pela primeira vez, sendo que “a família, a sociedade e o Estado têm o dever de cuidar dos idosos, assegurando-lhes uma participação na vida comunitária, protegendo sua dignidade e bem-estar, garantindo-lhes o direito à vida” (art. 230).

Segundo Pinheiro & Freitas (2004:274), “cuidado é definido como o desvelo e a atenção que se dedicam a alguém”. Para Boff (1999) *apud* Pinheiro & Freitas (2004:274) o ato de cuidar é entendido como um “fundamento que nos possibilita dotar a existência humana do seu caráter essencialmente humano”. Sendo assim, o cuidado envolve extrema responsabilidade e garantia da sobrevivência.

Para Pinheiro & Freitas (2004:274), “quando o envelhecimento é acompanhado de dependência, é necessário que seja delegado a alguém o mister de cuidar do indivíduo”.

O Estatuto do Idoso estabelece como dever da família, zelar pelo bem-estar do idoso:

É obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária (Estatuto do Idoso, Art. 3º).

De acordo com Lins de Barros (2004:15) “a família moderna se distingue do espaço público como a esfera da intimidade e do afeto, aí reinando a mulher como elemento ativo da privacidade e a criança como o centro dos interesses familiares”. Para Lins de Barros (2004:15), assistimos historicamente “a separação entre o mundo do trabalho, agora trabalho industrial, e o da família intimista, a casa; o surgimento da representação do lar como a esfera feminina e da rua como a esfera masculina”.

De acordo com Born & Boechat (2002:776) “a família encontra grandes dificuldades para o desempenho das funções tradicionalmente a elas atribuídas, de educadora das crianças e de cuidadora dos mais velhos”. É importante considerar também, que para esses autores a extensão da longevidade, a ocorrência de doenças crônico-degenerativas e as demências tornaram o cuidado ao idoso uma tarefa muito complexa.

Segundo Peixoto *et al* (2004), há um grande debate sobre a “crise” da família, consequência da baixa taxa de fecundidade, do aumento da expectativa de vida e, conseqüentemente, da crescente proporção da população de mais de 60 anos de idade. Fala-se também do declínio da instituição do casamento e da espraçada aceitação social do divórcio. Porém, para estes autores, na realidade, o que ocorre não é exatamente o enfraquecimento da instituição família, mas o surgimento de novos modelos familiares, derivados desses fenômenos sociais e, principalmente, das transformações nas relações de gênero, que se exprimem através do maior controle de natalidade, da inserção intensiva da mulher no mercado de trabalho e das mudanças ocorridas na esfera da sexualidade, entre outros fatores.

As relações entre família e sexualidade vêm sendo modificadas significativamente nas últimas décadas. De um lado, presenciamos um longo processo que tornou a conjugalidade um domínio relativamente autônomo da família, orientado por dinâmicas internas nas quais a sexualidade ocupa um lugar central. E, de outro, verificamos que o exercício da atividade sexual deixou de ser circunscrito à esfera do matrimônio. Essas mudanças redefinem os vínculos entre esses dois pólos; em nome da sexualidade (e do amor como ideologia) e da dinâmica societária que produz novos direitos ligados a tal esfera, tem origem o fenômeno das famílias homossexuais ou homoparentais (Peixoto *et al*, 2004:8).

Em uma pesquisa realizada no Rio Grande do Sul em 2000, intitulada “O Idoso Asilado do Município de Caxias do Sul” presente em Cortelletti, Casara & Herédia (2004), a partir da coleta de dados foram feitas as seguintes considerações,

dentre outras, referentes à variável idade, estado civil e família: partindo do pressuposto da existência de idosos “jovens” que correspondem à idade de 60 a 69 anos, e de idosos mais “velhos”, a partir de 80 anos, os idosos “jovens” possuem maior autonomia sem necessidade direta de intervenção da família, ainda cumprindo com a realização das atividades desempenhadas ao longo de sua vida, já os idosos mais “velhos” revelam perdas significativas que os levam à dependência nos aspectos físicos, mentais, emocionais, ocorrendo com isso, uma sobrecarga por parte da família, que acaba utilizando a institucionalização como a única solução e alternativa para lidar com os problemas decorrentes do envelhecimento; a ausência de constituição familiar leva ao desamparo ao longo do processo de envelhecimento; a presença de cônjuge costuma assegurar a permanência do idoso no domicílio; a existência de filhos e/ou família não garante o amparo ao idoso na velhice; o tipo de história de vida dos idosos com seu grupo familiar podem determinar o seu abandono na velhice; os interesses e as necessidades dos membros que integram a família podem ser diferentes e assim dificultar a aceitação do envelhecimento no âmbito da família. Por outro lado:

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

Segundo Cortelletti, Casara & Herédia (2004), a família não se preparou para enfrentar as mudanças socioculturais que acabaram por gerar novas demandas sociais e, em consequência, novos papéis por parte de seus membros que se adequassem a essas mudanças.

A família das últimas décadas do século XX teve que fazer frente a uma série de mudanças estruturais, que afetaram as suas funções principais e criaram novas necessidades para a sua manutenção e mesmo reprodução. Urbanização, industrialização, crescimento da população e a transição demográfica foram transformações sociais e econômicas que afetaram o cerne da família na sua origem, porque alteraram a base das relações sociais entre os indivíduos (Cortelletti, Casara & Herédia, 2004:31).

Sendo assim, para Cortelletti, Casara & Herédia (2004), a família na atualidade enfrenta determinados problemas que não consegue solucionar internamente, e acabam repassando para outras instituições, que não a familiar, as questões que antes eram de sua responsabilidade.

Dessa forma, segundo Cortelletti, Casara & Herédia (2004), o envelhecimento traz desafios, e as instituições sociais, principalmente a família, devem tomar consciência desse fato social a fim de se preparar para assumir os seus velhos. É importante considerar também que, um fator que influi na alteração dos papéis da família, decorrente das mudanças estruturais, é a situação da mulher.

De acordo com Cortelletti, Casara & Herédia (2004:32), “com o processo de industrialização, a mulher que antes desempenhava papéis definidos dentro do grupo doméstico, começa a exercer funções externas que a deslocam desse grupo e a obrigam a acumular outras atividades”.

Algumas das funções consideradas por muitas décadas ‘sagradas’, tais como a biológica, a protetora, a religiosa, a educativa e integrativa foram repassadas para outras instituições como a escola, o Estado, a Igreja. As funções pessoais, que antes eram a base da sustentação do grupo familiar, começam a se fragmentar tanto no aspecto conjugal quanto nos aspectos parental e fraterno. As funções institucionais e pessoais são condicionadas pelo fator econômico que obriga os membros da família nuclear a lutar pela sobrevivência fora da unidade familiar (Cortelletti, Casara & Herédia, 2004:32).

Para Cortelletti, Casara & Herédia (2004), o fato de a mulher buscar oportunidades de emprego e assim, ingressar no mundo do trabalho, buscando as mesmas oportunidades que a sociedade oferece ao homem, fez com que ela repassasse suas funções domésticas a terceiros.

Segundo Cortelletti, Casara & Herédia (2004:33), “os filhos menores são encaminhados a creches e escolas materno-infantis, e os parentes mais próximos idosos, sem condições de auxiliar nos afazeres de casa e necessitando de cuidados, a instituições asilares”.

De acordo com Cortelletti, Casara & Herédia (2004) vale ressaltar que a função do cuidado é tradicionalmente associada às mulheres, e também que o fato de ingressar no mundo do trabalho não isenta a mulher de seus antigos papéis, já que ela acaba acumulando funções para manter e reproduzir o núcleo familiar.

Sabe-se que, desde os primórdios da humanidade, a preservação da vida do grupo e a continuidade da espécie humana aconteceram graças ao cuidado, ao cuidar e ao cuidar-se. Portanto, o asseguramento da manutenção e da continuidade da vida deu-se por efeito de um conjunto de atividades assumidas por seres humanos como indispensáveis às necessidades básicas vitais (Gonçalves; Alvarez, 2002:757-8 *apud* Burlá, 2004:379).

Segundo Lins de Barros (2004:46), “expressões das mudanças históricas e culturais como a inserção da mulher no mercado de trabalho, as alterações nos

papéis de gênero, as separações conjugais e os novos casamentos aparecem na cena familiar” e dão margem a conflitos e a constantes negociações entre as diversas gerações - avós, seus filhos e seus netos.

De acordo com Medeiros (2004:185), “o século passado foi caracterizado por profundas transformações histórico-culturais, entre elas algumas na família e na velhice”. Dessa forma, nos dias atuais, não podemos falar sobre a existência de um modelo único de família, e a velhice também se encontra de maneira múltipla e diversificada.

De acordo com Cortelletti, Casara & Herédia (2004:33) as “mudanças nos papéis sociais da família fizeram com que seus idosos perdessem o cuidado direto de seus filhos no enfrentamento diário de seu envelhecimento”. Dessa forma, para esses autores a existência da família é condição para a vida em grupo, porém, o vínculo familiar não garante ao idoso a sua permanência no domicílio.

Sendo assim, para Cortelletti, Casara & Herédia (2004:33) “a família como instituição básica, quando acolhe o seu idoso, revela valores que atribui ao grupo e aos papéis que o representam”.

Como a família satisfaz uma série de necessidades de seus membros, exerce um papel fundamental na saúde do idoso quando lhe proporciona condições de satisfazer suas necessidades físicas, psíquicas e sociais. No momento em que a família assume o idoso, ela garante que as necessidades básicas sejam supridas, principalmente as necessidades físicas, envolvendo os cuidados pessoais, a alimentação, a habitação, o atendimento permanente e também a atenção em caso de doença. A vida no grupo familiar garante ao idoso a qualidade de vida, pois o idoso sozinho acaba se descuidando de uma série de atividades da vida diária (Cortelletti, Casara & Herédia, 2004:33).

Segundo Medeiros (2004) o envelhecimento e a velhice são questões que sempre fizeram parte da vida dos seres humanos, só que eram tratadas e resolvidas no âmbito privado, no seio familiar e que diziam respeito a cada indivíduo em particular.

De acordo com Medeiros (2004), a expectativa de vida da população não era tão grande, porém hoje, com todas as questões já faladas anteriormente relacionadas ao investimento na área da saúde, ao avanço da genética, a luta por políticas públicas, ao desenvolvimento da infra-estrutura sanitária, o século XXI é marcado, dentre outros aspectos, pela longevidade. Hoje, viver até os 100 anos de idade ou até mesmo mais, é uma possibilidade concreta a ser alcançada. Porém,

para Medeiros (2004:186), “ao mesmo tempo em que a longevidade se tornou real, os velhos começaram a perder espaço na família e na sociedade”.

Para Medeiros (2004), a própria família vem se transformando, embora ainda haja um modelo simbólico, pode-se dizer que não há um modelo único de família. Primeiramente, é importante considerar que para esta autora, com o advento da indústria, o mundo do trabalho separou-se da esfera familiar. Para Lasch (1991) *apud* Medeiros (2004:186), a situação da família na contemporaneidade mostra-se ambígua, pois a família “é responsável por seus membros, mas não recebe apoio para cumprir suas funções”. Um outro fator que contribuiu de forma definitiva para as modificações na estrutura familiar foram os avanços científicos e tecnológicos.

O feminismo, o trabalho e a possibilidade de carreira para as mulheres, em todas as áreas profissionais, a pílula anticoncepcional que deu poder às mulheres para decidirem se querem ou não ter filhos e as novas formas de reprodução humana participaram dessa transformação. Novos padrões culturais que produzem mudanças de comportamentos são responsáveis pelos avanços, sucessos, sofrimentos, aquisições e perdas (Medeiros, 2004:186).

Segundo Medeiros (2004), as famílias caracterizam-se por serem diferentes umas das outras. Dentre as transformações que a família enfrentou a autora cita a sua diminuição de tamanho, que acompanhou a diminuição das casas e dos apartamentos onde essas famílias habitam. A vulnerabilidade das uniões, o divórcio, que permitiu a formação legal de novos núcleos familiares também são lembrados. Para Medeiros (2004:187), “uma das características do estilo de vida atual é a velocidade dos eventos e a fragilidade dos relacionamentos”. Essas mudanças, dentre outras, influenciaram a família e, conseqüentemente, o lugar que ocupa a velhice.

Segundo Medeiros (2004:188), “nas famílias, o lugar dos mais velhos, que sabiam mais das coisas da vida, foi sendo ocupado pelos mais jovens, que dominam o manejo de aparelhos e computadores com extrema destreza”.

Para Medeiros (2004), a família mudou assim como os velhos também mudaram. Novos arranjos familiares estão surgindo, e a família não é mais composta apenas pelo pai, pela mãe, e pelos filhos. Existem famílias chefiadas por mulheres, outras formadas somente por mulheres, ou só por homens, algumas são chefiadas por idosos. Todas têm em comum o fato de buscarem reproduzir um modelo ideal de família sem conflitos internos.

Talvez a grande transformação que se operou na família seja quanto à forma de organização. De uma instituição cercada de regras hierárquicas,

jurídicas, geralmente tomadas como indiscutíveis, ela passou a ter critérios próprios, baseados mais no diálogo, na amizade e nas necessidades práticas do que no cumprimento de obrigações. Nesse sentido, é comum a diversidade de ser família e de modos de se viver em família (Medeiros, 2004:193).

Em Lins de Barros (2004:20), numa pesquisa realizada por ela sobre “Mudanças e permanências de valores na família contemporânea de camadas médias do Rio de Janeiro”, os idosos referiam-se aos valores modernos do individualismo e às transformações da família moderna. Dentre as mudanças no seio familiar são lembradas pelos idosos as separações de casais, os recasamentos, à entrada da mulher no mercado de trabalho, à revolução sexual, à discussão das relações de gênero advindas do movimento feminista, dentre outras. Para Lins de Barros (2004:20) uma vez inseridos nesse quadro de grandes mudanças, os idosos:

(...) reafirmam a importância da família como um valor social e como a instância fundamental na sociedade brasileira para a construção da identidade (...) espaço onde se confrontam e se mesclam valores que privilegiam o indivíduo e aqueles que acentuam a importância do grupo social.

Em outras pesquisas também citadas em Lins de Barros (2004:20-1), uma parcela de idosos:

(...) ao abrirem opções de relações sociais fora do domínio familiar, se recusam a participar da família de modo tradicional cuidando de netos ou assumindo a figura desprestigiada de velhos sem sexualidade e sem espaços de sociabilidade próprios. Neste caso, a preocupação é com a preservação de sua intimidade individual diante da força englobadora da família e da desvalorização do velho neste grupo.

De acordo com Simões (2004), estudos de indicadores mostram que os idosos no Brasil estão atualmente em condições de vida melhores do que os segmentos mais jovens, pois ganham mais, uma parcela maior tem casa própria, e contribuem significativamente com a renda familiar. Dessa forma, segundo Simões (2004:54), nas famílias em que os idosos são a fonte principal de renda, “encontra-se um número cada vez maior de mulheres ocupando esse papel de provedor, e também se verifica uma parcela expressiva de filhos morando junto com os pais e avós”. Essas são algumas das consequências importantes da generalização da longevidade sobre a organização familiar:

Uma convivência mais prolongada entre diferentes gerações na família, uma superposição de papéis associada a essa convivência, e um sistema mais complexo de amparos recíprocos, onde os idosos não são somente aqueles que são ajudados, mas também, muito frequentemente, aqueles que ajudam. Numa conjuntura em que os jovens têm muito mais dificuldades de ingresso no mercado de trabalho, pode-se dizer que ter

avós é que é um seguro para a juventude – ainda mais se esses avós recebem rendimentos regulares de aposentadoria ou pensão (Simões, 2004:53-4).

Segundo Peixoto (2004), muitos filhos divorciados retornam à casa dos pais solicitando apoio financeiro ou moral para educar seus filhos. Esta prática é comum no Brasil devido, dentre outros fatores, à restrição das políticas familiares e da ineficácia do sistema público escolar.

São poucas as creches e as escolas maternas da rede pública, e as escolas do ensino fundamental (1º e 2º graus) funcionam somente meio período, obrigando os pais que trabalham a lançar mão de sistemas informais de guarda das crianças, como babás e as empregadas domésticas ou, ainda, seus pais aposentados (Peixoto, 2004:77).

Para Peixoto (2004:78) “no Brasil, o desemprego e, sobretudo, os baixos salários impostos pela crise econômica são, sem dúvida, as mais fortes razões da recoabitação e das transferências materiais entre as gerações”. E os apoios também ocorrem no sentido inverso:

Quando os aposentados têm nível de vida modesto (aposentadoria baixa, não-proprietário do imóvel), são os filhos que ajudam os pais. Solidariedade, sim, mas, sobretudo um sentimento de dever para com os pais que, no final das contas, contribuíram para que os filhos tivessem melhores condições de vida através da educação, de ajuda financeira e apoio moral (Peixoto, 2004:79).

Para Peixoto (2004:75), o desemprego, o divórcio, a viúves, os filhos que nunca saem de casa, são algumas das razões que explicam por que “no Brasil as gerações mais velhas coabitam cada vez mais com as gerações mais jovens – fenômeno que é ainda mais comum nas famílias das camadas populares”.

Sendo assim, Peixoto (2004) analisa que diante do crescimento do desemprego e do número de divórcios, a casa dos pais se transformou em lugar de suporte socioeconômico e afetivo, tanto para os filhos quanto para os netos.

Segundo Peixoto (2004:81), “as famílias brasileiras compostas de pessoas aposentadas apresentam melhores condições econômicas do que aquelas que não têm aposentados morando com elas”. O que ocorre atualmente é uma inversão de papéis sociais nas famílias brasileiras, já que os filhos adultos dependem mais dos seus velhos pais.

Para Simões (2004) contra a imagem do velho como peso para a família e para a sociedade já falada anteriormente no que concerne a questão cultural do envelhecimento, há o pensamento de que a permanência no mundo do trabalho de

forma a contribuir com a renda familiar, constitui-se em uma tentativa de reduzir as imagens negativas da velhice.

Se o Estado não intervém para minimizar a má distribuição de renda, se o orçamento público para as políticas sociais diminui a cada ano, se o seguro-desemprego e o seguro-doença são ínfimos, e se os raros programas sociais existentes são destinados a uma parcela restrita da população brasileira, a família é o único apoio que resta. A solidariedade familiar é assim importante e diversificada na sociedade brasileira, onde os apoios se efetuam em função da situação social dos doadores e recebedores (Peixoto, 2004:74-5).

Sendo assim, a família, mesmo com todas as mudanças estruturais, continua sendo a grande responsável pelo cuidado direto com o seu idoso. Porém, o Estado deve assegurar a qualidade de vida da população idosa, sobretudo, através de políticas sociais, e a sociedade, principalmente, pelo controle social, na participação nos conselhos, fóruns.

A família não pode se isentar da participação na vida do idoso, e muitas vezes o seu cuidado se faz necessário a partir de situações impostas pela vida. Nada mais justo que cuidar de nossos pais idosos, já que um dia, fomos cuidados por eles.

2.3. A saúde do idoso

Segundo Cortelletti, Casara & Herédia (2004), a população idosa mundial tem crescido devido, dentre outros fatores, ao desenvolvimento das ciências da saúde e a processos de conscientização, que levam as práticas preventivas de doenças.

Segundo Cassel (2001) *apud* Pinheiro & Freitas (2004), o objetivo da promoção da saúde e da prevenção das doenças no que tange a população idosa, abarca a diminuição da mortalidade prematura causada por doenças crônicas e agudas, a manutenção da independência funcional, aumentando a expectativa de vida com a manutenção ou melhora da qualidade de vida.

Para Pinheiro & Freitas (2004:268), “a adoção de hábitos saudáveis de vida como atividade física, alimentação saudável, integração social, peso adequado etc., têm mostrado influir na prevenção de doenças e no nível de qualidade de vida” da

população idosa. Para Pinheiro & Freitas (2004:265) também “a prevenção de problemas psicológicos é fundamental para o envelhecimento saudável”.

Para Lawton (1983) *apud* Pinheiro & Freitas (2004:271) a qualidade de vida na velhice, “está relacionada a uma multiplicidade de aspectos e influências referentes ao processo de envelhecimento”. Este autor define quatro dimensões que se inter-relacionam: ambiente, competência comportamental, qualidade de vida percebida e bem-estar subjetivo.

A qualidade de vida percebida, o bem-estar subjetivo e os mecanismos da personalidade têm fortes relações com a competência adaptativa, que engloba as competências emocional, cognitiva e comportamental. Essa inter-relação tem importante significado na saúde física e mental no decorrer do processo de envelhecimento. A qualidade de vida na velhice está diretamente relacionada à interação de vários fatores construídos ao longo da vida. Esses fatores compreendem carga genética, estilo de vida, relações sociais e familiares, capacidade laborativa, educação, suporte econômico e ambiente físico (Neri, 1993 *apud* Pinheiro & Freitas, 2004:271).

De acordo com o Estatuto do Idoso em seu artigo 9º, “é obrigação do Estado, garantir à pessoa idosa a proteção à vida e à saúde, mediante efetivação de políticas sociais públicas que permitam um envelhecimento saudável e em condições de dignidade”.

A saúde é o estado de bem-estar físico, psicológico, social e espiritual que permite às pessoas realizarem suas atividades diárias com eficiência e autonomia. O cuidado com a saúde é importante em qualquer etapa e mais ainda em idade avançada, não porque o envelhecimento seja sinônimo de enfermidade, senão porque, na velhice, as pessoas têm maior propensão a adoecer, já que são mais frágeis ao diminuir sua capacidade de adaptação às agressões externas e internas (Cortelletti, Casara & Herédia, 2004:47).

Na Constituição Federal Brasileira de 1988, citada em Pinheiro & Freitas (2004:272), consta no artigo 196:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

A VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em Brasília no ano de 1986, citada em Pinheiro & Freitas (2004:258), define saúde como “resultante das condições de alimentação, habitação, renda, ambiente, trabalho, emprego, lazer, liberdade, acesso à posse de terra e acesso aos serviços de saúde; é (...) o resultado das formas de organização social”.

De acordo com Py (2004:113), a saúde das pessoas idosas, hoje em dia, é uma questão de saúde pública e, dessa forma, a “expectativa de vida de uma população, enquanto uma positividade social, se inscreve na minimização da morbidade física, psicológica e social dessa população”.

Sendo assim, para Neri (1993) *apud* Py (2004), essas questões não podem ser entendidas como de responsabilidade individual, pois demandam por políticas sociais que devem impactar sob os sistemas de saúde, educação, planejamento dos ambientes de trabalho e dos espaços urbanos, sistema de seguridade social e também sob o modelo de formação e atuação dos profissionais que cuidam desses assuntos.

Para Cortelletti, Casara & Herédia (2004:48) “a saúde diz respeito à manutenção do equilíbrio das diversas dimensões humanas, e as perdas gradativas vão comprometendo as condições de saúde, variando de indivíduo para indivíduo”.

Segundo Jeckel-Neto (2000) *apud* Py (2004), “existem evidências de que o envelhecimento celular humano torna o organismo mais suscetível a doenças, com repercussões também evidentes no sistema de saúde, pelo aumento da demanda exercida pela população idosa”.

De acordo com Cortelletti, Casara & Herédia (2004) a velhice é uma etapa da vida na qual as pessoas encontram-se mais suscetíveis a doenças e que, devido à longevidade, algumas patologias crônicas estão dentro do quadro de normalidades.

Para Cortelletti, Casara & Herédia (2004:49), “as patologias, que aumentam progressivamente com o passar da idade, aceleram-se após os 60 anos de idade”. As mudanças que acompanham o ser humano, no decorrer de sua vida, acentuam-se com o passar do tempo, notadamente na velhice, provocando modificações gradativas que interferem na autonomia e na independência.

Para Pinheiro & Freitas (2004), para prevenir a dependência e manter a saúde e a maior longevidade com qualidade de vida, é fundamental que sejam adotadas medidas de prevenção.

Segundo Pinheiro & Freitas (2004:272), “a maior longevidade expõe os seres vivos por mais tempo aos fatores de risco, resultando em maior possibilidade de desencadeamento de doenças crônico-degenerativas, de incapacidades e de perda da autonomia”.

Autonomia entendida como exercício da autodeterminação e habilidade de poder atuar livre de interferências de outras pessoas e das limitações pessoais. Independência funcional como a capacidade de o indivíduo

realizar suas atividades diárias. A dependência na velhice é resultado de mudanças biológicas, psicológicas e das transformações exigidas pelo meio social (Cortelletti, Casara & Herédia, 2004:51-2).

Para Cortelletti, Casara & Herédia (2004:52) “o envelhecimento biológico e as perdas sofridas, a reestruturação dos mundos familiar e social refletem-se no aspecto psicológico do idoso com o decréscimo das suas funções psíquicas”. Sendo assim, ocorre a diminuição das funções sensoriais, trazendo redução da visão, da audição, da memória, principalmente para os fatos recentes (fatos antigos permanecem conservados).

De acordo com Pinheiro & Freitas (2004:266), “no Brasil, as doenças cardiovasculares (DCV) são as causas mais comuns de mortalidade na população idosa”. Aproximadamente 73% das pessoas vitimadas pelas doenças cardiovasculares no Brasil têm idade igual ou superior a 60 anos de idade (DATASUS). As doenças neoplásicas seguem as DCV e são seguidas pelas doenças respiratórias. A primeira causa das DCV é o acidente vascular encefálico (AVE), e além da carga econômica e da mortalidade, são freqüentemente responsáveis por incapacidades (DATASUS).

Segundo Freitas *et al* (2002) *apud* Freitas (2004:28), “do ponto de vista fisiológico, o envelhecimento é caracterizado por uma limitação da capacidade de cada sistema em manter o equilíbrio do organismo”. O declínio fisiológico se inicia após a terceira década de vida, sofrendo a influência de fatores genéticos, do meio ambiente e dos fatores de risco, o que significa que podemos modificar, até certo ponto, as características do envelhecimento, agindo sobre esses fatores.

A atuação sobre a genética tem sido alvo de inúmeras investigações, permitindo, hoje, a prevenção nesse nível. Entretanto, de amplo alcance são algumas características ambientais, a dieta, os hábitos de vida e os fatores de risco, como por exemplo o fumo, o álcool, a obesidade, o colesterol, etc. Partindo desse conceito, é possível buscar o envelhecimento saudável através da promoção da saúde e da prevenção de doença, mantendo a capacidade funcional pelo maior tempo possível (Freitas, 2004:28).

Para Freitas (2004:28) apesar de grande parte dos idosos apresentarem pelo menos uma doença crônica, “esse fato não necessariamente determina uma limitação para a realização de suas atividades, desde que exista controle sobre a patologia ou patologias existentes, emergindo, de forma marcante, o conceito de capacidade funcional”. De acordo com Freitas (2004:29), “as ações preventivas, ao

longo de toda vida, são fundamentais para a manutenção da saúde e a manutenção da capacidade funcional do idoso”.

Os fatores econômicos têm profundas repercussões sobre a saúde. São bem conhecidos os efeitos adversos da baixa capacidade econômica e o possível aparecimento de doenças. As classes sociais mais privilegiadas estão menos sujeitas à agressão ambiental e ao desenvolvimento das doenças ensejadas (Pinheiro & Freitas, 2004:265).

Segundo Freitas (2004), as repercussões do envelhecimento sobre a saúde do idoso brasileiro, segundo os dados do censo publicado pelo IBGE no ano de 2003, revelam uma expressiva prevalência de deficiências, sendo a de maior incidência à deficiência visual.

Segundo Stella (2004), grande parte da população idosa mantém suas funções cognitivas preservadas ao longo da vida, porém, uma parcela evolui com alterações cognitivas que, de acordo com suas características e nível de gravidade, configuram-se como declínio cognitivo leve ou evoluem para quadros demenciais.

De acordo com Stella (2004) o processo de envelhecimento tende a apresentar certas mudanças das funções cognitivas¹ comuns para a idade, diferentes daquelas que causem prejuízo para as atividades da vida diária, como é o caso da demência. Para Stella (2004:310) “a demência é um processo de comprometimento das funções cognitivas, com repercussões significativas na qualidade de vida dos pacientes”.

Segundo Herrera *et al* (1998) *apud* Stella (2004:289), “a *demência de Alzheimer* ² constitui o tipo mais comum de demência, atingindo em torno de 2,1% da população com 70 anos de idade e chegando a 30,6% naqueles acima de 85 anos”.

Segundo Freitas (2004:33) uma boa vivência do processo de envelhecimento “depende de corretos hábitos de vida, inserção familiar, inserção social e adequação ambiental, sendo a saúde a chave”. E de acordo com Freitas (2004:33) é “obrigação de toda sociedade, da família e do governo assegurar condições que permitam aos

¹ Funções cognitivas é um sistema de atividades mentais integradas e interdependentes que se caracterizam basicamente por memória, pensamento lógico, capacidade de aprendizagem, atenção concentrada, linguagem, capacidade de reconhecimento do ambiente, de programação lógica da atividade psicomotora e funções executivas.

² Nessa demência verifica-se o comprometimento inicial das regiões internas do lobo temporal, sobretudo do hipocampo que é responsável pelo processamento da memória. Posteriormente, outras estruturas do lobo temporal são acometidas e, progressivamente, as demais áreas do cérebro.

que envelhecem usufruir aqueles que são os princípios das Nações Unidas para as pessoas idosas: independência; participação; cuidado; auto-satisfação; e dignidade”.

Para Pinheiro & Freitas (2004:273) “no processo de formulação de uma política pública de saúde, específica para um determinado grupo populacional, é necessário que se levem em conta os problemas ambientais, econômicos, sociais, culturais e as suas peculiaridades”.

Portanto, a saúde do idoso é uma das questões mais importante que se inter-relaciona ao envelhecimento, pois atua diretamente na forma como este irá encarar a sua velhice. Envelhecer com saúde é um passo importante para enfrentar de forma positiva as perdas e aquisições que advêm com esse processo, intrínseco a todos os indivíduos, porém vivenciado de maneiras distintas.

3. ASILAMENTO

Ao visitar um asilo:

(...) jardins viçosos circundavam construções de linhas suaves, o silêncio calmante sendo quebrado apenas por ruídos necessários para os movimentos cotidianos (...) as pessoas nos parecem, no entanto, apáticas, tristes, incoerentes (Canoas, 1985:17).

O trabalho de Groisman (1999) sobre o que ele denomina de asilo de velhos é uma referência importante quando o assunto a ser abordado envolve a questão da institucionalização da velhice. Seu artigo intitulado “Duas abordagens aos asilos de velhos: da clínica Santa Genoveva à história da institucionalização da velhice” remete a existência de instituições asilares que, segundo ele, são atuais e ao mesmo tempo muito antigas, e também de existência silenciosa. Para elucidar este assunto o autor parte de um duplo objetivo, o de analisar o campo das instituições, datando a década de 90, e posteriormente pensar como se constituiu historicamente o campo da institucionalização do idoso. Sendo assim, a sua obra retoma dois momentos históricos importantes, onde a questão dos asilos de velhos se torna pública: o caso da clínica Santa Genoveva, em 1996, fazendo emergir um movimento que questiona as condições de institucionalização da velhice; e o contexto em que surgem os asilos de idosos no Rio de Janeiro no final do século XIX, relacionando os discursos da caridade e da filantropia na elaboração das práticas de assistência à população indigente:

(...) contextualizando o momento em que a ‘velhice desamparada’ surge como uma categoria para designar uma determinada parcela desta população, sendo encaminhada para o interior de uma instituição fundada especificamente para este fim – o Asilo São Luiz para a Velhice Desamparada (Groisman, 1999:164).

Segundo Born & Boechat (2002:768) não se pode falar de idoso asilado sem antes fazer referência “às imagens negativas freqüentemente associadas a entidades que o abrigam, para as quais a denominação popular asilo continua a prevalecer ou, no melhor dos casos, se encontra atenuada na expressão instituição asilar”. Essas instituições que eram associadas à pobreza e ao abandono, se vêem hoje, em meio a uma sociedade em constante envelhecimento, tendo que assumir novas funções em decorrência das necessidades emergentes.

O estudo dessa temática não poderia deixar de fazer referência também ao pensamento de Goffman (1974) sobre o que ele denomina de *instituições totais*, um

termo criado para designar espaços de segregação social, onde as casas para velhos - um exemplo desse tipo de instituição - são criadas para cuidar de pessoas que, para o pensamento de alguns, são incapazes e inofensivas. Para elucidar melhor o significado desse conceito trazido por este autor, é necessário aprofundar um pouco mais a seu respeito:

Uma instituição total pode ser definida como um local de residência e trabalho onde um grande número de indivíduos com situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, levam uma vida fechada e formalmente administrada (Goffman, 1974:11).

De acordo com Goffman (1974), essa administração que foge ao próprio indivíduo asilado sobre a sua vida, é feita pela instituição que o abriga, que passa a ter o controle sobre seu cotidiano, e trata os sujeitos de forma padronizada, como se todos os indivíduos que lá residem, tivessem as mesmas necessidades. Por mais que existam de fato meios de comunicação disponibilizados aos asilados, eles encontram-se, de certa forma, distanciados e excluídos do mundo externo. Para Goffman (1974:15) “quando a instituição simboliza uma barreira à relação social com o mundo externo, damos a ela o nome de instituição total”.

Segundo Goffman (1974), toda instituição conquista parte do tempo e do interesse do asilado e lhe dá algo de um mundo, sendo assim toda instituição tem tendências ao fechamento. Porém, é incontestável o fato de haver variações no que concerne o grau de fechamento de cada uma delas - algumas são muito mais fechadas do que outras. Para Goffman (1974:16) “seu fechamento ou seu caráter total é simbolizado pela barreira à relação social com o mundo externo e por proibições à saída que muitas vezes estão incluídas nos esquemas físicos - portas fechadas, paredes altas”.

Se contrapondo a esse fechamento, é importante ressaltar que:

Uma disposição básica da sociedade moderna é que o indivíduo tende a dormir, brincar e trabalhar em diferentes lugares, com diferentes co-participantes, sob diferentes autoridades e sem um plano racional geral. O aspecto central das instituições totais pode ser descrito como a ruptura das barreiras que comumente separam essas três esferas da vida. Em primeiro lugar, todos os aspectos da vida são realizados no mesmo local e sob uma única autoridade. Em segundo lugar, cada fase da atividade diária do participante é realizada na companhia imediata de um grupo relativamente grande de outras pessoas, todas elas tratadas da mesma forma e obrigadas a fazer as mesmas coisas em conjunto. Em terceiro lugar, todas as atividades diárias são rigorosamente estabelecidas em horários, pois uma atividade leva, em tempo predeterminado, à seguinte, e toda a sequência de atividades é imposta de cima, por um sistema de regras

formais explícitas e um grupo de funcionários. Finalmente as várias atividades obrigatórias são reunidas num plano racional único, supostamente planejado para atender aos objetivos oficiais da instituição (Goffman, 1974: 17-8).

Segundo Cortelletti, Casara & Herédia (2004), as instituições voltadas para o asilamento de idosos caracterizam-se como um grupo de pessoas que convivem num mesmo espaço físico, perante uma organização estabelecida, com hierarquias definidas, e pela divisão interna do trabalho. Apresenta denominações variadas, mas tem em comum a função de propiciar à pessoa idosa, o atendimento por meio de hospedagem permanente, assistência à saúde de forma direta ou indireta, e algumas atividades de ocupação e lazer.

Para Born & Boechat (2002), no Brasil, de um modo geral, os asilos, ou para usar um termo mais atual, as Instituições de Longa Permanência, se traduzem em estruturas constrangedoras, com critérios padronizados que não permitem a expressão individual, promovendo a despersonalização do indivíduo. Qualquer que seja o nível de qualidade dos serviços, tende a romper-se bruscamente o padrão de vida anterior, e em seu lugar oferece-se uma situação de compartimento fechado, que afasta o idoso do convívio social e familiar.

De acordo com Born & Boechat (2002), no Brasil, pode-se estimar a presença de fatores que predispõe ao asilamento, ou seja, influenciam na escolha pela institucionalização, como idade avançada, diagnóstico, limitação para as atividades de vida diária (AVD), morar só, estado civil, situação mental, etnia, ausência de suportes sociais, pobreza. Porém outras questões se fazem presentes, com pesos diferentes conforme a classe social e a região geográfica, indicando predomínio de fatores socioeconômicos em grande parte da população institucionalizada.

Para Born & Boechat (2002) as instituições voltadas ao segmento idoso se revelam heterogêneas quanto aos padrões de atendimento, a qualidade da estrutura, a organização financeira, a população atendida, e também quando às suas denominações. Até o presente momento não se tem conhecimento do número exato de instituições voltadas para a pessoa idosa, e do número de idosos institucionalizados. O que se sabe é que esse tipo de serviço tem sido cada vez mais demandado, aumentando sua oferta, principalmente no setor privado, almejando algum tipo de retorno financeiro.

Verifica-se que, em todo o território nacional, existem ILPs governamentais para idosos em número reduzido. A grande maioria é de direito privado e se classifica como beneficente/filantrópica ou com finalidades lucrativas. As primeiras são mantidas por grupos religiosos, associações de imigrantes ou descendentes, e muitas têm um longo histórico de trabalho assistencial, de caráter asilar. As clínicas geriátricas ou casas de repouso, pertencentes ao grupo de instituições com finalidades lucrativas, mais recentes, localizam-se especialmente nos grandes centros urbanos. Geralmente, nos municípios menores ou nas regiões menos desenvolvidas, encontram-se, apenas, instituições beneficentes/filantrópicas (Born & Boechat, 2002:770).

De acordo com Moreno & Veras (1997) *apud* Born & Boechat (2002), no município do Rio de Janeiro, 60% das instituições pesquisadas eram de caráter privado, enquanto 1% foi declarada pública, 27% filantrópicas e 9% de natureza mista, assim consideradas as ILPs privadas que destinaram um número de leitos para atendimento gratuito, através de convênio com o Estado.

O fato é que independentemente do caráter da instituição, levando-se em consideração a perspectiva do sujeito, segundo Cortelletti, Casara & Herédia (2004:13) “a questão do asilamento comprova a ação da sociedade que descarta os indivíduos no momento em que deixam de ser saudáveis, produtivos e utiliza um discurso controverso à sua integração ao meio social”.

Segundo Cortelletti, Casara & Herédia (2004:18), “as instituições asilares desempenham as funções de guarda, proteção e alimentação”, abrigando idosos rejeitados por seus grupos diretos à medida que sua presença passa a ser incômoda e difícil. Dessa forma, sua participação familiar e social torna-se limitada ou até impossibilitada, fazendo emergir um sentimento de abandono por parte da pessoa idosa.

O abandono pode ser considerado o grande principal motivo do asilamento, este no caso significa o estado ou a condição de uma pessoa que se encontra vivendo em uma instituição asilar, porque não tem família ou porque foi deixada pela família aos cuidados dessa instituição (Cortelletti, Casara & Herédia, 2004:39).

De acordo com Cortelletti, Casara & Herédia (2004:19), “a localização da velhice no asilo parece não ser apenas geográfica, mas também representativa: o asilo pode ser visto como uma espécie de *limbo*, onde a velhice se encontra fora do tempo e do espaço, alienada do mundo”. Sendo assim, é importante considerar também que para Cortelletti, Casara & Herédia (2004) o asilamento é uma consequência de situações impostas pela vida, envolvendo situações socioeconômica e demográfica da família, e/ou de alguma forma, criadas pela

própria pessoa institucionalizada, que não criou vínculos que garantissem o amparo à sua velhice e a permanência no meio familiar.

3.1. Breve histórico do asilamento de idosos

Em relação à perspectiva histórica da institucionalização da velhice, o trabalho de Groisman (1999) considera que o marco de uma nova era para a velhice se deu a partir do surgimento do asilo São Luiz, nos finais do século XIX. Segundo este autor:

Pensar a constituição de um novo tipo de prática – a institucionalização da velhice – é inevitavelmente esbarrar na questão de se identificar um movimento que separou uma determinada parcela da população – no nosso caso, os velhos – e lhe conferiu uma identidade própria, elegendo-a como alvo específico da prática assistencial. Nesse momento, a ‘velhice desamparada’ emerge como uma categoria que classifica e separa determinados indivíduos do aglomerado de tipos que compõem a mendicância urbana, destinando-lhes um *locus* privilegiado de assistência: o asilo de velhos (Groisman, 1999:176).

Groisman (1999) em sua obra acompanha um pouco do desenvolvimento das ações de assistência à pobreza urbana ao longo do século XIX. Este século segundo ele, foi marcado por intensas transformações sociais, políticas e econômicas, e ao mesmo tempo, de fortalecimento das práticas de controle social. Nesse contexto, a população pobre e identificada como não-trabalhadora foi reconhecida de diferentes formas pela sociedade.

Segundo Groisman (1999:177) “de legítimo pobre e motivo de caridade cristã a ‘vicioso vadio’ pertencente às ‘classes perigosas’, diversos valores e significados foram atribuídos ao indigente. A separação entre mendigos e vadios marcou a primeira metade do século XIX”.

Segundo Fraga Filho (1996) *apud* Groisman (1999), mesmo quando tratados com repulsa e desprezo, os mendigos não eram vistos como marginais, e chegavam a desfrutar de certa tolerância social, pois eram ligados ao cenário cotidiano e religioso da cidade. Através dos atos de piedade, a população via o mendigo como um personagem legítimo da pobreza. Dentro desse quadro, pode-se dizer que havia uma relação bastante próxima entre os mendigos e as outras camadas sociais. A

tendência da sociedade era considerar como mendigos os incapacitados para o trabalho. Sendo assim:

O doente ou portador de alguma deficiência física, o velho, a criança órfã e as viúvas eram os pobres reconhecidamente legítimos, e portanto aptos para sobreviver pela caridade. Eram pobres amparados pelos fies e de certa maneira protegidos pelas autoridades, que lhes concediam licenças para mendigar em determinados pontos da cidade (Fraga Filho, 1996:39 *apud* Groisman, 1999:178).

Para Groisman (1999), nessa sociedade o trabalho ainda não era, como hoje, um valor fundamental. Para muitos pobres, mendigar era mais honroso do que fazer 'trabalho escravo'. Para os incapacitados para o trabalho era permitida a mendicância.

Ao que parece, a velhice já habitava as ruas, embora estivesse *misturada* a outras categorias sociais. Apesar da presença de velhos se destacar, a categoria socialmente relevante para denominar tais pessoas é a de 'mendigo'. Mesmo assim, o critério etário parecia ser um componente importante para diferenciação da população miserável, pois, de maneira geral, os indigentes jovens eram considerados 'vadios' ou 'vagabundos' (Fraga Filho *apud* Groisman, 1999:178).

Assim, segundo Groisman (1999), a separação entre pobres merecedores de assistência e elementos perigosos é uma característica da sociedade brasileira na primeira metade do século XIX. Enquanto a polícia reprimia a vadiagem, a Santa Casa de Misericórdia concedia abrigo para os inválidos, loucos, doentes, e outros. Predominava a caridade cristã como norma orientadora das obras sociais. Para Abreu (1987) *apud* Groisman (1999:180), "naquele momento não havia preocupações preventivas, nem a preocupação em separar, hierarquizar e classificar os diversos assistidos sociais".

Groisman (1999) analisa que toda essa configuração se transformou a partir da segunda metade do século XIX, quando o Brasil assiste ao fortalecimento do discurso da filantropia e ao processo de constituição da medicina social, que alteram de forma significativa as práticas voltadas ao segmento pobre da população. A decadência da escravidão colocou à sociedade a necessidade de transformar os pobres livres em trabalhadores assalariados.

Dessa forma, a concepção de pobreza começa a se desvincular de seus aspectos morais e religiosos e surge como fato econômico. Para Groisman (1999:180), "o discurso filantrópico e o higienismo criticarão a caridade, propondo

um projeto civilizador. A população indigente – mendigos e vadios – será mais intensamente reprimida”.

Na contextualização histórica de Groisman (1999) sobre o asilamento, como uma das bases do higienismo, o poder médico passou a atuar como norteador de mudanças no planejamento urbano e no controle da população pobre. A falta de circulação do ar, a presença de pântanos e esgotos a céu aberto e também as grandes aglomerações de pessoas em condições consideradas não-higiênicas seriam os responsáveis pelas patologias que acometiam a população. Segundo ele, para além do espaço urbano que sofre as ações higienistas, o modo de vida das classes pobres passa a ser visto como potencialmente perigoso. Havia a suspeita de que os locais onde se concentravam os mendigos emanassem os males que acometiam a população, que colocavam em risco a sua saúde. Dessa forma, os mendigos e vadios tornaram-se os agentes propagadores de doenças e sua livre existência não seria mais tolerada.

Groisman (1999) verifica que após 1850, aumentou o investimento sobre a população em situação de rua. No Rio de Janeiro, em 1854, foi fundado o “Asilo de Mendicidade”, conhecido como “Albergaria”. Essa instituição tinha o fim de recolher e realizar certa triagem sobre a população indigente, separando doentes e inválidos de delinquentes. Um tempo após sua inauguração, essa instituição passou a encarcerar permanentemente a mendicância, tendo como justificativa a ameaça à salubridade pública. De acordo com Groisman (1999), devido à insuficiência para atender os fins a que foi destinada, essa instituição foi ampliada, renomeada³, e foi regulamentada a permissão para abrigar a quatro “classes de mendigos”, de ambos os sexos: primeiro, os menores de quatorze anos, abandonados e ociosos; segundo, os indigentes, os velhos e os incapazes, que recorriam à caridade dos transeuntes; em terceiro, os que se apresentavam espontaneamente, provando indigência; e em quarto, os alienados.

Segundo Groisman (1999), a direção da instituição coube a um médico que buscava combater a mistura de sexos, idades e patologias. A mistura de tipos era condenada pelo higienismo, que procurava atuar no sentido de ordenar os espaços institucionais de forma a separar os “pacientes” segundo as suas características e/ou patologias. Esse modelo também foi buscado pela Santa Casa de Misericórdia.

³ O Asilo da Mendicidade passou a se chamar Asilo São Francisco de Assis, na última década do século XIX.

Assim, a velhice começaria a se separar da massa indiferenciada de miseráveis e moribundos que habitava o hospital geral.

De acordo com Groisman (1999), a partir da segunda metade do século XIX, pode-se observar o esforço em classificar e separar a mendicância, sendo que esse processo foi acompanhado de certa forma pela associação entre “mendigos” e “vadios”. Os mendigos deixaram de ser alvos de piedade e filantropia e passou a haver uma crítica a caridade. Numa sociedade em que o assalariamento do trabalho começava a ser valorizado, viver de esmolas teria que se tornar desvantajoso.

Segundo Groisman (1999:184), “a crítica da filantropia higiênica sobre a caridade passa a condenar as misturas dos diferentes tipos de doentes e moribundos que caracterizavam os espaços institucionais até então existentes”. Sendo assim, Groisman (1999) assinala que ao fim do século XIX, O Rio de Janeiro assistiu a uma série de transformações de ordem política e econômica, e foi nesse cenário que surgiu o Asilo São Luiz para a Velhice Desamparada. A separação da velhice desamparada das outras categorias sociais ocorreu devido ao fato das ações de assistência, inspiradas pela filantropia higiênica, buscarem uma maior especialização, classificando e separando os diferentes tipos urbanos segundo características próprias de cada grupo. Dessa forma, o Asilo São Luiz foi a primeira instituição do Rio de Janeiro com a finalidade de acolher exclusivamente a velhos. Fundada em 1890, a instituição tinha por finalidade “receber os velhos de ambos os sexos, sem distinção de cor ou nacionalidade, provadamente desamparados, aos quais dá casa, sustento, vestuário, médico e farmácia, e por morte, modesto, mas decente enterramento⁴”.

Na obra de Groisman (1999) fica claro que nas primeiras décadas do século XX, O Asilo São Luiz tornou-se uma instituição modelo de grande visibilidade social. Recebeu o apoio dos jornais, e da sociedade que foi sensibilizada a contribuir com o sustento da instituição. Segundo Groisman (1999:188), “o asilo se tornou um *locus* privilegiado para o surgimento de imagens sociais da velhice”. Para o autor, a partir do surgimento deste asilo, a velhice ganhou um “lugar” na cidade. Este lugar é considerado geográfico e ao mesmo tempo simbólico, pois o asilo de velhos era (e continua sendo), um lugar carregado de significados. Dessa forma, o lugar da velhice começava a se configurar de forma diferenciada. A descoberta da velhice

⁴ *Jornal do Commercio*, Rio de Janeiro, 1899. Embora fosse particular, a instituição recebia subvenções públicas e contava com o apoio de uma ordem de freiras, que se encarregavam de cuidar dos asilados.

desamparada parece ter um significado maior do que um simples aperfeiçoamento das práticas de assistência à pobreza.

Assim, para Groisman (1999:189) “o surgimento do asilo de velhos parece ser apenas um dos componentes de um processo que isolaria a velhice – desamparada ou não – das outras categorias etárias”.

Segundo Groisman (1999), uma novidade ocorreu no Asilo São Luiz, quando em 1909, houve a inauguração de quartos particulares para velhos que não se encontravam desamparados. Para Groisman (1999:189), nesse momento, “a institucionalização da velhice deixaria de ser apenas caridade, para se transformar também numa fonte de renda (...) não era mais o desamparo que estava sendo assistido, mas sim a própria velhice”. A velhice iniciaria o século XX intimamente ligada às instituições asilares, e o ato de envelhecer, com a existência de certo temor, à iminência do asilamento.

A história do asilo está relacionada à história da velhice. De acordo com Groisman (1999:190), “se ainda é possível generalizarmos sobre tais instituições, poderíamos dizer que os bons e maus asilos têm algo em comum: o fato de serem dispositivos de produção social da velhice”.

Se as instituições para idosos de caráter beneficente/filantrópica, conhecidas como asilos, se destinavam à velhice desvalida, hoje, na sociedade marcada pelo envelhecimento, passam a ter uma nova missão: cuidar de idosos necessitados de várias modalidades de serviços, em face das perdas funcionais que tornaram problemática a vida a sós ou com a família. Essas casas beneficentes/filantrópicas, assim como as clínicas geriátricas e as casas de repouso, devem fazer parte da rede de atendimento integral institucional (Born & Boechat, 2002:776).

3.2. O idoso perante a institucionalização

Segundo Born & Boechat (2002), nas regiões Sudeste e Sul do Brasil, o perfil da população atendida institucionalmente corresponde a idosos, vítimas de consideráveis perdas funcionais, e um grande número de indivíduos com algum tipo de demência, sobretudo nas casas de repouso e clínicas geriátricas – entidades voltadas para a população com maior poder aquisitivo. Contudo, as instituições beneficentes/filantrópicas têm registrado também um aumento progressivo de pedidos de admissão de idosos mais idosos e dependentes. Sendo assim, para Born

& Boechat (2002:770) o asilamento de idosos “pode ser motivado por uma multiplicidade de fatores, e não apenas pela ausência de família ou por carência socioeconômica”.

A história de vida e a cultura do idoso, entre vários outros fatores, refletem na forma como o indivíduo encara e vivencia o processo de institucionalização. Para Born & Boechat (2002:773) “é possível que a maioria dos idosos de hoje venha a interpretar uma admissão como situação de falência: do ser humano e da sociedade”, pois independentemente das causas que a determinaram ou a precipitaram, o planejamento de vida do indivíduo foi alterado.

Segundo Canoas (1985:17-8), “o homem é uma totalidade complexa e dinâmica em relação a sua individualidade (...) se for dividido para viver, isto é, se puder somente ter ou fazer isto ou aquilo, vai perdendo sua característica peculiar ou sua própria existência”. Em geral, para Canoas (1985), o idoso que é colocado em instituições destinadas ao seu segmento etário, “é posto a vegetar”, vai gradativamente perdendo a sua originalidade, sua vontade, sua capacidade de projetar o futuro, seu raciocínio, sua memória, encontrando-se à parte do processo da vida.

De acordo com Canoas (1985:21) “deixar em segundo plano um estilo de vida criado e recriado ao longo dos anos e assumir normas de vida ditadas pela instituição é, sem dúvida, o maior desastre da segregação sofrida por velhos nos asilos e casas de repouso”.

Para Canoas (1985) a perda da individualidade que se processa dentro de uma instituição total, no caso, da instituição asilar, é resultante do conflito entre o mundo do internado, tudo aquilo que ele aprendeu e foi antes do asilamento, e o mundo da equipe profissional, que se identifica no modo como interpreta e como aborda o problema do asilado com o mundo da própria instituição, sua história e seus regulamentos. Dessa forma:

O internado é a parte mais fraca deste conflito, pois fatalmente o mundo da equipe profissional e o da instituição se aliarão levando o mundo do asilado a se desfigurar, levando-o a assimilar um novo tipo de vida. A assimilação implica na perda de certas peculiaridades para o internado, e a aquisição de significados, atitudes, valores, comportamentos e estímulos de quem o assimila, no caso a instituição. No asilo, o idoso é absorvido pela instituição (Canoas, 1985:23).

Segundo Goffman (1974) é característico dos internados que cheguem à instituição com uma “cultura aparente” derivada de um “mundo da família”, uma forma de vida e um conjunto de atividades aceitas sem discussão até o momento da admissão na instituição. Para Goffman (1974:24), “o novato chega ao estabelecimento com uma concepção de si mesmo que se tornou possível por algumas disposições sociais estáveis no seu mundo doméstico. Ao entrar, é imediatamente despido do apoio dado por tais disposições”. Sendo assim:

Começa uma série de rebaixamentos, degradações, humilhações e profanações do eu. O seu eu é sistematicamente, embora muitas vezes não intencionalmente, mortificado. Começa a passar por algumas mudanças radicais em sua “carreira moral”, uma carreira composta pelas progressivas mudanças que ocorrem nas crenças que têm a seu respeito e a respeito dos outros que são significativos para ele. (Goffman, 1974: 24)

Goffman (1974:24) complementa que:

A barreira que as instituições totais colocam entre o internado e o mundo externo assinala a primeira mutilação do eu. Na vida civil, a seqüência de horários dos papéis do indivíduo, tanto no ciclo vital quanto nas repetidas rotinas diárias, assegura que um papel que desempenhe não impeça sua realização e suas ligações em outro. Nas instituições totais, ao contrário, a participação automaticamente perturba a seqüência de papéis, pois a separação entre o internado e o mundo mais amplo dura o tempo todo e pode continuar por vários anos. Por isso ocorre o despojamento do papel.

Para Cortelletti, Casara & Herédia (2004), na vivência do asilamento, o institucionalizado se encontra em um espaço fechado, realizando as mesmas atividades com o mesmo grupo de pessoas, no mesmo horário, atendendo às exigências institucionais e não às pessoais, sofrendo, então, a restrição de outras vivências externas. Nesse local, o asilado depende das condições externas e internas que o local lhe oferece, que determinam as formas de relação social que serão estabelecidas entre a estrutura institucional e o idoso, e deste com os demais idosos.

Segundo Cortelletti, Casara & Herédia (2004:19), “a divisão de trabalho necessária à manutenção da estrutura limita a própria comunicação entre os que integram a instituição asilar”. Dessa forma, a comunicação se restringe à equipe dirigente, que organiza as decisões de acordo com os seus interesses e necessidades, muitas vezes, excluindo a vontade e os desejos dos que são o alvo do atendimento. Para Cortelletti, Casara & Herédia (2004:19) a ligação que o asilado tem com o mundo externo é mediada pelos membros que atuam no funcionamento

da estrutura asilar, que “exercem a função de controlar a manutenção dos papéis sociais, restringindo os contatos externos e reafirmando a conservação dos estereótipos existentes”.

Segundo Cortelletti, Casara & Herédia (2004), o processo de asilamento representa para o idoso, muito mais do que simplesmente uma mudança de um ambiente físico para outro, pois corresponde também à necessidade de o indivíduo estabelecer relações com todos os aspectos de seu novo ambiente. Isso implica em ajustar-se ao novo lar mais do que o lar a ele, passando a sensação de abandono, e o receio de passar os últimos anos de sua vida num lugar estranho, em meio a desconhecidos.

Para Preti (1991:24) *apud* Cortelletti, Casara & Herédia (2004:19-20) a ocorrência desta “troca de meio provoca a passagem de um mundo amplo e público para um mundo restrito e privado, fazendo com que os idosos se recolham a um estado de mutismo, perdendo sua vez ao diálogo, ficando relegados à suave violência do silêncio”.

Sendo assim, para Cortelletti, Casara & Herédia (2004:20), “as instituições acabam por segregar os idosos, condenando-os a uma vida isolada, silenciosa, introspectiva (...) os diálogos escasseiam, cortam-se as amarras com a família e com a comunidade”.

A institucionalização do idoso o leva a substituir suas representações sociais por novas que se caracterizam pela exclusão do processo produtivo, pela perda familiar, pelo rompimento dos vínculos afetivos e pelo isolamento social. Essa nova condição o leva a assumir outros papéis sociais, definidos e determinados pela própria instituição e por seus representantes (Cortelletti, Casara & Herédia, 2004:14).

Assim, segundo Preti (1991) *apud* Cortelletti, Casara & Herédia (2004) ocorre à perda dos laços diretos com seu contexto histórico, com suas referências pessoais e, principalmente, com suas relações familiares.

A perda dessas relações faz com que o idoso sinta a saída do lar como a quebra das relações com os seus, com suas experiências vividas, com os seus papéis, ocorrendo, assim, mudanças progressivas nas crenças que tem a seu respeito e a respeito dos outros que lhe são significativos (Preti, 1991:24 *apud* Cortelletti, Casara & Herédia, 2004:20).

Segundo Cortelletti, Casara & Herédia (2004), todas essas perdas fazem com que o idoso asilado tenha certa descrença em si mesmo, e pouca perspectiva de futuro para sua vida, nas condições que ainda tem de enfrentar para se manter vivo. As perdas se confirmam no momento em que o idoso é admitido na instituição, no

momento em que se vê obrigado a deixar para trás os papéis desempenhados por não ter perspectivas de reassumi-los, tornando-o mais um entre os membros de um grupo coletivo. É importante considerar também que:

O momento de ruptura com os laços afetivos até então estabelecidos, implica a necessidade do enfrentamento no sentido de estabelecer novas relações. Mas esse idoso encontra-se fragilizado, devido à perda de papéis ocupacionais e às perdas afetivas, que provocam diferentes graus de ansiedade, dependendo da história pessoal, da disponibilidade de suporte afetivo, do nível social e dos valores de cada um (Cortelletti, Casara & Herédia, 2004:21).

De acordo com Cortelletti, Casara & Herédia (2004), a institucionalização remete à pessoa idosa a uma situação de abandono, onde o sujeito sente-se esquecido, desamparado, solitário e excluído. Para Cortelletti, Casara & Herédia (2004:39) “esse estado emocional é decorrente não somente do fato da pessoa estar afastada fisicamente da família ou das pessoas de convívio próximo, mas também pelo fato de estar privada de relacionamentos que gostaria de ter”.

Os vínculos anteriormente estabelecidos foram interrompidos, privando o idoso das suas relações de afeto, o que o leva a experiências de solidão pelos isolamentos social e emocional. A solidão do idoso está muito relacionada às alterações que ocorrem na família. A redução do suporte familiar aos idosos é também decorrente da mobilidade das famílias no que diz respeito ao seu tamanho e ao número crescente de separações (Cortelletti, Casara & Herédia, 2004:39).

Para Cortelletti, Casara & Herédia (2004), a partir das informações coletadas na pesquisa realizada no Rio Grande do Sul em 2000, intitulada “O Idoso Asilar do Município de Caxias do Sul”, por mais que o idoso institucionalizado receba visitas de seus familiares, o sentimento de abandono é um fator presente em sua vida. Isso pode ser ocasionado pelo fato que de quanto maior o tempo de permanência do idoso na instituição, menor o número de visitas, seja de companheiro (a), filhos e netos, parentes e amigos. A sensação que se tem é que o idoso asilado vai sendo de certa forma esquecido, e esse esquecimento vai aumentando conforme aumentam os anos de institucionalização.

A situação de asilamento, motivada pelo abandono, é uma contingência. O asilo é o lugar que restou para abrigar o idoso e recebê-lo. O asilado se conforma e aceita essa situação, aparentemente sem contestar, limitando as possibilidades de querer mais e restringindo gradativamente o sentir, o pensar, o agir e o interagir. Perde a visibilidade do mundo, das pessoas neste mundo e, como consequência, as mobilidades social, física e intelectual que o mundo requer. Acaba por se enclausurar, tornando-se incapaz de enfrentar os desafios que a vida impõe (Cortelletti, Casara & Herédia, 2004:43).

De acordo com Cortelletti, Casara & Herédia (2004), o que pode ocorrer muitas vezes por parte do idoso asilado é o não-gerenciamento de sua própria renda, onde ele repassa essa responsabilidade para familiares ou para administradores das instituições. Essa situação pode significar a ausência de elos dos idosos com a realidade, fazendo com que este não tenha a preocupação com as suas necessidades básicas. O repasse das responsabilidades na gestão de sua vida, no pagamento dos serviços recebidos retira-lhes a possibilidade de opinar sobre os próprios serviços. Dessa forma, para Cortelletti, Casara & Herédia (2004: 45), “apesar de possuir renda própria para atender às suas necessidades, o fato de não gestá-la, tira-lhes a independência. A situação de asilamento lhes rouba a possibilidade de exercer a cidadania”.

De acordo com Cortelletti, Casara e Herédia (2004:50), “o idoso institucionalizado, relegado a uma espécie de isolamento e privado de suas funções familiares e sociais, tem sua situação vivencial limitada e prejudicada: mesmo que tenha o monitoramento da saúde física lhe falta a mobilidade social”.

Porém, não se pode deixar de levar em consideração que a vivência do processo de asilamento, assim como do processo de envelhecimento, é encarada de maneira distinta entre os indivíduos. Sendo assim, as idéias aqui levantadas sobre o idoso perante a institucionalização fazem um apanhado geral sobre alguns autores que se propuseram a discutir a questão do asilamento de idosos.

3.3. A legislação que perpassa o asilamento

De acordo com Cortelletti, Casara & Herédia (2004:17) “a velhice deve ser pensada de forma coletiva para poder ser planejada e para atender às necessidades sociais, que são também individuais, sendo a legislação o instrumento legítimo que o Estado utiliza para garantir os direitos individuais e coletivos da população”.

Segundo Pinheiro & Freitas (2004:273), “no Brasil, a Portaria 82 do Ministério da Previdência e Assistência Social, de 1974, implementa a primeira ação governamental direcionada para esse segmento populacional”. Entretanto, refere-se somente ao pagamento de internações em sistema de asilamento.

A Política Nacional do Idoso assinala que o atendimento “deve prioritariamente, desenvolver-se através de suas próprias famílias, em detrimento do asilar, excetuando-se os casos dos que não possuem condições necessárias para sobrevivência” (Lei 8.842 de 04/01/94). Evidencia também que a modalidade asilar foi considerada uma alternativa assistencial para suprir a ausência de família e socorrer o idoso em situação de abandono ou pobreza, não levando em conta quaisquer outras condições que pudessem requerer atendimento em instituição asilar, em caráter temporário ou permanente.

Em Born & Boechat (2002:769), “os debates iniciados há alguns anos nas comissões especializadas da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG), em congressos e jornadas, têm levado à adoção da expressão Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILP)”.⁵

Consideram-se instituições com denominações diversas, equipadas para atender idosos, sob regime de internato ou não, pagas ou não, por período de tempo indeterminado, que dispõem de funcionários capazes de atender a todas as necessidades da vida institucional (Portaria 810/89 do Ministério da Saúde).

Nessas instituições deve-se prestar atendimento integral à pessoa idosa:

Atendimento Integral Institucional é aquele prestado em instituição asilar a idosos sem família, vulneráveis, oferecendo-lhes serviços de todas as áreas necessárias à sua manutenção, no mais perfeito bem-estar possível. As instituições têm (...) diferentes denominações, sob regime de internato, pagas ou não, por tempo indeterminado. Propõem-se atender a todas as necessidades e cuidados que garantam qualidade de vida. São denominadas: abrigo, asilo, lar, casa de repouso, clínica geriátrica, ancianato. (Portaria 73/01 da Secretaria de Estado da Assistência Social do Ministério da Previdência e Assistência Social).

Segundo Born & Boechat (2002), a Instituição de Longa Permanência para idosos corresponde a estabelecimentos sob denominações diversas, correspondentes aos locais físicos equipados para atender a idosos sob regime de internato ou não, mediante pagamento ou não (Norma Técnica Especial 004/2000, da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte). E o Atendimento Integral Institucional prestado em Instituições de Longa Permanência para idosos, deve oferecer às pessoas de 60 anos de idade e mais, serviços nas áreas social,

⁵ Corresponde à expressão em inglês *Long Term Care Institution*, embora a tradução mais correta fosse Instituição de Cuidado Prolongado, ou de Longo Prazo.

psicológica, médica, de enfermagem, de fisioterapia, de terapia ocupacional, de odontologia e outras, conforme necessidades específicas desse segmento etário.

Esse atendimento é realizado em locais físicos adequados e equipados para proporcionar cuidados aos idosos, sob regime de internato, mediante pagamento ou não, durante um período indeterminado. Deve dispor de um quadro de recursos humanos para atender às necessidades de assistência social, saúde, alimentação, higiene, repouso e lazer dos usuários e desenvolver outras atividades que garantam qualidade de vida aos idosos (Documento apresentado pela Comissão de Assessoria Técnica a Instituições de Longa Permanência da SBGG – Seção São Paulo).

De acordo com Born & Boechat (2002), verifica-se nessas definições que, na Portaria 810/89, talvez por se tratar da primeira tentativa governamental para criar normas para o funcionamento das instituições para idosos, a definição adotada foi extremamente ampla, aplicando-se a várias modalidades de atendimento ao idoso, seja em regime de internação ou não, gratuito ou sob pagamento e em período indeterminado. A Portaria SAS 73/01, apresentada como mais uma etapa de regulamentação da Política Nacional do Idoso, utiliza a expressão instituição asilar e considera prioritário o atendimento daqueles que se apresentam sem famílias e em situação de vulnerabilidade.

Para Born & Boechat (2002) a necessidade de se proporcionar cuidados à pessoa idosa, conforme seu grau de dependência tem levado as ILPs a criarem setores especializados para diferentes categorias de acordo com a “clientela”. Segundo Born & Boechat (2002:770), “verifica-se, contudo, que lhes faltam critérios claros para estabelecer o grau de dependência. Os protocolos de avaliação são pouco utilizados, e o processo passa a depender muito do bom senso dos responsáveis por esse cuidado”.

De acordo com Born & Boechat (2002), a Portaria SAS 73/01, reconhecendo a importância da organização desses setores especializados, definiu três modalidades de instituições. A modalidade I corresponde a instituições destinadas a idosos independentes para as atividades da vida diária (AVD), e a capacidade máxima recomendada por unidade é de 40 pessoas, com 70% de quartos para quatro idosos e 30% para dois idosos. Na modalidade II, a instituição é destinada a idosos dependentes e independentes, que necessitem de auxílio e de cuidados especializados e exijam controle e acompanhamento adequado de profissionais de saúde. A capacidade máxima recomendada é de 22 pessoas, com 50% de quartos

para quatro idosos e 50% para dois idosos. E por fim, a modalidade III, onde a instituição é destinada a idosos dependentes que requeiram assistência total no mínimo em uma atividade da vida diária (AVD). Necessita de uma equipe interdisciplinar de saúde. A capacidade máxima recomendada é de 20 pessoas, com 70% de quartos para quatro idosos e 30% para dois idosos.

Born & Boechat (2002) fazem referência a Comissão de Assessoria Técnica a Instituições de Longa Permanência da SBGG-SP, que desenvolveu um trabalho semelhante, porém, definindo quatro modalidades:

Modalidade I: É a instituição destinada a idosos com até uma AVD comprometida e capacidade cognitiva preservada, mesmo que requeiram o uso de algum equipamento de auto-ajuda. Capacidade máxima recomendada por unidade: 40 pessoas; Modalidade II: É a instituição destinada a idosos com até três AVDs afetadas e comprometimento cognitivo controlado, que necessitem de auxílio e de cuidados especializados e exijam controle e acompanhamento adequado por profissionais de saúde. Capacidade máxima recomendada por unidade: 30 pessoas; Modalidade III: É a instituição destinada a idosos com quatro a cinco AVDs comprometidas, com quadro demencial e/ou cognição alterada. Necessita de uma equipe multiprofissional de saúde. Capacidade recomendada por unidade: 30 pessoas; Modalidade IV: É a instituição destinada a idosos dependentes que requeiram assistência total nas AVDs. Necessita de uma equipe multiprofissional de saúde. Capacidade máxima recomendada por unidade: 30 pessoas (Born & Boechat, 2002:770).

De acordo com Born & Boechat (2002:770), “uma questão básica, ainda não devidamente equacionada, refere-se ao fato de ser a ILP para idosos considerada um serviço de saúde ou de bem-estar social”. Não há clareza quanto a isso nem mesmo na esfera federal. Na elaboração da Portaria MS 810/89, as instituições para idosos foram consideradas “serviços de saúde”, enquanto a Portaria SAS-MPAS 73/01 as trata como parte da rede de serviços de “assistência social” ao idoso, e na Política Nacional do Idoso (Lei 8.842/94) é classificada como serviços de “atendimento asilar”.

A Política Nacional do Idoso, no art. 4º, Parágrafo Único, indica intenção de excluir da responsabilidade de entidades assistenciais o cuidado ao idoso necessitado de serviços de enfermagem e atendimento médico: “É vedada a permanência de portadores de doenças que necessitem de assistência médica ou enfermagem em instituições asilares de caráter social”, ignorando os fatores que predispõem à institucionalização e que, em quase todas as instituições, fazem aumentar o número de idosos com vários graus de dependência.

Em relação a isso, na concepção de Kane (1987) *apud* Born & Boechat (2002:771), “a instituição para idosos (juntamente com todos os outros serviços de cuidados a longo prazo) é um serviço híbrido, compondo-se de aspectos de assistência à saúde e de bem-estar social”.

Conforme as diretrizes da Portaria SAS-MPAS 73/01, a composição da equipe de uma instituição para idosos deveria levar em conta as necessidades dos residentes e a modalidade em que se enquadram.

A Lei 8.842, de 4 de janeiro de 1994, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, o considera como sendo a pessoa com 60 anos e mais de idade, e tem por objetivo “assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade”.

O Decreto 1.948, de 3 de julho de 1996, que regulamenta a lei supracitada, em seu artigo 3º, deixa claro que a modalidade asilar de assistência social ao idoso é entendida como sendo o “atendimento em regime de internato, ao idoso sem vínculo familiar, ou sem condições de prover a própria subsistência, de modo a satisfazer as suas necessidades de moradia, alimentação, saúde e convivência social”. O parágrafo único desse mesmo artigo explica que a “assistência na modalidade asilar ocorre no caso da inexistência do grupo familiar, abandono, carência de recursos financeiros próprios ou da própria família”. Ainda o parágrafo único do artigo remete ao fato que “o idoso que não tenha meios de prover a sua própria subsistência, que não tenha família, ou cuja família não tenha condições de prover a sua manutenção, terá assegurada a assistência asilar, pela União, pelos Estados, pelo Distrito Federal e pelos Municípios, na forma da lei”.

A Portaria 73, de 10 de maio de 2001, estabelece as normas de funcionamento de serviços ao idoso no Brasil, nas modalidades previstas na Política Nacional do Idoso, segundo a Lei 8.842, de 4 de janeiro de 1994, e aos desafios que o crescimento demográfico impõe ao País. Nessas normas, segundo seu anexo, apresenta formas de organização dos serviços de atenção ao idoso e às diversas modalidades existentes. As formas de organização dos serviços de atenção ao idoso são: família natural; família acolhedora; residência temporária; centro-dia; centro de convivência; casa-lar; república; atendimento integral e institucional; assistência domiciliar/atendimento domiciliar.

A Portaria 1.395, de 9 de dezembro de 1999, dispõe que o idoso saudável é àquele que mantém sua autodeterminação e prescinde de qualquer ajuda ou supervisão para realizar as atividades do cotidiano, com capacidade funcional de manter habilidades físicas e mentais necessárias para uma vida independente e autônoma. Autonomia e independência são capacidades que tornam o indivíduo apto a decidir sobre seus interesses e a se organizar sem nenhuma necessidade de ajuda. A autonomia é o exercício da autodeterminação, e o indivíduo autônomo é aquele que mantém o poder decisório e o controle de sua vida. (Ministério da Saúde, 1999).

3.4. O asilamento no foco da mídia

Segundo Born & Boechat (2002:772), “sempre que surgem notícias de irregularidades em Instituições de Longa Permanência, todos se alarmam, com o padrão moral de seus dirigentes e acusam a incompetência dos órgãos fiscalizadores”.

Para Groisman (1999), o dia 30 de maio de 1996 pode ser considerado um marco para o entendimento do “problema” da institucionalização da velhice no Brasil. O Rio de Janeiro, nessa data, despertou com uma manchete informando que uma bactéria havia matado dez idosos em uma clínica. Tratava-se do caso da Clínica Santa Genoveva, que se tornou um escândalo de proporções nacionais, que foi por um bom tempo o foco da mídia. Foi divulgada como possível causa das mortes a versão cedida pela direção da clínica: “causa da infecção pode ter sido alimento deteriorado levado por parentes durante uma festa⁶”.

Porém, no dia seguinte, de acordo com Groisman (1999), novos fatos surgiram fazendo com que o descaso e os maus tratos passassem a serem apontados como os verdadeiros responsáveis pelas mortes. Emerge dessa forma, uma realidade até então oculta: o interior das clínicas geriátricas conveniadas com o SUS, e o cotidiano dos idosos que lá residiam.

⁶ O Globo, 30 de maio de 1996.

O mundo das práticas institucionais sobre a velhice apareceria com todas as suas contradições. Com seus 340 leitos e incontáveis óbitos, a Santa Genoveva se tornaria um ponto de tensão para os significados da velhice no Brasil, iluminando, momentaneamente, algumas facetas do jogo de forças presente na complexa questão da institucionalização da velhice (Groisman, 1999:166).

Na análise de Groisman (1999) sobre este caso, a clínica Santa Genoveva era de propriedade particular, mas prestava serviços ao setor público.

No âmbito legal, os velhinhos da clínica estavam registrados nas guias de internação como 'pacientes fora de possibilidade terapêutica' e a função da clínica seria a de acolher doentes terminais encaminhados pela rede pública. Nesse momento, a Santa Genoveva aparece como uma clínica médica cuja característica fundamental seria justamente a perspectiva de não se exercer a clínica – uma instituição médica onde não se visa a cura (Groisman, 1999:167).

Segundo Groisman (1999), a clínica Santa Genoveva não tinha apenas pacientes geriátricos, havia também pacientes que apresentavam deficiências físicas e doenças mentais. Muitas internações foram divulgadas pela mídia como desnecessárias do ponto de vista médico, sendo que o que estava ocorrendo na realidade era o asilamento de idosos.

(...) talvez o mais surpreendente no caso da Santa Genoveva seja o fato de ela ser identificada como uma clínica geriátrica e seus pacientes como idosos. A velhice institucionalizada parece operar de modo a encobrir uma série de categorias – moribundos, alienados, indigentes, pobres, inválidos e outros (Groisman, 1999:169).

Para Groisman (1999) o caso da Santa Genoveva era um problema que precisava ser resolvido. Um incômodo por parte da sociedade que chamava atenção para a questão da inoperância do Estado e, de certa forma, para uma conjuntura maior de questões relativas ao envelhecimento no Brasil.

De acordo com Groisman (1999), antes desse ocorrido, a Santa Genoveva existia silenciosamente junto com outras 36 clínicas geriátricas do Estado do Rio de Janeiro, todas elas fora do olhar da opinião pública. Para Groisman (1999:172), “a Santa Genoveva surge a partir de um contexto social em que a ‘velhice’ se torna alvo de uma série de discursos”.

A repercussão do caso da clínica Santa Genoveva chama a atenção para o contexto extra-institucional da velhice. Convertida em ‘problema social’, um arcabouço de forças parece estar envolvido no seu gerenciamento. Do lado de fora dos asilos, uma interlocução intensa entre o discurso gerontológico, a mídia e os discursos organizados em torno da ‘terceira idade’ se

configuram numa pedagogia para um envelhecimento saudável (Groisman, 1999:173).

Em Groisman (1999), a eclosão do caso parece estar ligada a um contexto em que a velhice ocupa amplo espaço na mídia e nos meios acadêmicos. O caso da Santa Genoveva teve como solução o seu fechamento, dessa forma, o problema estava diretamente relacionado às condições específicas dessa instituição e não na existência do asilamento de velhos e na existência e necessária fiscalização das demais instituições. As clínicas geriátricas foram, por um determinado tempo, o foco das discussões, porém não foram abordados outros tipos de instituições voltadas para os idosos. Os asilos permanecem ocultos, pois o asilamento não se tornou um problema.

Para Groisman (1999), o desfecho da Santa Genoveva fez emergir outro problema: é preciso entender o lugar que os asilos de velhos ocupam em nossa sociedade e delimitar a constituição da velhice enquanto objeto de prática institucional.

Porém, a reportagem do jornal “O Globo” intitulada “Clínicas conveniadas viram asilos de idosos”, mostra que a lição da Clínica Santa Genoveva ainda não foi aprendida. Dez anos depois do fechamento da clínica, uma vistoria realizada pela Comissão de Saúde da Câmara de Vereadores e também, a partir de relatos feitos ao “Disque-Denúncia”, observa-se que ainda é deficiente o atendimento a idosos em leitos de cuidados prolongados (antigos leitos para pacientes fora de possibilidade terapêutica) em hospitais, clínicas e casas de saúde conveniadas com o Sistema Único de Saúde (SUS). Na vistoria realizada em quatro unidades, o presidente da Comissão de Saúde da Câmara, vereador Carlos Eduardo, constatou que, “para muitos pacientes aptos a terem alta, estabelecimentos hospitalares se transformaram em asilos”. Sem conseguir transferência para abrigos ou para a casa de familiares, eles permanecem ocupando um leito de cuidados prolongados por anos. Em relação à realidade assimilada nas visitas:

(...) sem terapia ocupacional e fisioterapia adequados, pacientes que não podem se locomover sozinhos passam às 24 horas do dia em suas camas. Limpeza precária, roupas de cama velhas e móveis enferrujados e quebrados foram outros problemas detectados.

A matéria mostra que durante a vistoria, os administradores das clínicas se queixaram do baixo repasse do SUS, motivo este utilizado para justificar a atual situação, não coincidentemente o mesmo utilizado pelos antigos donos da Clínica

Santa Genoveva. Citaram também as dificuldades até para receber os pacientes, alegando que há falta de coordenação para a transferência dos pacientes dos hospitais de emergência. Com isso, enquanto há leitos de cuidados prolongados vagos em clínicas, as emergências então cheias de idosos. Os relatos feitos ao “Disque-Denúncia”, abarcam a má qualidade do acompanhamento médico prestado, o descaso para com a higiene desses idosos, e comumente são feitas denúncias de maus tratos.

A reportagem em questão mostra que, em tese, há 984 leitos de cuidados prolongados, conveniados com o SUS, em 23 hospitais, clínicas e casas de saúde do município – 3.802 a menos do que em 1996, ano em que ocorreu a explosão do caso da Clínica Santa Genoveva. Na prática, só dois terços dessas vagas de nove unidades estão disponíveis para idosos em geral.

Segundo o vereador Carlos Eduardo, a situação é perversa com o idoso. A população envelheceu, sem que o poder público tivesse se preparado para isso, não havendo uma política de qualidade e efetiva para a terceira idade.

A reportagem, também do Jornal “O Globo”, “Idosos lotam emergências”, mostra que, em dez hospitais públicos, pacientes com mais de 60 anos são maioria. Esse fato se deve principalmente pela desativação, a partir de 1996, de 3.702 leitos de cuidados prolongados (destinados a doentes fora de possibilidade terapêutica) e às deficiências da rede básica de saúde, que são consideradas as principais causas para as emergências estarem superlotadas de idosos no Rio de Janeiro.

Em pesquisa realizada nos dez principais hospitais municipais e estaduais do Rio, o presidente da Comissão de Saúde da Câmara de Vereadores, Carlos Eduardo, constatou que os pacientes acima de 60 anos era a maioria nos leitos de emergência dessas unidades. Nesses leitos, os doentes não deveriam passar mais de 48 horas após receberem o primeiro atendimento. Nas emergências pesquisadas, havia 405 doentes, sendo 302 idosos.

A coordenadora do Núcleo Hospitalar de Geriatria e Gerontologia do Estado, Ione Costa, confirmou que, nos hospitais estaduais, em média, 70% dos leitos de emergência são ocupados por idosos. A Secretaria Municipal de Saúde informou que está ampliando o Serviço de Atendimento Domiciliar e que está criando o Programa de Atenção Básica à Saúde do Idoso. Segundo dados do Sistema de Informações Hospitalares do SUS, em janeiro de 1996, havia 4.686 leitos de cuidados prolongados conveniados em clínicas e hospitais do Rio. .

Depois do caso da Clínica Santa Genoveva, o Município do Rio de Janeiro iniciou um processo de desativação de leitos de cuidados prolongados. Segundo o vereador Carlos Eduardo, o correto não é acabar com esses leitos, mas melhorá-los. Segundo a Secretaria Municipal de Saúde, a desativação de leitos de cuidados prolongados deveu-se a uma portaria do Ministério da Saúde, de 1998, que determinava o fechamento de lugares que não atendessem aos requisitos mínimos para um atendimento de qualidade.

Segundo Novaes & Pinheiro, no Estado do Rio de Janeiro, a situação precária da atenção voltada à pessoa idosa começou a apresentar sinais claros de decadência e não priorização mais particularmente em 2001. Nesse período, os meios de comunicação noticiaram amplamente casos de maus tratos a idosos, principalmente em asilos. A partir dessas denúncias, a Assembléia Legislativa do Rio de Janeiro (ALERJ) instituiu, em 22 de fevereiro, através da RESOLUÇÃO nº. 490 de 2001, a Comissão Parlamentar de Inquérito — conhecida como CPI do Idoso — para apurar o tratamento dispensado aos cidadãos idosos nos abrigos e clínicas geriátricas do Estado.

De acordo com Novaes & Pinheiro, implantada no dia 7 de março de 2001, a CPI do idoso, a partir de um conjunto de denúncias de maus tratos a idosos, providenciou a inspeção de 129 Asilos, Casas de Repouso e congêneres. O serviço de "Disque-Idoso" recebeu 358 denúncias de maus tratos, violência ou discriminação a idosos no Estado do Rio de Janeiro. No decorrer das inspeções, 11 instituições foram interditadas, onde alguns dos seus responsáveis foram presos ou indiciados por "Apropriação Indébita" (art. 168 do Decreto Lei 2.848/40, Código Penal), ou por "Abandono de Incapaz" (art. 133), ou por "Omissão de Socorro" (art. 135), "Maus Tratos" (art.136), "Constrangimento Ilegal" (art. 146), "Cárcere Privado" (art. 148), "Tortura" (Lei 9.455/97) ou por "Propaganda Enganosa" (art.37 da Lei 8.078/90 do Código de Proteção ao Consumidor). De todas as instituições vistoriadas, verificou-se que 75 delas não possuíam Alvará de Funcionamento, caracterizando uma situação de clandestinidade e demonstrando a inexistência de fiscalização. Para que se tenha uma idéia aproximada do estado dessas instituições inspecionadas, duas delas não possuíam piso antiderrapante; 86 não possuíam escadas com corrimão; 76 não contavam com barras de apoio nos banheiros e 77 estavam superlotadas. De acordo com a CPI, 101 das instituições inspecionadas estavam em situação irregular infringindo a legislação e a portaria 819/89 do Ministério da Saúde que regulamenta

o funcionamento desse tipo de instituição. Entre as instituições visitadas, a CPI concluiu que apenas 11 ofereciam bons serviços e uma atenção digna aos idosos⁷.

O resultado da primeira investigação do Programa de Recursos Comunitários (Gerência e Extensão), desenvolvido pelo Serviço Social na Unati intitulada "Instituições Asilares para Idosos no Município do Rio de Janeiro", levantou dados sobre a existência e funcionamento de instituições asilares. Foi cadastrado o total de 65 instituições, que diferenciavam quanto ao número de leitos, a população alvo atendida, os critérios de elegibilidade, a natureza, o tipo de regime, os serviços oferecidos, a o valor pago pelo residente. Desse total de instituições, 42 eram privadas, 24 filantrópicas, e nove mistas, ou seja, de natureza privada e filantrópica. O estudo deixou claro que algumas instituições não foram identificadas e outras careceram de certas informações. Em relação ao número de leitos, houve a seguinte variação: as instituições privadas variaram entre 12 a 300 leitos; as filantrópicas de 9 a 64 leitos; e as mistas de 14 a 200 leitos. Alguns critérios de elegibilidade foram identificados, como àqueles relacionados à questão da idade (mínima e/ou máxima), as condições de saúde do idoso, a participação desses idosos em determinados grupos sociais, o fato de não possuir renda e/ou família, este último critério utilizado por instituições filantrópicas. Em geral, essas instituições se propõem a oferecer basicamente serviços de assistência médica, psicológica, social, de enfermagem, de fisioterapia, e nutrição, cada uma com suas especificidades. Em relação às atividades realizadas pelos idosos vinculadas às instituições, encontramos propostas de cultos religiosos, bazares, festas em datas comemorativas, trabalhos manuais e de artesanato e passeios. Já no que concerne aos custos, 13 instituições são gratuitas, e 25 custam acima de cinco salários mínimos, sendo que as restantes variam entre 1 a 5 salários mínimos dentre as que disponibilizaram esse tipo de informação.

⁷ V Caravana - Uma Amostra da Realidade dos Abrigos e Asilos de Idosos no Brasil. Relatórios e Publicações da Comissão de Direitos Humanos da Câmara dos Deputados. Brasília, 2002. A Caravana contou com a participação dos deputados federais Padre Roque (PT/ (PR) e Marcos Rolim (PT/RS); da jornalista e assessora da CDH Janete Lemos; da assistente social Jurilza Mendonça, representante da Comissão Especial do Idoso, do Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa Humana do Ministério da Justiça; da Dra., Elizabeth Viana Freitas, presidente da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG); de Isabel Monteiro Lopes, Presidente do Conselho Estadual do Idoso; da deputada estadual Tânia Rodrigues (PSB), relatora da CPI do Idoso da AL/RJ; Leila Cerqueira, assessora parlamentar da Alerj; Sara Nigri, vice-presidente da Associação Nacional de Gerontologia.

Quando se trata de asilos, muitas vezes tomamos conhecimento de uma realidade não muito agradável, que muitos idosos têm que enfrentar e que pode ser muito bem ilustrada na matéria “PR: asilo é denunciado por maus-tratos⁸”:

No quintal, um caminho cheio de plantas, bem cuidadas, por dentro uma realidade chocante. Pessoas com deficiência mental jogadas, dividindo a mesma cama, espalhadas pelo chão, pelos cantos, em quartos sujos, sem as mínimas condições de higiene. Em cada um dos quartos, um balde era usado como banheiro. Ao todo, 52 pessoas, amontoadas em apenas três cômodos, e de acordo com a polícia, todas elas passavam o dia inteiro desse jeito: trancadas dentro dos quartos. Presas e sem luz elétrica.

Porém, o lugar possuía quartos limpos e arrumados onde os internos poderiam ficar, mas eles estavam vazios. De acordo com vigilância sanitária “apenas fachada para quem visita a casa pela primeira vez”. O asilo foi fechado e as donas, presas, porém não se encerra o problema que envolve a questão do asilamento. Outros asilos continuam existindo com suas inúmeras irregularidades. Fatos como esses só nos remetem a pensar que a sociedade ainda não tem o menor preparo para lidar com questões advindas do envelhecimento populacional. Retomando a reportagem anteriormente citada:

As 52 pessoas não precisavam estar amontoadas em apenas três cômodos. No local havia espaço suficiente para todas elas, espaços bem mais adequados. Quartos arrumados, limpos, vazios, eram usados como cartão de visita para quem chegasse pela primeira vez ter uma boa impressão do lugar. No banheiro havia colchões novos e até uma banheira de hidromassagem, tudo “fachada”. Era a impressão de limpeza que a vigilância sanitária tinha quando fazia as visitas.

Fatos como esses não são incomuns, há três anos atrás, uma denúncia de maus tratos contra idosos no interior do Estado de São Paulo foi encaminhada ao Ministério Público, que encontrou uma série de irregularidades em um asilo. A matéria “Denúncia de maus tratos contra idosos em um asilo no interior de São Paulo⁹” noticiou que:

Os idosos estariam consumindo carne estragada e produtos com data de validade vencida. São 40 idosos, atendidos por onze funcionários, que resolveram reclamar. Fazem denúncias contra o presidente Antônio Marcelino, e a mulher dele Maria do Carmo Ferreira Marcelino. Os funcionários afirmaram que o presidente faz festas familiares no local. No asilo, uma funcionária mostrou um freezer com alimento já separado e que será levado para a casa do presidente. Na dispensa, macarrão sem data de validade, açúcar que deveria ter sido consumido até 2001. As melhores doações não ficavam no asilo, e o mais grave era que os alimentos contaminados eram servidos para os idosos.

⁸ Em Cima da Hora – Globo News. Matéria exibida no dia 14 de março de 2007.

⁹ Rede Globo de Televisão – Programa *SPTV* exibido no dia 29 de abril de 2004.

No mês de março deste ano, foi televisionada a reportagem “Como escolher uma casa de repouso ou asilo¹⁰?”, justificando a necessidade de fazer uma escolha consciente em relação a esse tipo de serviço. A matéria noticiou que “a população brasileira está envelhecendo, e essa maior expectativa de vida fez aumentar a procura por casas de repouso e asilos”. Mas a vigilância sanitária alerta: “É preciso tomar muito cuidado na hora de escolher o serviço”. A reportagem mostra que:

(...) quanto mais aumenta o número de idosos em todo país, maior é a procura por este tipo de serviço. Cuidar dos mais velhos é tarefa delicada, por isso a vigilância sanitária faz uma série de exigências antes de permitir o funcionamento de uma casa de repouso. Mas nem sempre os mais jovens observam o que está na lei.

A informação passada para ajudar na escolha por esse tipo de serviço corresponde à necessidade, e obrigação de o ambiente ser limpo, arejado e adaptado a pessoas com limitações. Ter rampas, corrimãos e pisos antiderrapantes. Deve haver no mínimo um funcionário para cada grupo de vinte idosos; e pelo menos um da área de saúde. As atividades físicas, culturais e de lazer também são obrigatórias e importantes.

Segundo a reportagem, em um ano dobraram os pedidos de autorização para novas casas de repouso em São Paulo. É salientada a importância da participação da pessoa idosa, onde, de acordo com a promotora de justiça Mariângela de Souza Balduino, é preciso exigir o máximo dessas instituições para beneficiar o hóspede: “Se a sociedade, se a população recusar deixar o seu idoso numa casa que não preenche os requisitos, essa casa ou ela vai fechar, ou ela vai se adequar”.

Porém, para Born & Boechat (2002:772), se examinarmos o problema a fundo, verifica-se que a questão não está somente relacionada aos dirigentes de determinadas instituições e aos órgãos fiscalizadores, “pois também diz respeito à falta de definição de padrões de qualidade, de mecanismos institucionais eficientes, de instrumentos de avaliação e de pessoas qualificadas para executá-la”.

Segundo Paz (2004), as décadas de 1980 e 1990 foram períodos onde a questão da velhice emerge e, também da criação de leis e de ações, embora pulverizadas, voltadas para a população idosa. A grande visibilidade, porém, só se inicia a partir dos anos 90, quando os dados demográficos mostram a presença cada

10

Rede Globo de Televisão – *Jornal Nacional* exibido dia 19 de março de 2007.

vez maior de velhos em nossa sociedade. Para Paz (2004:230) “é quando surgem também as primeiras manchetes e matérias sobre a velhice, expostas pela mídia após fatos e/ou tragédias ocorridas com idosos”.

Segundo Paz (2004), vale ressaltar que o fato grave e dramático da tragédia da Clínica Santa Genoveva, exigiu medidas mais urgentes, aguardadas pela sociedade e “esquecidas” pelas autoridades. Para Paz (2004:238) a “Lei do Idoso” de 1994, “viria a ter sua regulamentação pelo Decreto Lei 1.948/96, no rastro da repercussão nacional e internacional originada pela gravidade de fatos”.

Para Paz (2004:243), “a visibilidade da velhice no Brasil tem sido veiculada nos últimos dez anos pela mídia, que se mostra bem mais ativa e intensa na divulgação e no tratamento de temas relativos ao envelhecimento e às questões dos idosos”.

(...) o grande número de denúncias sobre as instituições asilares em todo o Brasil foram noticiados. No Rio de Janeiro, o fechamento de dezenas de instituições de idosos e a instalação de inúmeras Comissões Parlamentares de Inquérito (CPIs) em todo o Brasil foram e são escândalos (cenas) que seguramente assentarão poeiras (tramas) até caírem no silêncio do esquecimento (Paz, 2004:245).

Segundo Paz (2004:246), “são dramas como a morte de idosos em instituições de saúde que acabaram tornando mais visíveis as situações de negligência e têm feito surgir medidas governamentais e a produção de legislações nacionais, estaduais e municipais”.

Segundo Beauvoir (1990) *apud* Paz (2004), atualmente a condição dos idosos constitui-se em um escândalo. O que deve ser feito é procurar compreender por que motivo a sociedade se acomoda com tanta facilidade a esta situação. Para Beauvoir (1990:265) *apud* Paz (2004:246) “de um modo geral ela fecha os olhos a todos os abusos, dramas e escândalos que não abalam seu equilíbrio”.

A ausência de discussão e de regulamentação sobre o sistema de assistência à velhice, expõe o campo da institucionalização da velhice a uma situação deplorável, em que a qualidade do atendimento parece depender unicamente do senso de ética dos proprietários desses estabelecimentos. Os novos e velhos estereótipos da velhice parecem mostrar o quanto a nossa sociedade age no sentido de tentar tornar homogêneos os grupos etários e o estado em que vivem as pessoas. É preciso permitir àqueles que envelhecem a liberdade da heterogeneidade e restituir à velhice um pouco de sua humanidade (Groisman, 1999 *apud* Cortelletti, Casara & Herédia, 2004:26).

Para Born & Boechat (2002) com o desenvolvimento da Geriatria e Gerontologia, o interesse crescente no meio científico pelo tema e a experiência

acumulada pelos profissionais no cuidado ao idoso institucionalizado, seria possível abrir caminhos para introduzir mudanças nesse cenário.

3.5. A existência de um modelo ideal de asilamento

Para além de toda a legislação já existente que perpassa a questão do asilamento, é necessário algo mais para nortear a oferta desse tipo de serviço voltado à pessoa idosa. Dessa forma, especialistas e todos àqueles voltados para o estudo do envelhecimento, se propõem a discutir sobre a existência das instituições asilares, e as formas de otimizar essa vertente de atendimento ao idoso. Já que elas não deixaram de existir em nossa sociedade, faz-se necessário a tentativa de alcançar um modelo ideal de asilamento.

É preciso repensar essa entidade como parte de um plano global de atenção ao contingente populacional de mais idade, garantindo ao idoso e à família padrões de qualidade no atendimento. Somente quando a institucionalização for indicada, os idosos e seus familiares poderão encontrar serviços confiáveis. Faz-se necessária a recusa a perpetuação do quadro atual, que torna a busca por uma instituição uma tarefa extremamente penosa (Born & Boechat, 2002:769).

Kane (1987) *apud* Born & Boechat (2002:771), afirma que baseado na expressão *nursing home*, a ILP para idosos lembra da existência de uma dupla missão: “proporcionar cuidado e ser um lugar para viver (...) seus cuidados devem abranger a vida social e emocional e as necessidades diárias, além de assistência à saúde”.

Born & Boechat (2002:771), em relação ao que as instituições devem proporcionar, afirma ser a IPL, um lar, uma casa especializada, e como “parte de um sistema continuado de cuidado, deve procurar ser uma residência, mostrando, tanto nos seus aspectos físicos quanto em toda a sua programação, detalhes que lembrem uma casa, uma moradia, a vida numa família”.

As linhas arquitetônicas tradicionais de instituições, geralmente frias, não cabem mais quando se fala em cuidado prolongado. Deve possuir uma disposição adequada sem risco à movimentação e ambiente de conforto e bem-estar, com a maior segurança possível. Renovação permanente e medidas abrangentes de cuidados que visem à recuperação da

independência funcional, no máximo possível. A procura de diagnóstico precoce e medidas preventivas devem ser inseridas nessas instituições (Born & Boechat, 2002:771).

Segundo Duarte & Pavarini (1998) *apud* Born & Boechat (2002:771), “devem ser desenvolvidos esforços para buscar a cura, até onde for possível, reabilitação para readaptar o idoso às suas atividades diárias e assistência digna até o momento de sua morte”.

Em relação à qualidade do cuidado prestado pela instituição, Born & Boechat (2002:771) assinalam que a ILP como um lar especializado, tem a:

(...) dupla função de proporcionar assistência gerontogeriátrica conforme o grau de dependência dos seus residentes e a de oferecer, ao mesmo tempo, um ambiente doméstico, aconchegante, capaz de preservar a intimidade e identidade dos seus residentes, certamente a qualidade do cuidado irá pressupor a realização satisfatória dessas funções.

Relacionado ainda a questão da qualidade do serviço, segundo Born & Boechat (2003) é fundamental a qualificação do quadro de funcionários das Instituições de Longa Permanência, sobretudo da equipe responsável pelo cuidado cotidiano ao idoso.

No Brasil, a heterogeneidade das Instituições de Longa Permanência se manifesta de forma acentuada no item pessoal, já que tem se constatado que grande parte delas, seja por problemas de ordem financeira ou inexistência de pessoal qualificado na localidade onde se encontra a instituição, conta com um pessoal egresso do ensino de primeiro grau incompleto ou completo, distante do padrão mínimo recomendado (Born & Boechat, 2002:772).

Para Born & Boechat (2002:773), “a mudança de seu próprio lar para uma Instituição de Longa Permanência é sempre um grande desafio. O indivíduo necessitará de abordagem especial, de acompanhamento e apoio”.

É fundamental que ele participe da seleção e do planejamento. O pleno conhecimento das medidas que estão sendo tomadas contribui para uma melhor aceitação e adaptação. A opinião da família é importante, mas, se for capaz, o idoso deve opinar, decidir. Se suas condições físicas permitirem, uma visita prévia, a conversa com o dirigente e membros da equipe o deixarão mais seguro e menos ansioso (Born & Boechat, 2002:774).

Segundo Born & Boechat (2002), para o idoso não ter a sensação de abandono, e para que ele continue se sentindo como parte da sociedade, é necessário que haja um planejamento do comparecimento de familiares e amigos à

instituição. Outra ação importante para o asilado é buscá-lo nos finais de semana para a reafirmação de laços, pois no momento em que esses laços familiares se encontram estremecidos, poderá haver necessidade de intervenção da equipe de assistentes sociais ou psicólogos, com vistas à presença da família nesse momento tão delicado da vida do idoso.

Para Born & Boechat (2002:774), “no dia da admissão, os familiares e amigos devem programar várias horas de permanência na instituição, colaborando com a ambientação, o conhecimento da estrutura, a interação dos funcionários e residentes”. Se for possível, devem participar da primeira refeição junto ao idoso. De acordo com Born & Boechat (2002) é válido considerar que provavelmente objetos da antiga residência tenham para o idoso certa importância, sendo aconselhável que sejam levados para a instituição, pois o ajudarão a enfrentar as mudanças. Em relação à instituição, ela precisará ter vários dados sobre os idosos e seus familiares, tais como identificação, história de vida e relacionamento familiar, anamnese e avaliação clínica, avaliação de enfermagem e aplicação de testes de avaliação. Ao que concerne à família:

(...) pode fornecer a equipe profissional informações importantes quais sejam: grau de dependência para mobilidade; detalhes sobre cuidado pessoal; grau de privacidade a que está habituado; atividades que realiza independentemente; nível de suficiência para alimentação; opinião sobre ter um companheiro de quarto; insegurança, como medo do anoitecer; esclarecimento sobre a religião, se frequenta serviço religioso e se deve continuar; hábitos rotineiros agradáveis; preferência musical, artes, trabalhos manuais, esportes, jardinagem (Born & Boechat, 2002:774).

De acordo com Born & Boechat (2002:774), pode ocorrer de uma instituição não possuir um quadro completo de profissionais especializados, mas, independentemente de sua composição, essa equipe deverá pautar suas ações tendo como princípios: “tratar os idosos com dignidade e respeito; permitir guarda e uso de objetos pessoais; possibilitar liberdade na interação social; respeitar a prática religiosa individual; favorecer a privacidade”.

De acordo com Novaes & Pinheiro, o ideal a ser alcançado perpassaria a garantia da integralidade das ações tendo como referência o acesso a medidas de reabilitação, prevenção, promoção da saúde e (re) integração social da pessoa idosa.

Entretanto, para Canoas (1985) não é a sofisticação dos serviços que torna o asilo aceitável já que sendo um local de segregação é sempre inadequado. Para esta autora, pode até parecer confortável desfrutar da companhia de pessoas de um mesmo grupo de idade, pois estariam todos “falando a mesma língua”. Porém, segundo Canoas (1985:23) “faltaria o saudável questionamento entre as gerações, gerador de conhecimento, de vida”.

Apesar de concordar com a negatividade que se faz presente no processo e na vivência do asilamento, não se pode negar a necessidade de existência dessas modalidades de instituições voltadas à pessoa idosa, principalmente em meio ao aumento da população idosa e da longevidade. Considero, porém, que o asilamento precisa ser precedido de avaliação acurada do indivíduo e da sua família, e que deve se constituir na melhor opção para o idoso e não somente para seus familiares. Em casos onde houver a possibilidade, considero que deva ser priorizado o atendimento domiciliar em detrimento do asilar, e que a opinião do idoso deve sempre ser levada em consideração, pois não podemos desconsiderar que a institucionalização pode ser também uma opção do próprio idoso.

4. ANÁLISE INSTITUCIONAL

A Instituição de Longa Permanência em questão, no caso referente às idosas asiladas que disponibilizaram as suas histórias de vida para análise do processo de

asilamento na perspectiva do sujeito, localiza-se na cidade do Rio de Janeiro, no bairro do Tanque.

Trata-se de uma instituição pertencente ao setor privado e, voltada majoritariamente à classe média alta. O fato das famílias desses idosos usufruírem de situação econômica privilegiada permite que viabilizem aos seus idosos um atendimento especializado, para cujos serviços é pago um valor expressivo. Dessa maneira, não se pode deixar de levar em consideração que os idosos que residem nessa instituição diferem da grande maioria da população idosa brasileira, que sobrevive com uma aposentadoria ínfima que mal dá para satisfazer suas necessidades básicas.

Segundo Goldman (2004), a questão de classe também interfere na vida dos idosos, pois aqueles que detêm um maior poder aquisitivo dispõem de algumas opções: podem desfrutar de apartamentos com serviços (apart-hotéis), ser usuários de instituições gerontológicas e/ou geriátricas de luxo ou ficar em sua própria casa com o acompanhamento de uma equipe especializada. Porém, para Goldman (2004:62) “estas opções implicam o afastamento da família na condução da vida do idoso, tornando o convívio social mais restrito e os laços afetivos mais tênues”.

Em relação ao histórico da instituição¹¹, o espaço físico para a implantação do “CAMP – Centro de Convivência Residencial para a Terceira Idade” pertence à entidade filantrópica Instituição Maria de Nazareth (“Casa da Mãe Pobre”), instituição localizada ao lado do CAMP, voltada aos segmentos mais abastados e com instalações físicas mais modestas.

A visita freqüente feita a um dos estabelecimentos da “Casa da Mãe Pobre”, no caso o “Lar Sylvia Penteado”, possibilitou o conhecimento sobre a disponibilidade para a locação do imóvel pelo iniciador do projeto. Em dezembro de 1997, a equipe dirigente contou com a participação de mais dois integrantes, com o intuito de iniciar um Projeto Residencial para a Terceira Idade. Em março do ano seguinte, o CAMP foi inaugurado, hospedando alguns médicos que participavam de um Congresso de Cardiologia no Riocentro/RJ.

O CAMP Consultoria Ltda., primeiro nome dado à instituição, tinha o objetivo principal de hospedar, em regime de hotelaria idosos independentes em um Centro de Convivência. Em 12 de maio de 1998, as atividades do CAMP se iniciam, já com

¹¹ O histórico da instituição foi elaborado a partir do Material Institucional do CAMP.

idosos hospedados, alguns deles com dificuldades para as atividades de vida diária (AVDs).

No final do ano de 1998, com a saída de um dos sócios, a empresa passou a se chamar “CAMP - Centro de Convivência Ltda”, nome que permanece até os dias atuais. A equipe dirigente foi aumentada, e hoje é integrada por um diretor técnico, um diretor administrativo, uma médica, e uma coordenadora gerontológica.

Em 2002, cedendo aos apelos de diversos familiares o CAMP adapta alguns quartos fora dos padrões iniciais para atender a demanda. E, atualmente o CAMP Centro de Convivência atende às modalidades de Instituição de Longa Permanência (ILP), Residência Temporária e Centros de Cuidados Diurnos, onde o idoso permanece parte do dia sob acompanhamento da equipe, retornando para sua residência diariamente. Porém, o atendimento majoritário concerne à modalidade de ILP.

A hospedagem pode ser em quartos individuais, duplos, triplos ou quádruplos, distribuídos em 24 quartos, onde a capacidade máxima, caso todos os quartos fossem quádruplos, seria de 96 idosos. No período em que foi realizada a coleta das histórias de vida, a instituição possuía o total de 60 idosos.

Em relação à infra-estrutura da instituição, pode-se dizer que é adequada e adaptada às condições e necessidades dos idosos, seguindo normas específicas de segurança. Os serviços prestados referem-se ao atendimento das necessidades básicas como alimentação, repouso e higiene, e aos cuidados mais especializados voltados para as especificidades de cada idoso.

O CAMP oferece um atendimento restrito a idosos, e se propõe ser um centro de referência para o cuidado com idosos portadores de demências. Sendo assim, seu quadro atual de idosos é integrado em grande parte por idosos demenciados, sendo a demência mais recorrente o *Mal de Alzheimer*. O fato de haverem nesta instituição muitos idosos demenciados faz com que a interação entre os hóspedes fique prejudicada, dificultando a realização das atividades em grupo e a atuação dos profissionais.

Segundo Cortelletti, Casara & Herédia (2004:41) “nas instituições asilares, a presença de doentes, sem condições de dar significado ao seu viver e de estabelecer relações, inibe a receptividade a possíveis iniciativas e afeta a qualidade da convivência. Isso leva a pessoa, gradativamente, da ociosidade à inatividade, podendo chegar à imobilidade físico-mental”.

Segundo Born & Boechat (2002:771) “as síndromes se revelam como grandes indicadoras dos fatores precipitantes de institucionalização, quando as demências mostram sua dramática representatividade, com indivíduos totalmente incapazes”.

Segundo Born & Boechat (2002:773) “são elevados os custos do Atendimento Integral Institucional na proporção direta do grau de dependência do idoso. Assim, uma maior dependência implica num quadro de pessoal mais numeroso e mais bem qualificado, o que resulta em aumento na folha de pagamento”. Dessa forma, o acesso à instituição é limitado em relação a condições econômicas, sendo que apenas uma pequena parcela da população de idosos pode usufruir desses tipos de serviços.

Em relação aos recursos humanos, o CAMP possui uma equipe multidisciplinar, formada por Clínico Geral e Geriatra, Enfermeira, Assistente Social, Psicóloga, Nutricionista e Recreadora. Os Serviços especializados de Fisioterapia, Neurologia, Homeopatia, Fonoaudiologia e Terapia Ocupacional poderão ser utilizados se o hóspede necessitar e desejar.

No que diz respeito às atribuições de cada especialidade, o Clínico Geral avalia cada hóspede, coordena todos os aspectos de cuidados clínicos e implementa tratamentos específicos, objetivando aumentar ou manter as funções física e psicossocial dos idosos. O Geriatra engloba os princípios da medicina adulta e modifica estes princípios para acomodar as alterações relacionadas com o envelhecimento. A enfermagem conta com uma equipe de auxiliares e técnicos, promovendo atividades relacionadas à prevenção, tratamento e cuidados paliativos. O Serviço Social promove ações na área de assistência de acordo com a Política Nacional do Idoso, realizando atividades de integração e socialização entre Instituição / família e idoso. A Psicologia atua desenvolvendo atividades de apoio ao idoso, sua família e equipe que o assiste, promove atividades que visam à estimulação cognitiva do idoso, otimizando a memória, atenção, concentração e linguagem. O serviço de Nutrição e Dietética avalia as necessidades nutricionais de cada idoso, oferecendo cardápios balanceados tanto para a coletividade quanto individualmente. As atividades de recreação têm por objetivo proporcionar momentos de lazer associado à música, pintura e leitura, entre outras atividades¹².

Em situações cotidianas, o atendimento dos idosos é promovido pela própria equipe de saúde da instituição. Dessa forma, o primeiro atendimento ocorre no

¹² Informações presentes no Material Institucional do CAMP.

CAMP, se houver necessidade de cuidados especiais (fora do quadro de profissionais da instituição e/ou de realização de exames), os hóspedes recorrem a consultórios particulares, sendo que a maioria dos hóspedes possui planos de saúde.

Todos os idosos possuem cadastro no Serviço Social da Indústria (SESI), estabelecimento próximo ao CAMP, onde podem realizar consultas e exames médicos e dentários por um valor mais acessível, sendo que esse tipo de serviço é mais utilizado em casos em que o idoso não possui plano de saúde.

A instituição possui registros para o levantamento de dados sobre a saúde dos idosos, seus dados pessoais e o sumário social feito pelo Serviço Social. Esses dados constam no prontuário dos hóspedes, e são disponibilizados para o acesso de todos àqueles interessados em averiguar as condições sociais e de saúde de determinado idoso. O fácil acesso às informações dos idosos facilita também o acesso à família.

O CAMP atende a ambos os sexos, sendo que a maioria dos hóspedes é do sexo feminino. Funciona em regime fechado, onde o idoso só pode sair da instituição com a autorização da família, sendo que a grande maioria necessita também ser acompanhada por um responsável.

A instituição oferece mensalmente a Reunião de Condomínio, onde os idosos expõem suas reclamações sobre os serviços prestados pelo CAMP, como alimentação, o atendimento feito pelos funcionários, atividades, sempre contando com a presença do Serviço Social. Quando trata de um assunto mais específico, conta também com a participação da nutricionista ou recreadora. Essa reunião é relatada, e conta com a presença dos mesmos idosos, sempre em número reduzido. As reclamações são basicamente referentes à alimentação e sugestão de atividades recreativas.

As atividades oferecidas pelo CAMP, quando ocorrem dentro da instituição, como festas, algumas em datas comemorativas, trabalhos manuais, artesanato, música ao vivo com a recreadora, são disponibilizadas pela instituição. Quando são atividades externas como ida a teatros, excursões, passeios em geral, necessitam do pagamento de um valor pelo hóspede.

Portanto, pode-se dizer que o CAMP oferece aos hóspedes serviços de qualidade, e que os profissionais que integram a instituição mantêm-se atualizados em relação às questões do envelhecimento. Essa instituição tem como metas

estimular e desenvolver a troca de conhecimentos através de canais abertos de comunicação entre todos os níveis profissionais, somar valores e multiplicar experiências, ouvir e respeitar opiniões, incentivar a criatividade, reconhecer a dedicação, manter a rotina atualizada e supervisionada. Sua missão é desenvolver e aprimorar um atendimento especializado, mantendo parceria com profissionais e entidades que valorizam a geriatria e criar um ambiente de trabalho produtivo e qualificado, buscando a realização de objetivos comuns¹³.

5. METODOLOGIA

Segundo Cortelletti, Casara & Herédia (2004:19) o processo de asilamento não representa simplesmente uma mudança de ambiente físico, mas também a necessidade de estabelecer relações com esse novo meio, de “ajustar-se ao novo lar mais do que o lar a ele”. Dessa forma, não se pode esquecer que o idoso ao chegar numa instituição traz consigo uma bagagem sustentada nas relações estabelecidas até aquele momento com a família e o meio social a sua volta.

E foi essa bagagem que foi sendo construída ao longo de suas vidas que pretendi alcançar com a realização da coleta de histórias de vida. Assim, com o

¹³ Informações contidas no Material Institucional do CAMP.

intuito de conhecer o processo de asilamento na perspectiva do sujeito, foi desenvolvido um estudo através de histórias de vida de três idosas que residem em uma Instituição de Longa Permanência do setor privado.

Essa escolha da amostragem foi feita a partir do contexto dessa instituição, ou seja, em meio a um grande número de idosos com quadro de demência. Dessa forma, foram escolhidas idosas lúcidas com condições satisfatórias de saúde para a realização da coleta de dados, e também que já se encontram a um tempo considerável vivenciando o processo de asilamento - mais de três anos. A escolha apenas de idosas não foi intencional, foi ocasionada pelo número reduzido de idosos do sexo masculino presente na instituição, e também pelo fato de quase a totalidade deles se encontrarem acamados.

Segundo Queiroz (1988), a história de vida se define como o relato de um narrador sobre sua existência através do tempo, tentando reconstruir os acontecimentos que vivenciou e transmitir a experiência que adquiriu. Para Queiroz (1988:20), trata-se de uma “narrativa linear e individual dos acontecimentos que nele considera significativo (...) através dela se delineiam as relações com os membros de seu grupo, de sua profissão, de sua camada social, de sua sociedade global, que cabe ao pesquisador desvendar”.

Dessa forma, mesmo se tratando de relatos coletados de forma individual e não abarcando todos aqueles que residem na instituição, a intenção é analisar o contexto no qual todos os idosos estão inseridos, no caso, a Instituição de Longa Permanência. Parte-se do individual, porém almeja-se o coletivo.

A transmissão das informações feitas através das histórias de vida correspondeu tanto ao passado distante do indivíduo, quanto ao passado muito recente, e à experiência do dia-a-dia. Assim, permitiu a coleta de dados qualitativos como visão de mundo, expectativas, sonhos, formas de perceber as relações entre diferentes situações. Dessa forma, houve uma variação da temática abordada pelo informante, pois ficou a critério dele abordar determinados assuntos ou não.

Porém alguns temas foram recorrentes, como casamento, família, religiosidade, saúde e doença. Em relação a essa técnica de coleta de dados:

Ela se refere ao legado dos antepassados e também a comunicação da ocorrência próxima no tempo; tanto veicula noções adquiridas diretamente pelo narrador, que pode inclusive ser o agente daquilo que está relatando, quanto transmite noções adquiridas por outros meios que não a experiência direta, e também antigas tradições do grupo ou da coletividade. (Queiroz, 1988:16)

Assim, o interesse do pesquisador consiste em captar algo que ultrapassa o caráter individual do que é transmitido e que se insere nas coletividades a que o narrador pertence. As histórias de vida buscam:

Atingir a coletividade de que seu informante faz parte, e o encara como mero representante da mesma através do qual se revelam os traços desta. Mesmo que o cientista social registre somente uma história de vida, seu objetivo é captar o grupo, a sociedade de que ela é parte; busca encontrar a coletividade a partir do indivíduo (Queiroz, 1988:24).

Segundo Cortelletti, Casara & Herédia (2004:64), “as histórias de vida envolvem abordagens que necessitam de um esforço de elaboração teórico baseado numa reflexão sobre as narrações”. Logo, viabiliza a produção de um tipo de conhecimento mais próximo da realidade e do cotidiano dos indivíduos envolvidos.

Para Bassit (2004) as histórias de vida das pessoas atuam como um mapa de orientação que permite a coleta de informações sobre três importantes aspectos: o movimento dos indivíduos ao longo dos diferentes estágios de sua vida; a possibilidade de estabelecer uma ligação entre os diferentes estágios da vida, tanto os iniciais quanto os tardios (infância e velhice); e a ligação dos indivíduos com a sua história social e cultural.

A principal técnica utilizada para a pesquisa de campo foi coleta de histórias de vida, porém, como pesquisa suplementar, houve a utilização de outras fontes de dados, no caso, dados quantitativos. De acordo com Sessions (2001), as fontes de dados quantitativos correspondem também aos dados secundários, que já existem e são úteis para a pesquisa. Dessa forma, foram utilizados dados secundários como os prontuários dos idosos.

Os dados qualitativos da pesquisa, além das histórias de vida, consistem na observação de campo direta, que envolve a coleta de dados através da participação nas atividades realizadas com os idosos na instituição, ou os comportamentos individuais no ambiente social em que o idoso está inserido.

Dessa forma, foi utilizado como instrumentos da pesquisa, o diário de campo, onde estão registradas as impressões gerais, as reflexões, os sentimentos relativos à situação dos idosos na instituição; e os relatórios das atividades com os

idosos, como a Reunião de Condomínio que ocorre mensalmente na Instituição, onde os idosos expõem suas reclamações e sugestões sobre os serviços prestados pela instituição.

Para Sessions (2001:16), “para obter um resultado da melhor qualidade, devem ser usadas metodologias tanto quantitativas quanto qualitativas”. Dessa forma, a utilização apenas de histórias de vida, poderia resultar em uma pesquisa limitada, já que não abarcaria diretamente os dados sobre a coletividade. Assim, o meio encontrado para ultrapassar esse obstáculo corresponde a acrescentar a essa técnica uma coleta de dados utilizando outros procedimentos.

As informações contidas nas histórias de vida foram registradas através de um gravador de voz, de forma que o anonimato do informante foi em todo momento resguardado, e após a coleta, as informações foram transcritas. Após o término da transcrição das histórias de vida, foi feita uma análise dos assuntos contidos nos relatos, ampliando a discussão proposta na pesquisa.

A história de vida, como qualquer outro procedimento empregado na coleta de dados, é pois, um instrumento, não é nem coleta, nem produto final da pesquisa; ela recolhe um material bruto que necessita ser analisado (Queiroz, 1988:30).

A coleta das histórias de vida foi feita de acordo com a disponibilidade de cada informante para a realização dos encontros, e foi realizada até o momento em que o informante considerou ter relatado tudo que considerava relevante para ser exposto sobre a sua história de vida. Dessa forma, houve entre as informantes uma variação tanto no que diz respeito ao número de encontros realizados, quanto à frequência com que foram realizados e a duração de cada um deles.

Para a realização da coleta de dados através das histórias de vida é necessário se ter o conhecimento de que:

Avanços e recuos marcam as histórias de vida; e o bom pesquisador não interfere para restabelecer cronologias, pois sabe que também as variações no tempo podem constituir indícios de algo que permitirá a formulação de inferências; na coleta de histórias de vida, a interferência do pesquisador seria preferencialmente mínima (Queiroz, 1988:20).

Segundo Queiroz (1988), quem decide o que vai relatar é o narrador, a partir do que ele considera ou não relevante narrar, pois é importante que sejam captadas

as experiências do entrevistado. Sendo assim, nada do que é relatado pode ser considerado supérfluo, pois tudo se encadeia para compor e explicar sua existência.

Assim, os temas não são impostos ao narrador, ele aborda os temas a seu critério, porém cada fato possui um significado a ser analisado. O fato de o informante não querer relatar sobre o asilamento em si, já possui um significado. O informante pode não querer resgatar um momento doloroso e difícil de sua vida.

Para Bassit (2004:144) “na história de vida, a subjetividade é a produtora e a organizadora de seu conteúdo, sendo que a vivência das condições de vida de uma pessoa é sempre uma experiência subjetiva”. Sendo assim:

(...) a experiência é organizada através de crenças, valores, representações e conceitos (...) essas representações e esses conceitos, entre outras formas de expressão da subjetividade humana são sempre construções sociais geradas a partir do grupo de origem do narrador (Bassit, 2004:144).

6. ANÁLISE DAS HISTÓRIAS DE VIDA

De acordo com Lins de Barros (2004:50) “a memória parte do momento presente para fazer um percurso de uma vida. É como velhos que as pessoas falam, mas é também como avós, como mulheres (...) como indivíduos de uma determinada camada social”.

Segundo Lins de Barros (2004:49), nas “histórias de vida encontram-se possibilidades para a compreensão das mudanças sociais, da transformação dos valores na família e também da coexistência dos padrões culturais modernos e os tradicionais”.

O trecho abaixo mostra a percepção por parte de uma idosa da mudança ocorrida na relação entre os sexos no que concerne a padrões comportamentais:

“O meu pai que tinha saído da Polônia e também estava em Paris, trabalhando, ele todo dia passava por ali para ir para o trabalho, e via aquela moça, e ela também, quieta, olhava, depois passava, cumprimentava, cumprimentava, cumprimentava, aquela história. Afinal ele pediu licença de chegar perto dela pra conversar com ela, veja você que época!” (Mulher, 91 anos).

Um outro ponto que pode ser observado em relação às mudanças sociais, diz respeito aos núcleos familiares. Hoje eles se encontram em número reduzido de membros, diferentemente das famílias extensas tão recorrentes no passado:

“Eu vou contar a minha, assim, família né, eu sou de uma família de onze irmãos. Papai, mamãe, e nós, onze, desses onze, eu a sétima. A minha mãe era como a gente diz uma mulher fértil, além da minha irmã mais velha, um outro que tinha nascido também na Argentina, dois não, eram três. Depois, aqui (no Rio de Janeiro), minha mãe acabou tendo cinco filhos, tudo como naquela época, em casa, como parteiras. Eram parteiras, como se dizem melhores que o próprio médico” (Mulher, 91 anos).

“Eu vim de uma família humilde, filha de nove, nove irmãos que eu tinha né, nove irmãos, e meu pai vivia só pra nós mesmo” (Mulher, 78 anos).

As mudanças nos valores da família se relacionam também aos padrões comportamentais diferenciados. A mulher que antes tinha como meta, seja pessoal ou imposta por pressões familiares e/ou sociais, casar e ter filhos, hoje pode almejar a independência financeira e o sucesso profissional uma vez inserida no mercado de trabalho. Um trecho da história de vida ilustra um pouco em relação às exigências impostas às mulheres no período vivenciado por essas idosas:

“(...) a filha ela estava já com quinze anos de idade, e não casava, naquela época, já pensou, no princípio do século, 1900 e tanto, já pensou? A moça casava com doze, treze anos, aquela já tava com quinze anos, quase dezessete anos” (Mulher, 91 anos).

“Ela dizia papai eu não quero me casar, e ele falava (...) mas você já está com dezoito anos, idade boa pra casar (...) antigamente falava com o pai primeiro, pra pedir em casamento (...) naquela época quando o rapaz oferece um anel a uma moça, fala com o pai, é pra ficar noivo que ele quer casar com a filha” (Mulher, 91 anos).

Em relação aos papéis sociais representados pelos homens e pelas mulheres na sociedade, presentes em um relato:

“(...) as moças lá naquela época, não saíam sozinhas pra todo lugar (...) Na minha época, o homem era principal, era como o diretor principal numa casa” (Mulher, 91 anos).

A partir de Py & Scharfstein (2001) *apud* Py (2004:113), a história de vida dos sujeitos que se revelam em seus relatos, “se constitui de um processo que articula os elos associativos dos acontecimentos da sua vida, conferindo um sentido à sua existência (...) é também uma criação social e se inclui na história da humanidade”.

Para Py & Scharfstein (2001) *apud* Py (2004:113) “no caso das pessoas que estão chegando à velhice, essa história prossegue a sua escrita através desses corpos envelhecidos que continuam seguindo o seu caminho de envelhecer, onde aprendem as significações que o social usa para marcar os velhos”.

6.1. Ciclos de vida

Segundo Lins de Barros (2004:47) “o indivíduo passa a ser um valor social, daí a percepção de si mesmo como ser inigualável e singular que permite a construção da idéia de trajetória de vida, de ciclo de vida, de projeto de vida e de percepção de uma memória individual”.

Para Ariès (1981) e Elias (1994) *apud* Lins de Barros (2004:47) “o processo de construção de classificações das fases da vida na sociedade moderna está associado a novas formas de sociabilidade, de relações sociais, de constituição específica dos espaços público e privado”.

Dessa forma, são criados padrões comportamentais correspondentes para cada etapa da vida dos indivíduos, que são aceitos como certos e/ou característicos de acordo com o período e a cultura que vivenciamos, e que no caso, as idosas se utilizaram para traçar a sua idéia de trajetória de vida.

Para Lins de Barros (2004:42) “a concepção de tempo é fundamental para o entendimento da vida humana que obedece irremediavelmente ao movimento que se inicia ao nascimento e culmina na morte”. O trecho relatado abaixo ilustra o exposto acima, porém não menciona diretamente a morte:

“Vamos começar pelo nascimento (risos), pelo nascimento, eu acho que fui privilegiada, nascendo numa família estável (...) E essa é a vida, a minha história de vida até aqui é essa, daqui pra frente eu posso falar daqui a algum tempo” (Mulher, 81 anos).

Segundo Lins de Barros (2004:43) “as diferenças naturais entre cada momento da vida, do nascimento à morte, vão ter significados distintos, dependendo de cada cultura e de cada subcultura em diferentes contextos históricos”.

De acordo com Elias (1994) *apud* Lins de Barros (2004:47) “a sociedade moderna vai se definir por um crescente controle das emoções que ocorre juntamente ao processo de uma necessidade maior de individualização ou uma maior consciência de si perante o grupo social”. Esse processo histórico corresponde a um movimento crescente de controle de si e individualização, que marca claramente as fases da vida ou ciclos de vida correspondente à infância, à juventude, à vida adulta (maturidade) e à velhice.

De acordo com Peixoto (2003), em relação aos ciclos de vida, a infância e a adolescência correspondem ao período de formação, a idade adulta ao tempo de produção, e a velhice a idade do repouso, tempo do não-trabalho.

Em relação à infância, para Ariès (1981) *apud* Lins de Barros (2004:47) “desenha-se o perfil da família moderna em torno da intimidade, das emoções e do afeto”, sendo que a família que se fecha ao mundo público tem a criança como o centro das atenções.

“(…) fui a primeira filha, então, uma filha muito desejada, muito querida, e assim transcorreu a minha infância, veio depois mais uma irmã, somos só duas irmãs. E assim transcorreu a minha infância, a minha meninice” (Mulher, 81 anos).

Segundo Cortelletti, Casara & Herédia (2004:70) “a infância é a idade do brincar, da recreação partilhada, das fantasias, da espontaneidade, das aprendizagens básicas”, e a interação com os membros do grupo familiar permite o estabelecimento de vínculos e apegos.

“(…) eu fui muito infantil, até os quinze anos, até quinze anos eu brincava de boneca, de caí uma chuva assim sapatear na rua com a criançada, entendeu, gostava de patinar, tudo o que fosse arte, subir em árvore, todas essas coisas que eu acho que é tão saudável, foi muito saudável na nossa época esse tipo de brincadeira, aquelas brincadeiras de roda, de pique, coisas que muitas crianças de hoje não se fazem na escola muito menos, só se vão prum clube tem atividade né, toda recreativa, enfim, mas se não as crianças de hoje eu acho que não tem muita infância nem aproveitam muito essa (fase)” (Mulher, 81 anos).

Nesse trecho da história de vida observa-se também o reconhecimento das diferenças que marcam a infância vivenciada por essas idosas, em relação à infância das crianças de hoje, em meio a toda essa “onda” informacional e tecnológica. As crianças de hoje, de certa forma, abandonaram as antigas

brincadeiras, jogos e brinquedos, para se utilizarem basicamente de jogos eletrônicos e computadores.

Segundo Lins de Barros (2004:51) a expressão “no meu tempo” que se ouve de idosos para falar do passado, comparando-o com o presente, “traz de forma clara e contundente uma das maneiras como concebem os limites impostos pelas mudanças urbanas, que não facilitam sua mobilidade nem permitem que os registros do passado destruídos possam servir de marcas de identidade de sua geração”.

Alguns valores tão importantes, ainda reafirmados, para uma maior interação entre o núcleo familiar se perdem em meio à falta de tempo para o diálogo, para o convívio, a pouca importância dada hoje em dia para os tão comuns no passado, “momentos em família”. O relato de uma idosa retrata um pouco essa questão:

“Mas no jantar, mamãe dizia sempre, no jantar a família toda junta, é uma hora que a mamãe dizia sagrada, onde a família se alimenta, se respeita, assim. Então, naquela época assim, papai e a mamãe a cabeceira, era assim antigamente, agora de um lado todos os rapazes, do outro lado, as três moças. Depois dizia assim, o papai em pé, falava sempre assim, uma pequena oração, nós ficávamos muito quietas, agradecia a Deus, meu pai, falava português porque já éramos brasileiros, aqui estamos (...) agradecer essa oportunidade de estarmos juntos e de ter esse alimento para a nossa vida, para a nossa energia, para viver, aquela conversa bonita, depois ele sentava à mesa, minha mãe não falava” (Mulher, 91 anos).

“Papai dizia sempre à mesa muito respeito, conversamos sempre os assuntos nossos, sobre dinheiro nunca. Trabalho lá fora, a mesa é sagrada como dizia minha mãe. A família reunida, contando suas histórias, perguntando o que perguntar, contando o que está fazendo, conselhos, papai eu fiz isso hoje (...)” (Mulher, 91 anos).

Já a adolescência, para Cortelletti, Casara & Herédia (2004:72) “é a fase do conflito de identidade, da construção da auto-estima, do início da fidelidade no sentido da afirmação de ser merecedor de confiança, do valor da vivência grupal e da escola, do despertar da sexualidade”.

As histórias de vida mostram que a adolescência foi para essas idosas em geral, uma fase de aprendizagem, tendo a escola e os pais como os grandes propagadores do conhecimento:

“(Eu) gostaria de ser professora (...) Papai sempre achou que o importante para qualquer pessoa é ter como base o conhecimento, saber ler, estudar, para depois então decidir o que fazer na vida, mas o princípio, o ensinamento básico é dos primeiros anos da vida, até dezessete anos, dezoito, estava certo. Com uma boa base, qualquer um pode depois escolher uma profissão e daí então, partir para uma vida melhor. Ele era muito sensato e inteligente” (Mulher, 91 anos).

Segundo Pacheco (2004), a escola, depois da família, é a instituição privilegiada que vai moldar o indivíduo como o desejado e o esperado pela sociedade da qual faz parte, formando-os para a vida, na disciplina, na obediência, no domínio dos conteúdos, na preparação para o trabalho.

O valor do convívio em grupo, principalmente com o grupo da escola é bem caracterizado no trecho abaixo:

“(...) mas olha, mas o que eu brincava na escola, tempo de ginásio, na nossa época era ginásio né, depois fiz colégio universitário também e tal, mas eu brincava muito, era aquelas brincadeiras de implicar, de rabiscar a saia de colega, de botar rabinho, fazer todo esse tipo de coisa eu fiz na minha vida (risos), foi uma fase muito divertida” (Mulher, 81 anos).

A adolescência é também, na maioria das vezes, a fase onde se conhece o marido, e onde se dá a descoberta da sexualidade:

“Então, depois nós ficamos moça, pessoal mais casal, e eu fiquei noiva, dele, do meu marido, quinze anos que ele tinha, fiquei noiva” (Mulher, 78 anos).

“Mas, aos dezessete anos conheci o meu marido, em tempo de colégio, tem essa fase de adolescência, também antes disso, aí depois com dezessete já tava mais madurinha” (Mulher, 81 anos).

Para Pacheco (2004:204) “especialmente a partir da adolescência, a sociedade funciona em geral como modeladora da vida do indivíduo e torna-se força vital em relação ao seu destino pessoal”.

Dando continuidade a idéia de ciclo de vida, a maturidade, para Cortelletti, Casara & Herédia (2004:73) que corresponde à idade adulta “é marcada pela confiabilidade, pelos padrões comportamentais e éticos, pelo pleno desenvolvimento dos processos intelectuais, pela clareza na percepção dos limites, de suas possibilidades, dificuldades e objetividade”. É a fase onde o indivíduo assume novos papéis em função de necessidades pessoais, do valor atribuído ao trabalho, à religião e ao relacionamento afetivo.

Apesar de se casarem na maioria das vezes cedo, levando em consideração padrões atuais, já que na época, segundo essas mulheres, correspondia à idade ideal, a maturidade é marcada pela saída do seio familiar de origem, para o início de uma nova vida e família ao lado do marido. Dessa forma, o marido e o casamento são bastante tratados na abordagem das histórias de vida no que concerne a maturidade.

“Mas, aí me casei com dezenove anos, ele sendo militar, quer dizer, depois que ele se formou e viajou para o Norte, enfim tal depois veio, nós casamos, nós casamos antes da guerra, antes da guerra não, com a

guerra já declarada, mas antes dele embarcar para a Itália, que ele fez a 2ª Guerra Mundial” (Mulher, 81 anos).

O dia do casamento é uma data carregada de significados para essas mulheres:

“Aí casamos, um temporal daqueles brabos de janeiro, que ele foi, fui carregada dentro do colo dele desde dentro da minha casa porque a rua encheu, era lá na Rua Bela em São Cristóvão que nós morávamos. Aí tinha chope, tinha tudo, e nós freqüentávamos um clube, o clube era até Tira Tema o nome do clube. Então, pessoal, ele comprou tudo pra festa, né, mas ninguém apareceu porque a rua tava cheia. A água batia no joelho, dentro de casa, eu tive que ficar sentada em cima da mesa de noiva, vestida de noiva (risos). Fui pra casa pra onde eu fui morar carregada no colo, né, porque não tinha táxi não tinha nada, tinha que ir de colo mesmo. Aí fomos, não fui viajar também porque não tinha condições, não tive lua de mel” (Mulher, 78 anos).

“(…) o casamento, aquela alegria toda, casamento assim sem poder marcar data, entendeu, a data querida nossa, nós, por exemplo, pretendíamos casar em maio, casamos em janeiro, dia 11 de janeiro, ele faria até, fez depois, no dia dezessete ele fez 26 anos, e eu tinha 19 nessa época né (...) nosso casamento foi marcado assim de repente, casamento na Igreja sem correr proclama, sem aquela formalidade toda né que sempre existiu né, hoje em dia eu não sei se existe, mas existia isso tudo. Então foi um casamento assim” (Mulher, 81 anos).

Para Lins de Barros (2004:43) “o casamento é visualizado por uma linha pontuada por crises periódicas e esperadas que devem ser superadas. São marcas que, ao longo do curso da vida, a sociedade contemporânea apresenta como momentos-chave das trajetórias de vida dos indivíduos”.

Já o trabalho não é um tema recorrente, isso deve se dar devido ao pouco valor atribuído ao trabalho feminino no período vivenciado por estas idosas. A mulher aparece como cuidadora do lar e dos filhos, e os homens como provedores da família:

“Eu nunca trabalhei fora, de casa, eu já estava até me preparando para fazer vestibular e tudo, mas aí com aquela história de namoro, noivado, não sei o que, essa coisa, não houve necessidade, e aí eu parei os estudos” (Mulher, 81 anos).

Em relação à etapa da velhice, para Cortelletti, Casara & Herédia (2004:74) ela “é marcada pela sabedoria, pela resignificação de valores, pela consciência da finitude (...), mas também pelas perdas (biológicas, sociais e psicológicas), que podem gerar sentimentos de solidão, de desvalorização pessoal e profissional ou levar a dependência e à falta de autonomia”.

“E hoje, hoje chegamos a, bom, hoje eu acho que a nossa fase já é a quarta idade, já é a quarta idade, eu estou com 81 hoje, meu marido está com 88, tem 88 agora em janeiro” (Mulher, 81 anos).

“Então é a vida, e eu acho que o idoso tem que enfrentar todas as situações” (Mulher, 81 anos).

Para Py (2004:123) as “perdas vividas na infância, na juventude e na maturidade sempre dinamizaram o seu campo de possibilidades de aquisições novas, segundo uma trajetória de elaboração psíquica a partir do que foi perdido”. Dessa forma, pode-se dizer que as perdas, apesar de serem irreversíveis, podem gerar novas aquisições.

Segundo Py (2004:120) “o envelhecimento, ao se traduzir no contexto social como negatividade, agrava o que é sentido como perda e, assim, fragiliza os recursos internos do indivíduo idoso, construídos ao longo de toda a vida”.

“Assim que eu digo, dizem assim a, o idoso vive a melhor fase da vida, não é a melhor fase da vida, eu não posso dizer que seja a pior fase, eu não digo isso” (Mulher, 81 anos).

Para Py (1945:97) “o contexto social de produção, reprodução e acumulação de riquezas marginaliza a velhice, relegando-a a uma posição negativa que determina, para a pessoa envelhecida, um fechamento da existência, onde não há mais possibilidades de conquista, uma vez que não há futuro”.

“Você teve um dia certo pra nascer, você vai ter um dia certo pra morrer, e muitas coisas na vida, eu não imaginava em passar pelo que eu estou passando hoje, agora com essa idade eu vou pensar em futuro? Não” (Mulher, 81 anos).

“A gente quando moça, quando jovem, enfim, você numa outra idade, você traça realmente planos pra sua vida, né, de futuro, enfim, você sonha com uma série de coisas na sua vida pra você realizar né, mas hoje com essa idade? O que que eu vou pensar de futuro? Eu quero que Deus me dê saúde, me dê uma cabeça boa pra eu viver o que tiver de viver, o que tiver designado pra mim” (Mulher, 81 anos).

Para Bobio (1997:55) *apud* Monteiro (2004:176) “devemos empregar o tempo menos para fazer projetos para um futuro distante ao qual já não pertencemos, e mais para tentar entender, se pudermos, o sentido ou a falta de sentido de nossas vidas”.

A sociedade atribui características e significações para aquele que envelhece, em sua maioria, carregadas de negatividade e preconceito, e o idoso ao ter conhecimento desse fato, pode ou não absorver o que é dado como característico ao seu segmento, criando seu próprio significado em relação ao processo de envelhecimento e o que este traz para sua vida:

“É interessante que as pessoas às vezes falam assim: a, você depois da idade, com a idade a gente a, fica saudosista, a gente sofre porque tem saudade, eu não tenho, eu não sofro com isso, eu não sofro, você vê que me dá alegria eu falando, isso me dá alegria né, que parece que eu volto mesmo àquela fase, parece que eu vivo àquele momento do qual eu estou falando né, então, eu acho muito bom reviver toda essa fase da vida” (Mulher, 81 anos).

“Eu não lembro, eu não tenho aquela dor, ai meu Deus a gente viveu tanta coisa boa né (...) e hoje a vida muda né, com a idade” (Mulher, 81 anos).

Segundo Beauvoir (1990) *apud* Mercadante (2004) indisposições comuns ao processo de envelhecimento podem não ser quase percebidas e passadas em silêncio, são formadas por perturbações superficiais e curáveis. Sendo assim, é necessário já ter consciência da própria idade para decifrá-la no corpo, e, mesmo nesse caso, este nem sempre nos ajuda a interiorizar o nosso estado. Para Beauvoir (1990:349) *apud* Mercadante (2004:60) “tais reumatismos e tal artrite se devem à senescência, sabemos, e, no entanto, fracassamos ao tentar descobrir através deles uma nova condição. Permanecemos o que éramos só que com reumatismos a mais”.

“Nunca imaginei, imaginava nós dois assim velhinhos, com reumatismo, uma dorzinha no joelho, e tal, as dificuldades assim de locomoção, este tipo de coisa, agora essa doença (Mal de Alzheimer) nunca se passou pela minha cabeça. Sempre foi uma pessoa saudável, não só física como mentalmente também, um homem que sempre desempenhou as funções dele de trabalho com muita inteligência, e a gente começar a perceber todo àquele processo” (Mulher, 81 anos).

As perdas naturais advindas com o processo de envelhecimento são mais percebidas e tornam-se mais acentuadas com o avançar da idade, sendo a perda do vigor físico uma característica bastante percebida e que consta nas histórias de vida:

“Então depois, mais agora quando eu tive que resolver determinadas coisas, você sabe que eu descia, ia lá pra Tijuca, ia pro Centro, vinha, eu ia lá resolvia o que tinha que resolver e voltava no mesmo dia. Se ia ao médico, fazer exame, qualquer coisa, era a mesma coisa, mas eu tinha menos idade, isso há sete anos atrás, eu tinha menos idade né, cinco, quatro, três anos, eu tinha menos idade, agora eu estou com 81” (Mulher, 81 anos).

“Então a partir, um ano depois de eu estar nesse processo, já tem uns três anos, eu comecei a fazer assim, quando eu tinha que resolver alguma coisa lá pro Centro, enfim, eu ia de véspera pra casa da filha, no dia seguinte eu resolvia o que tinha que resolver, passava o dia resolvendo, e depois no dia seguinte eu ainda ficava a descansar, eu comecei a fazer isso. Agora eu já consigo ficar quatro, cinco dias, entendeu, mas eu sinto necessidade de fazer isso, tem momentos que eu me sinto cansada, sabe, eu não tenho mais a idade que tinha entendeu” (Mulher, 81 anos).

Em relação às aquisições, é citada uma maior experiência de vida, sabedoria, maior conhecimento de si próprio e sobre assuntos que consideram relevantes. Algumas características positivas não são atribuídas especificamente à velhice, pois já datavam de fases anteriores do ciclo de vida, mas que permanecem até os dias atuais.

“Uma coisa que eu sempre pedi a Deus é para que ele não tirasse a alegria que tem dentro de mim, se bem que eu tenho os meus momentos em que a tristeza bate, é claro. Isso é, a gente é humano, eu sou um ser humano. Então isso é uma coisa que bate, só que a gente tem que reagir, tem que levantar né” (Mulher, 81 anos).

“(...) eu gosto de ser muito certa naquilo que eu falo (...) mas sei que lá, eu estive lá eu sei, que beleza (...) na Europa é assim, arranja um emprego numa casa, dá licença, eu sou fulano, tem esse lance da carteira também, eu vim aqui fazer o que o senhor ou senhora queira varrer o chão, fazer o que, porque era um prato só de comida, e uma cama pra dormir (...) tudo que você ganhar nunca você gaste tudo não, uma parte você guarda sempre, se você tem tudo, um pouquinho guardado” (Mulher, 91 anos).

“Afinal, numa ocasião, naquela época, ir para Paris era o máximo a família, rica, toda a nata aqui do Rio, do Brasil, rico tinha que ir primeiro a Paris, era o grande prêmio, grande isso. Sabe faculdade, Medicina, Direito, Engenharia, a Economia, tudo, tudo, tudo era o máximo, então o grande era isso. Todos os filhos para Paris, a família oferecia, rico, ótimo, sem saber o que queria fazer, ia estudar em Paris. As faculdades de Paris, maravilhosas” (Mulher, 91 anos).

A velhice é mais facilmente compreendida como um período também de aquisições se vier acompanhada de condições satisfatórias de saúde, que possibilitem um melhor enfrentamento do processo de envelhecimento. A história de vida mostrou a consciência por parte de uma idosa de que a sua velhice é reflexo de vivências anteriores, dos outros ciclos de vida:

“A gente tinha assim uma cabeça muito infantil mesmo, então a gente aproveitou muito, eu aproveitei muito essa fase da minha vida, aproveitei muito e eu acho que é por isso que eu posso me considerar uma idosa com a cabeça saudável (risos), eu sempre digo isso, eu acho que eu posso me considerar por isso (risos)” (Mulher, 81 anos).

O envelhecimento como um processo complexo envolve uma série de questões que irão influenciar na forma como o indivíduo vivencia essa etapa da vida.

“A única coisa que piorou para mim foi a vista, até isso eu não me importava com a idade, eu ia ter cem anos que eu não me importava (...) Tirando a minha dificuldade visual, eu procuro fazer tudo que eu puder para não incomodar os outros, para eu me acostumar, senão, se eu não fizer, eu viro uma mulher inútil, e isso eu não quero ser” (Mulher, 91 anos).

Segundo Kovács (2005), ouvimos as pessoas dizerem que o grande medo não é da morte, mas da dependência, pois essa sim é uma grande vivência da perda

de si próprio em que outro determina o que vai comer o que vai vestir, a hora de ir ao banheiro, com quem falar e o que fazer.

O indivíduo nasce, passa pelos ciclos da vida correspondentes à infância, a adolescência, a idade adulta, e velhice, e sua trajetória culmina com a morte. Para Py (2004:123) “o processo psíquico de elaboração dos lutos é uma experiência singular de cada sujeito, dentro das circunstâncias em que está inserido”. Dessa forma, o fato de estar inserido em um contexto onde se encontra vivenciando o processo de asilamento pode alterar a maneira e o entendimento que, no caso, as idosas têm sobre a morte. Dessa forma o enfoque sobre a temática da morte perpassa não somente o fato de se constituírem em mulheres envelhecidas, mas também, mulheres velhas asiladas.

Segundo Burlá (2004:388) “a morte é uma ruptura no tempo de vida, que tomada como fato isolado tem uma dimensão de perda, de interrupção de um processo, de um projeto”.

Em se tratando da morte de pessoas próximas, para Py & Trein (2002) *apud* Burlá (2004:389) “aqueles que se vão ainda permanecem por muito tempo na vida dos que se destinam a perpetuá-los”. As histórias de vida mostram a dificuldade em lidar principalmente com a morte do companheiro, e as mudanças que essa perda ocasionou em suas vidas, significando muitas vezes, o início de uma nova fase, de solidão.

No contexto em que estão inseridas, se deparam constantemente com a morte, o medo da própria morte, e o conhecimento do falecimento de outros asilados. A vivência de todo o processo de adoecimento e conseqüente morte, experimentada por essas mulheres em relação aos outros residentes da Instituição de Longa Permanência, trazem repercussões negativas para a vida dessas idosas.

“Agora aqui perguntam pra mim assim, o que você pensa você sabe da realidade que o J. (marido) pode ir primeiro que você, eu falo ninguém sabe, só Deus sabe a hora de cada um, só Deus que sabe. Mas se ele for primeiro, você tem idéia de como você vai enfrentar você tem alguma visão do que será eu digo nenhuma. Isso é futuro pra mim, o futuro pra mim a Deus pertence. Eu imaginei que eu fosse ter um futuro como esse meu presente? Nunca, nunca, então eu digo o futuro pra mim a Deus pertence” (Mulher, 81 anos).

A morte do marido é um acontecimento que além da grande carga de sofrimento gerada pela perda do companheiro, pode significar também um precipitante para a institucionalização. Isso ocorre porque a mulher uma vez sozinha, tendo dificuldades de permanência em sua residência e não podendo

permanecer junto aos filhos, acaba por ter que encontrar um novo lugar para morar, restando a ela em alguns casos, a opção da institucionalização.

“(...) graças a Deus fui muito feliz, só fiquei muito triste porque aí meu marido morreu, mas isso já foi há pouco tempo, nê, tem nove anos que ele faleceu” (Mulher, 78 anos).

Segundo Burlá (2004:378) “a lembrança do processo de morte e o morrer de um ente querido ficarão sempre vivos na mente de seus familiares e amigos”. A morte pode significar também o alívio de uma dor e o cessamento de um sofrimento.

“Aí aconteceu o pior pra mim, que foi o meu marido morrer, que eu senti muito, entendeu, eu senti muito a morte dele, mas também por outro lado eu fico feliz porque ele foi uma criatura que, eu sentia uma dor assim ele já tava morrendo, com medo de mim sabe, com medo” (Mulher, 78 anos).

“Aí ele teve uma doença ingrata, mas graças a Deus ele não precisou tomar morfina, não precisou nada dessas coisas. Foi uma doença que apareceu assim de repente, durou três meses a doença dele, quando descobriu, já morreu, ficou com três meses aí morreu. Mas ele não gemia, não via nada disso, entendeu, é por isso que eu digo graças a Deus que Deus levou ele, mas levou com uma morte que ele não sofreu. Pelo menos ele nunca gemeu, nunca disse ‘filha tou com dor’, nem nada. Aí chegou o dia que ele morreu mesmo né, não teve jeito, né, e nós fizemos de tudo por ele, ele, os filhos, tudo, tudo, fizemos tudo por ele” (Mulher, 78 anos).

6.2. Família

Para Medeiros (2004) a família é o espaço onde se dá a vida cotidiana, onde se processa a existência dos sujeitos, onde os mais velhos transmitem a história oral das famílias, os legados de cada geração, e é aí que se dá a articulação dos fatos históricos e a vida pessoal.

Para Cortelletti, Casara e Herédia (2004:66) a família é “o *locus* onde se inicia o desenvolvimento da personalidade, a construção dos valores e da identidade, é onde se originam as primeiras manifestações da sociabilidade humana”, e é também o pilar fundamental no qual o indivíduo pode buscar e encontrar apoio.

Segundo Cortelletti, Casara & Herédia (2004:68) “a família é caracterizada como sendo espaço primário onde tudo tem sua origem, além de ser a instituição decisiva para a construção e a identificação dos sujeitos”.

A família, tanto a de origem, como a que foi constituída ao longo da vida ao lado do companheiro, possui uma importância muito grande para essas mulheres.

Em relação à família de origem, que foi menos abordada nas histórias de vida, os pais são lembrados com muito carinho e como pessoas importantes para a sua formação.

“(...) meu pai era um homem bonito, 1, 72 m, boa altura né, bonito, claro, com olhos grandes, claros, lindos, nunca usou óculos, bom, então, com amigos, ele tinha, muito dedicado, muita facilidade de comunicar, ser gentil com as pessoas, então ele conseguiu muitos amigos (...) papai era muito inteligente (...) minha mãe era muito jeitosa, muito engraçadinha, não uma beleza de concurso não, mas uma senhora boníssima, muito inteligente, ela não sabia que ela era inteligente (risos), eu falei pra ela, eu não sou inteligente não, eu tenho apenas grande experiência da vida. Eu dizia - mamãe, a senhora é inteligente” (Mulher, 91 anos).

O marido dessas idosas foram pessoas importantes em suas vidas. É importante ressaltar que a história de vida de uma idosa foi coletada antes de seu marido acamado, que residia na mesma ILP, falecer. Dessa forma, hoje, se encontram viúvas, e permanecem com seus antigos companheiros na memória. Falam deles com muito carinho.

“E eu sei que a nossa vida transcorreu sempre numa paz, meu marido foi, sempre foi um marido excepcional. Eu falava pra ele assim, olha você se não fosse tão ciumento (...) porque meu marido era muito ciumento, depois com o passar dos anos, o nascimento dos filhos, a vida vai mudando, ele foi acalmando com aquele ciúme dele. Eu acho que intimamente tinha, mas pelo menos ele não demonstrava, entendeu. Mas ele também sempre foi um pai excepcional, muito, como amigo meu marido foi um homem tão querido, sabe uma pessoa muito, muito querida por todos. Não tinham pessoas que se aproximassem dele que não gostassem dele entendeu. Ele sempre foi muito, muito tranquilo em casa, e o ciúme dele era assim muito contido, ele não tinha, não extravasava assim aquela coisa, e eu é que percebia tudo né, e quando eu percebia o ciúme dele, dizia vem cá, senta, vamos conversar, qual foi o problema, mas não tinha motivo nenhum, não tinha motivo nenhum (risos). Naquela época que não se falava muito em psicologia, eu acho que eu tinha assim uma psicologia nata, sabia, eu acho que era nata isso, porque olha, eu tive muito jeito pra trabalhar isso com ele, sabe então a nossa vida transcorreu assim numa paz, sabe meu marido lindo maravilhoso” (Mulher, 81 anos).

O marido para essas mulheres significou o único homem de suas vidas, e comentam com orgulho o quanto tempo permaneceram casadas:

“Mas, aos dezessete anos comecei a namorar o marido, o atual marido né, o atual marido, e foi o único amor da minha vida, até hoje são 62 anos de casados, então você vê, por aí você vê que realmente foi o único amor mesmo da vida (risos)” (Mulher, 81 anos).

“Fiz bodas de prata, bodas de ouro, quer dizer que, se ele não tivesse morrido eu fazia 62 anos de casada, que eu vivi com ele 53 anos depois, da vida né, 53 anos, 52 anos, ainda fiz bodas de ouro, ainda fiquei mais de dois anos” (Mulher, 78 anos).

Os maridos são lembrados como homens bons, bons pais, provedores do lar, trabalhadores, e é comum o fato de terem participado de guerras, o que traz para elas boas e más lembranças, mas que principalmente mostra o orgulho que sentem por seus companheiros:

“(...) mas apesar de tudo, ele ficou lá na guerra quase um ano, casamos, e eu continuei em casa, como solteira (risos), vinte e um dias depois de nós termos casado ele embarcou” (Mulher, 81 anos).

“(...) tanto que depois que meu marido se aposentou, ele fez a vida militar até 48 anos, 48, 49, por aí, aí ele depois passou pra reserva, nós passamos pra reserva, ele continuou trabalhando na vida civil. Aí trabalhou durante quinze anos na Eletrobrás, por lá também se aposentou” (Mulher, 81 anos).

“Ele foi convocado pra guerra né, aí ele foi pra guerra, escrevia e tudo, era tudo liberado, né, pela censura, antes de vir para minha mão, era liberado. Então, ele ficou onze meses lá na guerra, ele pegou a tomada de Monte Castelo. Aí quando ele chegou, ele chegou em setembro, e quando foi em janeiro, dia 19 de janeiro, casamos véspera de São Sebastião” (Mulher, 78 anos).

“Aí casamos, ele (marido) trouxe um dinheirinho de lá, deu pra fazer tudo, porque meu pai era humilde conforme eu estou te dizendo, ele que comprou tudo pra gente, tudo, tudo, tudo, só não comprou foi casa, mas comprou o enxoval todo, tudo, tudo, tudo ele comprou” (Mulher, 78 anos).

O marido, até mesmo pelo avançar da idade, principalmente quando se encontra acamado, faz com que a mulher abra mão do cuidado de si, e coloque em primeiro lugar o cuidado para com o companheiro, mesmo se deparando com certo desgaste físico, psicológico e emocional.

“Eu tinha coisas pra resolver porque eu resolvo tudo dele, é pra fazer cadastramento, é pra isso, pra aquilo, pra tudo que tem necessidade de fazer, resolver qualquer papel, qualquer coisa, tudo sou eu que resolvo no momento eu já tenho a curatela dele, eu que resolvo tudo” (Mulher, 81 anos).

A lembrança do que foi vivido ao lado do companheiro, principalmente os bons momentos, já que os maus momentos não foram recorrentes nas histórias de vida, faz com que a relação com o marido seja marcada por relações de afetividade.

“Meu marido sempre dizia pra mim, hoje não porque ele está acamado já nem fala mais, hoje é outra situação, mas ele sempre falava pra mim assim, a data mais feliz da minha vida é o dia do aniversário do nosso casamento, sempre, sempre ele falou isso, toda vida” (Mulher, 81 anos).

É importante ressaltar que em uma das histórias de vida, o marido não foi nem ao menos citado. Dados referentes a essa idosa, presentes na instituição, apontam para o fato de ser viúva, porém para ela não veio relatar sobre seu antigo companheiro. A partir de informações obtidas por profissionais da instituição

presentes no prontuário, essa idosa sofria violência doméstica, o que justifica a omissão sobre essa etapa de sua vida. Essa idosa preferiu relatar sobre sua família de origem, infância, adolescência e sobre conhecimentos que adquiriu ao longo de sua vida. Segue abaixo um pouco mais da rica contribuição dada por essa idosa através do relato de sua história de vida:

“A Inglaterra, você sabe que é uma ilha enorme, imensa, agora, de Paris, da França para a Inglaterra, tem aquele chamado Canal da Mancha, que era Mar Negro. Então, de França para Londres havia uns é, que chamavam de barco na França, faziam essa travessia pra lá e pra cá, cobrando (...) ninguém faz nada na Europa ou nos Estados Unidos sem cobrar, nada absolutamente, nem milionário, tudo que ele faz ele cobra” (Mulher, 91 anos).

“Então ele começou a passar um fim de semana em Paris, porque não era barato não, aquela viagem, Bateau Mouche, mouche mosca, bateau barco, fazia essa travessia do Canal da Mancha de Londres a Paris, Paris não, pra uma cidade antes de Paris, porque Paris não tem porto não, é uma pequena cidade” (Mulher, 91 anos).

“Uma viagem naquela época, de navio, eles chamam de bateau né, levava já dois meses, já pensou, de lá (França) até o Rio de Janeiro, dois meses” (Mulher, 91 anos).

“Naquela época, Buenos Aires era mais conhecida que Brasil, a música argentina tango, mais do que do Brasil, então meu pai foi para a Argentina, mas ficou muito pouco tempo, ele não gostou de lá” (Mulher, 91 anos).

“(...) meu pai, polonês, da Varsóvia, capital (...) mar adentro (...) importantíssima na história lá da Polônia e até na França. Chopeaur (...) um compositor maravilhoso, também de lá, e muita gente importante (...) Em Paris, da Polônia, aquela que descobriu a verdadeira história do rádio, não rádio música, o elemento, até perigoso demais” (Mulher, 91 anos).

Em relação aos filhos dessas mulheres, pode-se dizer que são as pessoas mais importantes de suas vidas. Segundo Py (2004:114) “a gestação e o nascimento de uma criança trazem expectativas, promessas e metas de conquista. Os pais idealizam o futuro dos filhos, no embalo dos seus próprios desejos”.

“E eu lembro assim com tanto carinho, ele também, alegria nossa, são três filhos, nós temos três filhos né. E então isso tudo foram dias tão alegres, são datas tão alegres, tão marcantes na vida da gente né, e que eu lembro com muita alegria” (Mulher, 81 anos).

Para Cortelletti, Casara & Herédia (2004), a família é constituída de membros que ocupam e desempenham diferentes papéis, e onde são estabelecidas relações recíprocas de obrigações, deveres e direitos, seja de pais para filhos, ou de filhos para pais. Para Cortelletti, Casara & Herédia (2004:68) “mesmo com o passar dos anos, essa interdependência se mantém, embora se modifique ou até se altere”, como por exemplo, filhos que passam a ter que cuidar dos pais.

“Meu filho falou, mãe, eu vou lhe dar (determinada quantia em dinheiro) pra senhora, que ele que lida comigo, tenho três, mas ele que mais mexe comigo tá, aí ele pegou disse assim, mãe, vou te dar (dinheiro) pra senhora comprar as roupas pra ficar aqui com a empregada, aí eu disse assim ta bem” (Mulher, 78 anos).

Em relação ao cuidado, a Constituição Federal em seu artigo 299 prescreve que “os pais têm o dever de assistir, criar e educar os filhos menores, e os filhos maiores têm o dever de ajudar e amparar os pais na velhice, carência ou enfermidade”.

O nascimento dos filhos é um acontecimento inesquecível na vida dessas mulheres:

“Aí, nasceu o nosso primeiro filho depois, depois de já quase dois anos de casado nasceu o primeiro filho, que foi uma alegria também. São dias muito marcantes na vida da gente, o nascimento dos filhos né, são dias muito, muito, são coisas que a gente não esquece nunca. A gente lembra, eu lembro assim daquele dia como se fosse hoje, do nascimento de todos os filhos, sabe, interessante isso né, uma coisa que (...) Bom, pelo menos até hoje não se apagou da memória, pelo menos até hoje, graças a Deus não se apagou” (Mulher, 81 anos).

“Então, depois de quatro meses eu peguei gravidez, ta, peguei gravidez, eu já tava desesperada porque já quatro meses de casada e ainda não tinha pego neném. Aí tomei um remédio lá, até o remédio até hoje eu não esqueço, Saluta Mulher, eu não cheguei nem a tomar nem o vidro todo, aí pequei logo a gravidez. Aí depois fui tendo o segundo, o terceiro” (Mulher, 78 anos).

“(...) tenho três filhos, tenho seis netos. O mais velho (...) ele vai fazer 60 anos mês que vem. Também nem eu acredito que tenho um filho de quase 60 anos, outro dia fui passar o Natal lá na casa dele, filho, não acredito que você vai fazer 60 anos, ué, por que mãe? Não sei, eu não acredito que eu tenho um filho já de 60 anos” (Mulher, 78 anos).

“O do meio tem cinqüenta e (...) 56, e o caçula tem, só o caçula que faz diferença dois anos, tem 54. Porque eu queria só um filho, eu tinha um filho de, primeiro filho foi ele tinha quatro anos quando ele ficava assim,avião (...) porque antigamente as crianças eram muito inocentes né,avião joga um irmãozinho pra mim, todo mundo tem irmão só eu que não tenho, mas aquilo doía no meu coração, joga um irmãozinho,avião, joga. Aí eu disse pro meu marido, filho, vamos deixar de, esse garoto só vive perturbando que quer um irmão, aí foi que eu peguei gravidez, senão talvez só tivesse ele. Aí peguei o outro sem querer, o terceiro peguei sem querer, aí fez dois anos só de diferença, e o do meio ficou com quatro anos, que eu não queria mais, só queria um né” (Mulher, 78 anos).

O nascimento dos netos significa a assunção do papel de avós, importante para a vida dessas mulheres. A troca realizada entre avós e netos é muito gratificante para ambas as gerações:

“A gente teve muitas alegrias, você vê, também teve o nascimento dos netos que é uma outra coisa também tão gostosa, é uma coisa assim, é

indescritível né, o nascimento dos filhos, o nascimento dos netos, é outra história, é muito lindo isso na vida da gente, muito, muito lindo” (Mulher, 81 anos).

Segundo Lins de Barros (2004:42) “a transmissão do conjunto de valores e de significados de uma dada cultura é realizada, através do processo de socialização, na direção dos mais velhos para os mais moços”.

“A minha neta que adora minha filha, essas histórias minhas, as amigas delas quando iam lá em casa, na nossa vida antes de vir pra aqui pro CAMP, nós tínhamos uma casa, em Friburgo, então eles iam todo final de semana, desde pequenos. Este sítio foi comprado quando eles eram pequeninhos ainda, então eles aproveitaram muito esta fase toda, passavam lá todo final de semana. Aí iam os amiguinhos, os amigos, aquele negócio, eles foram crescendo, ficando adultos, volta e meia era vovó conta aquela história pras minhas amigas. Eu digo a não F., eu já cansei de contar essa história pra você (risos), elas adoram essas histórias” (Mulher, 81 anos).

Para Lins de Barros (2004) nas relações com os netos surge a linguagem do afeto. De acordo com Lins de Barros (2004) na família constrói-se um modelo de relação de cumplicidade entre avós e netos, permitindo que essas duas gerações desfrutem a liberdade de expressão de carinhos e de brincadeiras.

“(...) quando nós começamos a namorar, o J., meu marido é o J., ele falou comigo dia 31 de dezembro, sabe quando nós demos o primeiro beijo (risos), pode rir que eles (netos) caíram na risada! Dia 11 de setembro, então foram nove meses praticamente (risos). Aí eles brincavam comigo: vovó, seu primeiro beijo nasceu depois de nove meses (risos)” (Mulher, 81 anos).

Porém, para Lins de Barros (2004:46) essa relação só tem sentido de fato, “quando os avós se colocam no lugar de transmissores de um conhecimento adquirido na trajetória de vida, portanto, como porta-vozes de uma geração que tem a família como um valor social que deve ser preservado”, principalmente quando as transformações sociais e culturais deixaram para as gerações mais jovens a questão da permanência ou não da importância das relações familiares.

6.3. Sentimentos e valores

Segundo Lins de Barros (2004:45), existimos socialmente se percebemos que, “embora estejamos inseridos na sociedade, a compreensão que temos de nós mesmo parte do valor que atribuímos ao mundo interior, à nossa subjetividade, aos

sentimentos e emoções que definem nossa identidade psicológica e nossa singularidade”.

Para Lins de Barros (2004) nos compreendemos como uma biografia ímpar e analisamos o percurso de nossas vidas baseados em concepções como a felicidade pessoal, o desenvolvimento e aprimoramento de nós mesmos.

Para Cortelletti, Casara & Herédia (2004) todo ser humano tem necessidades afetivas, e quando as relações sociais possibilitam uma maior proximidade e afinidade, nascem os afetos e se estabelecem os vínculos. Isso se reflete na vida de cada indivíduo, na sua própria felicidade, já que os afetos permitem partilhar alegrias, tristezas, conquistas, fracassos, perdas, permitem trocas de atenção, de preocupação, de carinho, de cuidados.

“Então (...) Aí começou uma fase de sofrimento né, apesar de todas as alegrias nesse meio tempo, que foi o casamento, aquela alegria toda, casamento assim sem poder marcar data, entendeu, a data querida nossa, nós, por exemplo, pretendíamos casar em maio, casamos em janeiro, dia 11 de janeiro, ele faria até, fez depois, no dia dezessete ele fez 26 anos, e eu tinha 19 nessa época né. E foi ao mesmo tempo alegria e sofrimento, porque meu pai (tristeza), isso bate, essa hora bate, meu pai não assistiu meu casamento, meu pai também fazia a guerra, meu pai era da Marinha, nessa época ele estava fazendo serviço de Comboio. Então ele não esteve no dia (...) Então foi um casamento assim, cinco dias depois foi que meu pai chegou, navio aportando lá em Recife, ele fazia o Comboio de Recife pra Trinidad, e aí ele conseguiu lá um navio já ancorado, e ele conseguiu com o comandante uma folga de uns três dias, eu acho que foram três dias. Ele veio certo de encontrar ainda a gente ainda com a data marcada pro casamento, ele chegou e tal (tristeza). Isso que mexe comigo” (Mulher, 81 anos).

“Agora hoje, aqui, há algum tempo atrás as pessoas falavam pra mim, I, você precisa sair mais um pouco daqui, você não pode ficar só aqui, só aqui dentro desse quarto junto do marido vendo, assistindo sempre a todo esse processo pelo qual ele está passando, enfim, mas eu não conseguia. Eu dizia, eles falavam, falavam e eu só ouvia, eu só respondia pra eles assim, era a psicóloga, era a diretora, até as filhas falavam, mãe você precisa, você tem que ir mais lá pra casa, vai pra lá (...) Então eu só ouvia, a única resposta minha era essa: eu entendo o porquê de vocês falarem isso pra mim, eu sei que eu tenho de fazer isso, mas eu só vou poder fazer a hora que o meu coração mandar. Só de vocês falarem e eu ser empurrada a fazer isso, eu não consigo, eu não consigo. O dia que meu coração mandar Deus a de me dar entendimento, a de falar pra mim é a hora de você começar a fazer, se você quer viver com ele até o final, vá fazer agora, começa a fazer. E foi o que aconteceu, entendeu” (Mulher, 81 anos).

Segundo Cortelletti, Casara & Herédia (2004:79) “a afetividade está baseada em significações que surgem a partir de experiências de cada um, que busca, nos laços de relações sociais, formas diferenciadas para se realizar como indivíduo”.

“E sempre foi nosso sonho ter assim uma casa retirada do centro urbano né, e a gente, foi ali também uma fase da nossa vida maravilhosa, uma fase maravilhosa. A semana toda ficava nós dois sozinhos, tinha o caseiro, os filhos do caseiro, aquela história, aquela vida simples, uma vida tranqüila, calma. E o final de semana, feriado, férias, aí os netos vinham, aí era aquela bagunça, aquela bagunça boa, gostosa (risos). A gente se divertia muito, aí nós tínhamos cachorros, então aquilo era uma farra, nascimento de cria de cachorro, nossa, aquilo era um divertimento, uma farra sabe” (Mulher, 81 anos).

De acordo com Py (2004:128) “seguimos todos envelhecendo, com a tarefa humana de criar significações para os fatos que marcam a nossa existência”.

“Interessante que tem muitas datas nossa dia 11 e dia 17, dia 11 foi o dia do primeiro beijo, depois no dia 11 de setembro foi o dia que ele, dia 11 de setembro foi o primeiro beijo, dia 17, aniversário dele, e dia 17 de setembro foi também o dia depois que ele voltou da guerra, interessante né, dois números assim. São datas que você sabe, até hoje eu lembro todos os anos, não tem como esquecer né, como é que marca a gente determinadas datas” (Mulher, 81 anos).

Um outro tema abordado nas histórias de vida foi à espiritualidade e religiosidade. Para Lins de Barros (2004:42) “as diferentes religiões que coexistem hoje em nossa sociedade podem ser um exemplo das formas de perguntas e de respostas que o ser humano constrói para dar sentido à sua vida”.

“Eu acho que o sofrimento nada mais é do que para o nosso amadurecimento espiritual, acho que o sofrimento vem muito por aí. Eu acho que a gente de uma maneira ou de outra tem que sempre passar por alguma coisa na vida, tem que sofrer um pouco. Sabe que quando meu marido adoeceu, eu tive uma revolta tão grande, eu conversava com Deus e dizia assim, meu Deus não é possível, não é possível uma criatura tão boa, começar a ter esse tipo de sofrimento agora no fim da vida” (Mulher, 81 anos).

“(...) então eu me revoltei muito, eu dizia meu Deus eu não quero perder a fé, mas eu não estou conseguindo nem mais rezar. Então eu pedia a Deus, meu Deus me dá aceitação e compreensão, eu quero ter entendimento porque” (Mulher, 81 anos).

“Se a gente ouve que as pessoas com idade, depois de idosos, sofrem com a doença, a, porque foram pessoas más durante toda uma vida, enfim, desonesta, meu marido nunca foi, como? Meu Deus me dá entendimento. Eu quero entender o porquê” (Mulher, 81 anos).

Segundo Monteiro (2004:159) o ser humano vivencia um estado inicial e final de desamparo, “ele tem intrinsecamente a necessidade de sustentação, de proteção e explicação (...) reconhece a presença de forças e influências que o transcendem, isto é, estão além de sua consciência”. Dessa forma, o homem é destinado a buscar dar sentidos aos fatos e as coisas, o que corresponde à dimensão espiritual.

Para Monteiro (2004:160) “a dimensão espiritual é a dimensão que corresponde à abertura da consciência ao significado e à totalidade da vida, e que possibilita uma revisão qualitativa do seu processo vital”.

“(...) porque a gente quando tem fé em Deus, quando você tem a sua crença, né, você tem tudo de bom você acredita que tem nessa vida, tudo que eu tenho que agradecer a Deus todos os dias, eu agradeço a Deus por toda a vida que eu tive, por toda essa vida, essa vida tão abençoada, tão rica de sentimentos, amor das pessoas, amizades, muitas amizades que se fez na vida né” (Mulher, 81 anos).

Segundo Monteiro (2004:160) “os seres humanos são criaturas espirituais, isto é, impulsionadas a refletir, a fazer questionamentos fundamentais ou finais, e têm a capacidade de apreender e de reverenciar”.

“Um dia sabe o que veio na minha mente, se Jesus veio ao mundo, deu uma grande lição de amor pra humanidade, porque ele sofreu tanto pra morrer, então eu vou procurar o sentido disso, foi quando eu encontrei pra começar a ter paz e sentir paz no meu coração porque eu estava revoltada, sentir paz no meu coração e começar a voltar a ter crença, foi a partir daí eu comecei passei a conversar muito com Deus, eu acho que é a melhor maneira de rezar, orar, enfim, cada um dá o seu significado. Mas foi assim que eu comecei a ter entendimento, procurei ter calma para enfrentar toda a situação que eu vivo hoje” (Mulher, 81 anos).

De acordo com Monteiro (2004), na maioria das vezes, são os tempos difíceis que levam o homem a questionamentos sobre o sentido de viver, e à busca de uma resposta, pois a vida é repleta de momentos difíceis, que se agravam no envelhecer. Sendo assim, para Monteiro (2004), a espiritualidade é importante para a superação de momentos difíceis, das perdas do envelhecer e da proximidade da morte.

Para Monteiro (2004) a espiritualidade ou transcendência é baseada em incertezas, em buscas da essência do homem, que por si só, é um ser de ação de protesto.

“Eu acredito que pra certas situações na vida é o destino, é o destino, pra outras não, você escolheu um caminho, o seu caminho foi errado ou foi certo, enfim, mas eu acho que pra certas coisas é o destino” (Mulher, 81 anos).

Segundo Monteiro (2004:163) “cada vez mais se evidencia a importância da espiritualidade no envelhecimento e como os fatores articulados à dimensão espiritual influenciam diferentes situações existenciais do envelhecer”.

De acordo com Monteiro (2004:163) “pesquisas revelam que o aumento da espiritualidade é fonte relevante de suporte emocional, tanto na área da saúde física

como da saúde mental, e o quanto se faz fundamental, principalmente na hora da morte”.

Segundo Cortelletti, Casara & Herédia (2004:35) “o idoso institucionalizado traz consigo marcas da cultura religiosa”, e a prática religiosa está condicionada às alternativas possibilitadas pela instituição que abriga esses idosos, exceto quando essa prática se dá por meio de orações individuais.

Para Monteiro (2004:176) “na velhice, a religião é um recurso facilitador que oferece compreensão e aceitação das perdas e ganhos desse processo e abre a perspectiva da morte como o momento final do processo de vida”. Portanto, para Monteiro (2004), a dimensão espiritual é importante para o enfrentamento do envelhecimento, das horas de crise, das doenças.

6.4. Concepções sobre saúde e doença

Segundo Minayo *apud* Bassit (2004:140) “a concepção sobre saúde e doença, por estar vinculada a duas questões fundamentais para todos nós, a vida e morte, é particularmente reveladora do grupo social a que pertencemos”. Para Bassit (2004:140) isso ocorre porque “mostra como o indivíduo se situa na sociedade e como esta se situa em relação ao indivíduo”.

“(...) e a nossa vida transcorreu sempre muito tranqüila, muito em paz, até que iniciou a doença dele né, entendeu” (Mulher, 81 anos).

“Então, tivemos assim, graças a Deus, uma vida muito tranqüila, mas depois quando veio a doença dele, o nome é Alzheimer né, o diagnóstico da doença dele é Mal de Alzheimer, e ele, então aí começou uma outra fase da vida nossa muito difícil. Pra ele, acho que durante uma fase, ele percebia todos os sintomas da doença dele, depois já não, tem uma outra fase que já não e o sofrimento é mais pra nós família” (Mulher, 81 anos).

Para Burlá (2004:384) “acompanhar uma pessoa acometida de uma doença incurável até a sua fase avançada é uma experiência revestida de intensa significação, especialmente se ela apresentar comprometimento da consciência ou cognição”. A partir do momento que sua capacidade de interação com o mundo a sua volta fica muito prejudicada, os familiares enfrentam um forte desgaste

emocional, pois acompanhar um ente significativo no seu processo de morte é uma tarefa muito difícil. Essa situação foi vivenciada por uma das relatantes.

Para Py (2004:117) “um idoso lúcido e orientado, com uma doença incapacitante, parece ter uma dupla dificuldade identificatória: uma, trazida pelo avanço nos anos, que o consagra velho; e outra, que requer a integração da doença, muitas vezes instaurando a dependência”.

Segundo Stella (2004:306), “o comprometimento das funções mentais do idoso com demência podem mobilizar, no cuidador e sobretudo nos familiares, sofrimento emocional intenso à medida que se vai deparando com as perdas progressivas”.

“Num momento, a partir de uma época, já vai pra quatro anos, ele entrou nessa fase da doença, que a doença praticamente tem assim umas sete fases, e ele quando entrou nessa fase de, fez, já estava com a dificuldade de deglutição né, aí teve que fazer a respiração já estava comprometendo já essa parte de musculatura alta, ele fez traqueostomia, e gastrostomia. E ele atualmente não fala mais, há momentos de, a gente não sabe se é propriamente lucidez, mas ele tem fases, porque a mente é uma coisa tão complicada pra gente entender realmente né o que se passa ainda na cabeça dele” (Mulher, 81 anos).

De acordo com Burlá (2004) não é somente a pessoa doente que sofre com a evolução de uma doença incurável, pois também os familiares e seus cuidadores ficam profundamente angustiados com a expectativa de uma morte anunciada. Segundo Burlá (2004:379) “além do desgaste físico gerado pelo ato de cuidar de uma pessoa querida em fase avançada de doença, há todo um desgaste emocional e financeiro que vai desestruturando mais e mais a família ao longo do tempo”.

“Então pra mim, você imagina, durante anos a gente tinha aquele marido ativo, companheiro, amigo, amoroso, tudo, tudo, todas as qualidades que você pode imaginar todas as qualidades boas numa pessoa, e aí você começa a perceber que começa a perder, que ele começa a perder tudo isso, então isso é muito duro, muito duro. Essa foi a fase eu acho que pior da nossa vida, eu lembro até hoje (tristeza), hoje sofro ainda com a doença dele no momento atual. Mas eu acho que mais dolorosa foi essa fase de começar a perceber toda essa perda nele, entendeu toda essa perda. Mas a gente tem que enfrentar todas as fases da vida” (Mulher, 81 anos).

Segundo Burlá (2004) entender a linguagem não-verbal da pessoa acamada, ou seja, o que ela quer dizer através de um olhar, de um toque, a forma como respira, é viabilizada pelo convívio permanente entre o doente e o seu cuidador familiar. Sendo assim, a compreensão de algo que não foi dito através da fala, cria de certa forma, um canal de comunicação importante para ambas as partes.

“Agora momentos que ele está ligado, como eu digo, ele está ligado ele olha pra você e reconhece, se eu dou beijo nele, eu digo pra ele esse beijinho, ele faz assim com os olhos (mexe) e faz assim com a cabeça (movimenta), como se reconhecesse, a mesma coisa ele faz com os filhos, então são momentos que a gente acha que veio alguma coisa na mente dele ainda de passado, de lembrança. Mas, mas não, é como se fosse uma vida vegetativa, então hoje é a fase da minha vida (tristeza) e a gente tem que estar sempre preparada pra tudo que vem pela frente, ainda né, a gente tem que aceitar. E a gente tem que enfrentar a realidade, mas eu acho que assim mesmo por tudo, eu agradeço a Deus” (Mulher, 81 anos).

A doença se torna um agravante para o enfrentamento do processo de envelhecimento, pois agrava a percepção desse processo como um período somente de perdas.

“Ponto de, meu móvel era até o teto, o armário era até o teto, então a parte de cima que eu tinha problema não podia estar subindo, eu botava coisas que não precisava, não tinham, coisa” (Mulher, 78 anos).

A saúde é de uma maneira geral relatada nas histórias de vida como algo muito almejado, e a partir do momento em que os sujeitos têm a percepção das perdas naturais do processo de envelhecimento, o importante pode se dizer que é envelhecer com saúde. Uma série de fatores já discutidos anteriormente, irá influenciar para se alcançar determinada finalidade, e que também a questão de classe irá influenciar, na medida em que essas mulheres dispõem de meios de cuidarem bem de suas condições de saúde.

6.5. Representações sobre o asilamento

Para Cortelletti, Casara & Herédia (2004:76) “embora o desejo seja o de estar em outro lugar – com a família – aparentemente se conforma com o asilamento”, o que traz implícito o contraditório de um querer determinado e um não-querer simultaneamente.

“Aí fiquei aqui, entendeu, fiquei aqui, aí estou me adaptando aqui, é o jeito né, já vai fazer quatro anos esse mês que eu estou aqui” (Mulher, 78 anos).

“Aí resultado, fiquei morando sozinha, mas sozinha tive que botar empregada, as empregadas só fazia me roubar. Me roubava

estupidamente, porque você sabe que a gente quando tem uma certa idade, dorme pega no sono assim de repente, dorme, toma remédio, ainda mais quando ele (marido) morreu, eu fiquei sozinha, morei ainda um mês só com meu filho pra agüentar, assim sabe depois que eu fui, pus empregada. Aí fiquei no meu apartamento né, que ele tinha comprado, e as empregadas conforme eu te disse, só me roubando, tirava uma botava outra, me roubava (...) entendeu, aí por isso que eu acabei voltando pra cá” (Mulher, 78 anos).

“E sumia muita coisa, depois eu vim, vim pra cá, meu filho disse: mamãe, a senhora, não tem jeito mãe, que a senhora está sendo muito prejudicada, roubando muito dinheiro da senhora, toda hora a senhora se queixa que tá roubando e tal. E eu não via que elas levavam, além do dinheiro eu não sabia, entendeu, depois é que eu vim pra cá que foi que eu fui desconfiando muito das coisas que tinha sumido, eu dizia meu filho, vocês apanharam isso, assim, assim, e ele dizia não mãe ninguém apanhou isso da senhora não” (Mulher, 78 anos).

O asilamento pode ser também uma escolha da própria pessoa idosa, e muitos podem ser os fatores que a levam a tomar esse tipo de decisão. No caso da história de vida onde o asilamento ocorreu por escolha própria, ela se encontrava lúcida e em condições satisfatórias de saúde, porém seu marido, com *Mal de Alzheimer*, se encontrava bastante acamado e dependente, necessitando de cuidados especiais que não poderiam ser prestados apenas por ela. Dessa forma, considerou a institucionalização a melhor opção:

“Depois então que nós viemos aqui pro CAMP, foi por escolha minha até, porque eu achei que em casa seria muito difícil cuidar dele em casa, aqui realmente a gente tem uma boa estrutura, que não só dá o suporte pra ele como dá pra família também né. E eu estou aqui com ele há sete anos, já vai pra sete anos em março, sete anos, junto com ele ali dentro do quarto” (Mulher, 81 anos).

O fato de se encontrar com a o marido acamado num mesmo quarto, ele recebendo cuidados especiais durante vinte e quatro horas diariamente, faz com que essa idosa tenha aberto mão de algo que considerara importante para ela, sua privacidade.

“Então você vê que atualmente a fase dele é alimentação com dieta, de minuto durante 20 horas quadro de dieta, então tem meninas especializadas, meninas que eu digo são técnicas de enfermagem que trabalham comigo, né, porque essa parte toda técnica eu não poderia fazer com ele né, mas estou ali naquele quarto, sem privacidade. Você tem permanentemente, 24 horas, uma pessoa ali cuidando dele” (Mulher, 81 anos).

Segundo Born & Boechat (2002:776), “o ingresso numa Instituição de Longa Permanência deve ser precedido de avaliação acurada do indivíduo e da sua família”, e o idoso deve participar desse processo, na medida da sua capacidade. Na história de vida, observa-se que uma idosa participou da escolha pela

institucionalização junto à família, porém escolheu esta opção por achar que não haveria outra melhor, por não querer ser um encargo para os filhos já casados e com suas próprias vidas. O receio de “dar trabalho” para os filhos, de prejudicar seus casamentos e sua relação com as noras, fala mais alto em relação ao que o que realmente deseja.

“Aí meu filho disse assim, mãe o que é que vamos fazer com a senhora. Porque eu não tenho filha, só tenho nora, né, aí você sabe né, o problema de nora, tem filho, tem meu filho, os filhos têm a vida deles, as noras não, ficava assim naquela coisa de ficar comigo. Chegou um ponto de um querer que eu fosse morar com ele, entendeu, mas isso eu já estava aqui” (Mulher, 78 anos).

A escolha por uma instituição de qualidade é uma tarefa difícil, pois envolve uma apurada observação do serviço prestado por ela e de suas instalações físicas, o que exige uma visita ao local, e também por ter que encontrar àquela que seja adequada às condições financeiras de cada idoso e/ou familiar.

“Aí eu peguei ele disse assim, mãe, a senhora, vou ver se eu arranjo um lugar pra senhora ficar, mas bom, um lugar bom pra senhora mesmo, a senhora deixa? E me levaram um monte assim de jornal procurando uma porção de lugar, aí ele pegou, ele disse assim, mãe nós vamos procurar tudo que tem direito, todo lugar que a gente tem no jornal nós vamos procurar. Aí vieram os dois filhos procurando, procurando, aonde eles viam, riscavam que não gostou qualquer coisa, riscavam” (Mulher, 78 anos).

É primordial também, como já dito anteriormente, a participação do idoso nesse processo de escolha. O trecho abaixo mostra a forma como se deu a participação de uma idosa:

“Aí ele disse, olha mãe nós gostamos de um, é aqui perto da senhora, porque eu morava na Freguesia né, é aqui perto, eu, nós gostamos, gostamos muito mesmo, foi o melhor de todos que nós achamos. Agora nós vamos levar a senhora, a senhora que vai dar a solução se serve se não serve. Aí eles vieram comigo aqui, eu olhei tudo, mas só que eu não morava sozinha, não morei sozinha porque aqui não tinha quarto só pra uma né. Aí eu vim, fiquei aí com a Dona I. (idosa) (...) aquela senhora que fica lá no cantinho sentada, que fica perto da, sabe, que não fala que fica sempre assim, sabe, então, ela não fala, mas uma senhora muito boa mesmo, morei com ela três meses” (Mulher, 78 anos).

Porém, mesmo tendo participado de todo o processo de escolha pela institucionalização, a mudança brusca em sua vida traz conseqüências profundas para a vida dessa idosa. O medo de passar os últimos anos de sua vida em meio a desconhecidos, longe, de certa forma, de sua família, traz certo desespero por parte do asilado. Apesar de ter um quarto individual onde pode ter a privacidade e até

mesmo o conforto que tinha em sua antiga residência, o indivíduo se depara com muitos idosos demenciados que não podem interagir com os demais residentes, com a morte de alguns asilados que acaba tendo conhecimento. Isso faz com que a negatividade do asilamento se faça mais presente.

“Mas aí eu fiquei meio nervosa, preocupada, só chorava, porque eu tava vendo muita coisa, sabe, aí eu fiquei assim, meu Deus do Céu, será que eu vou chegar nesse ponto, aí fiquei assim para baixo, num desespero, as meninas dava conselho, Dona G., não fica assim Dona G., a senhora não vai acabar assim, a senhora tem a cabeça boa, mas eu pensava que ela falava assim pra me acalmar, entendeu a, vocês estão falando isso pra me acalmar e tudo” (Mulher, 78 anos).

Em meio à idéia de que o asilamento não é a melhor opção, a família é o único apoio que resta. Um trecho da história de vida mostra também a pouca gerência do idoso sobre a sua própria vida.

“(...) mas aí cheguei um dia aí peguei o telefone, telefonei pros filhos, pro filho mais velho, filho, chorando, filho, pelo amor de Deus, vem me buscar que eu quero ir embora daqui, senão vou ficar maluca ou vou morrer aqui mesmo. Foi assim mesmo que eu disse pra eles. Mãe, mas não é assim quero sair mãe, tem que esperar mãe, a senhora está há uns meses aí, espera um pouquinho, espera um pouquinho que nós vamos resolver, pra achar uma empregada, tem que botar os mantimentos em casa, que a senhora não tava aqui, não tem nada em casa, a senhora fica pelo menos uma semana, tá, porque o apartamento eu tinha né, pra achar empregada e tal e coisa” (Mulher, 78 anos).

Um outro fator que pode se fazer presente e que pode ser observado em um relato, é que mesmo permanecendo no domicílio, isso não significa necessariamente um convívio com a família. O fato de permanecer em sua residência e não receber a visita de seus familiares também pode gerar no idoso um sentimento de solidão, e dessa forma, até mesmo o asilamento pode ser encarado como uma melhor opção, já que estará no convívio de outras pessoas. Na falta de interação com os demais residentes até mesmo a equipe de profissionais pode ser um canal de comunicação para esse idoso.

“Aí a minha nora arranhou uma conhecida dela, aí eu fui embora né. Fui embora, aí gostei da moça, tudo, era uma senhora, mas de repente me deu uma coisa, eu fiquei chorando, desesperada que não agüentava ficar lá, queria ir embora” (Mulher, 78 anos).

“E começou aquele negócio de ficar sumindo também outra vez. Aí eu disse pro meu filho assim, filho, não tá dando certo, aí tinha vinte dias, vinte dias que eu tinha ido, voltei pra cá (tristeza). Aí a R. (diretora do CAMP) disse assim, Dona G., tem um quarto bom aqui, vazio, é só pintar, a senhora vem pra cá, a senhora fica de frente pro (...) bosque, ela disse assim, tem um vazio aqui, de frente pro bosque, bom pra senhora, vem pra cá Dona G.” (Mulher, 78 anos).

“(...) aí de repente eu firmei, filho, vou embora, ele disse, mãe é o jeito internar a senhora outra vez, tinha vinte dias que eu tinha saído daqui, fiquei vinte dias lá, e vim embora outra vez pra cá” (Mulher, 78 anos).

Apenas uma idosa não mencionou sobre o seu processo de asilamento. Ela, porém, pode encarar a institucionalização de uma maneira diferenciada das outras idosas que disponibilizaram suas histórias de vida, pois apresenta deficiência visual e uma leve deficiência auditiva. Isso porque, a partir de impressões pessoais viabilizadas pela observação da rotina institucional, um grande agravante na negatividade que se faz presente num asilo, corresponde um pouco ao que se vê (idosos demenciados, apáticos, tristes), e também aos sons existentes (gemidos, até mesmo gritos). Essa impressão, como já dito anteriormente, também é relatada por uma idosa.

Trabalhar com histórias de vida de idosas institucionalizadas foi uma experiência significativa, pois possibilitou que compartilhassem suas lembranças e memórias, onde reviveram fases e momentos da vida importantes e felizes. Alguns momentos embora bem menos recorrentes, trouxeram também lembranças tristes e dolorosas, pois a vida é marcada por momentos de alegrias e de tristezas. É importante ressaltar também a valorização do idoso asilado e sua contribuição para a sociedade a partir de suas histórias de vida. No momento em que o processo de asilamento é entendido a partir da perspectiva do sujeito, o idoso se torna protagonista de sua própria história, como sujeito diretamente envolvido na questão da institucionalização.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O homem é extremamente rico em criar formas novas de vida, portanto não deverá submeter-se à idéia do asilo passivamente
(CANOAS, 1985: 24).

Atualmente, o idoso é um ator que está presente no conjunto de discursos produzidos em nossa sociedade, e isso se dá em geral, devido ao conhecimento do envelhecimento populacional. Portanto, o desafio que se apresenta é o de se conseguir uma maior expectativa de vida, mas com boa qualidade para que os anos

vividos sejam repletos de significado e de dignidade, e não anos de sofrimento para os indivíduos e suas famílias.

Porém, o acelerado ritmo do envelhecimento no Brasil cria novas questões ou agravam outras já existentes como a institucionalização de idosos sem que o país tenha desenvolvido outras relativas à saúde, à educação, ao saneamento básico, ao transporte, à habitação, ao emprego, à Seguridade Social, o que influi diretamente na qualidade de vida da pessoa idosa.

O cenário da minha pesquisa, no qual os sujeitos que relataram suas histórias de vida estão inseridos consiste então, num contexto diferenciado em comparação ao vivenciado pela maioria da população idosa brasileira. Isso se deve ao fato de que o acesso da maioria da população idosa a essa modalidade de serviço é limitado por restrições financeiras. Sendo assim, é importante ressaltar que a situação socioeconômica da maior parte da população brasileira que envelhece é precária, e um dado que pode ilustrar muito bem essa situação, refere-se aos aposentados e pensionistas do INSS dos quais 70% recebem um salário mínimo por mês para fazer frente a uma série de despesas que tendem a aumentar com o avançar da idade.

Porém, o que perpassa a questão do asilamento na perspectiva do sujeito, independentemente da questão de classe, é o distanciamento da família que se faz presente nessas instituições, a segregação sofrida pelo indivíduo, o fechamento e o sentimento de solidão.

A realidade do Brasil hoje, mostra que ainda há muito que ser pensado e feito em relação à situação da população idosa e das instituições voltadas para esse segmento etário. Porém, não podemos pensar na questão do asilamento de forma isolada, já que esta deve, na verdade, ser encarada como um problema, e que como qualquer outra problemática deve ser refletida de forma a viabilizar reais soluções.

É recomendável então, que os profissionais voltados para o estudo do envelhecimento participem ativamente, juntamente com o Estado, a sociedade civil e, principalmente, com os conselhos representativos de idosos, na busca de melhoria das instituições de longa permanência que estão sendo tão demandadas em nossa sociedade.

Importante também seria a utilização da técnica da coleta de histórias de vida como um instrumento importante na atuação dos assistentes sociais, em contextos que favoreçam a utilização dessa metodologia. Uma coleta de dados qualitativos como essa pode aperfeiçoar a atuação do Serviço Social na medida em que permite que o profissional tenha um melhor embasamento para direcionar sua atuação, tendo uma preocupação em relação à dimensão investigativa da profissão conforme estabelecido em seu Projeto ético-político.

É necessário também que os idosos se tornem verdadeiros atores de sua própria história, e que como sujeitos, todas as questões relativas a eles sejam encaradas a partir de suas perspectivas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BASSIT, Ana Zahira. Na Condição de Mulher: a maturidade feminina. In: PY, Ligia *et al.* *Tempo de Envelhecer: percursos e dimensões psicossociais*. Rio de Janeiro: NAU Editora, 2004, p. 137-158.

BORN, T; BOECHAT, N. S. A Qualidade dos Cuidados ao Idoso Institucionalizado. In: FREITAS, E. V. *et al.* *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002, p. 768-777.

BRASIL. Portaria MS-810/89 – Normas para o Funcionamento de Casas de Repouso, Clínicas Geriátricas e Outras Instituições destinadas ao Atendimento do idoso.

BRASIL. Lei 8842, de 04 de janeiro de 1994, dispõe sobre a Política Nacional do Idoso.

BRASIL. Portaria SAS-073 de 10 de maio de 2001 estabelece Normas de Funcionamento de Serviços de Atenção ao Idoso no Brasil.

BURLÁ, Cláudia. Envelhecimento e Cuidados ao Fim da Vida. In: PY, Ligia *et al.* *Tempo de Envelhecer: percursos e dimensões psicossociais*. Rio de Janeiro: NAU Editora, 2004, p. 375-399.

CAMARANO, Ana Amélia (coord.) *et al.* *Como Vai o Idoso Brasileiro?* Texto para discussão nº. 681. Rio de Janeiro: IPEA, 1999.

CANÔAS, C. S. As Instituições de Amparo à Velhice. In: CANÔAS, C. S. *A Condição Humana do Velho*. 2ª ed. São Paulo: Cortez, 1985, p. 17-24.

CORTELLETTI, I. A.; CASARA, M. B.; HERÉDIA, V. B. M. (org.). *Idoso Asilado: um estudo gerontológico*. Caxias do Sul: EDUCS/EDIPUCRS, 2004.

FREITAS, Elizabeth Viana de. Demografia e Epidemiologia do Envelhecimento. In: PY, Ligia *et al.* *Tempo de Envelhecer: percursos e dimensões psicossociais*. Rio de Janeiro: NAU Editora, 2004, p. 19-38.

GOFFMAN, Erwing. *Manicômios, Prisões e Conventos*. São Paulo: Perspectiva, 1974.

GOLDMAN, Sara Nigri. *Universidade para a Terceira Idade: uma Lição de Cidadania*. Olinda: Editora Elógica, 2003.

GOLDMAN, Sara Nigri. As Dimensões Sociopolíticas do Envelhecimento. In: PY, Ligia *et al.* *Tempo de Envelhecer: percursos e dimensões psicossociais*. Rio de Janeiro: NAU Editora, 2004, p. 61-82.

GROISMAN, D. Duas Abordagens aos Asilos de Velhos: da Clínica Santa Genoveva à história da institucionalização da velhice. In: DEBERT, G.G. (org.) *Cadernos Pagu: Gênero em Gerações*. São Paulo: Núcleo de Estudos de Gênero/UNICAMP, 1999, p. 161-190.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Síntese dos Indicadores sociais 2000. Rio de Janeiro: IBGE, 2001.

KOVÁCS, Maria Júlia. As Tramas do Tempo: perdas e luto no ciclo vital. In: Revista *Kairós Memórias e Temporalidades*, nº 1, v. 8. Editora PUC-SP, 2005, p. 113-122.

LINS DE BARROS, Myriam Moraes. Envelhecimento, Cultura e Transformações Sociais. In: PY, Ligia *et al.* *Tempo de Envelhecer: percursos e dimensões psicossociais*. Rio de Janeiro: NAU Editora, 2004, p. 39-60.

MARTINS DE SÁ, Jeanete Liasch. Educação e Envelhecimento. In: PY, Ligia *et al.* *Tempo de Envelhecer: percursos e dimensões psicossociais*. Rio de Janeiro: NAU Editora, 2004.

MEDEIROS, Suzana Aparecida Rocha. O Lugar do Velho no Contexto Familiar. In: PY, Ligia *et al.* *Tempo de Envelhecer: percursos e dimensões psicossociais*. Rio de Janeiro: NAU Editora, 2004, p. 185-200.

MERCADANTE, Elisabeth F. Velhice: a identidade estigmatizada. In: *Revista Serviço Social e Sociedade*, nº 75 – ano XXIV – especial. Editora Cortez, 2003, p. 55-73.

MONTEIRO, Dulcinéa da Mata Ribeiro. Espiritualidade e Envelhecimento. In: PY, Ligia *et al.* *Tempo de Envelhecer: percursos e dimensões psicossociais*. Rio de Janeiro: NAU Editora, 2004, p. 159-184.

NOVAES, Regina L; PINHEIRO, Roseni. *Asilamento e Integralidade na Atenção à Saúde do Idoso: um estudo sobre as práticas assistenciais no Estado do Rio de Janeiro*. LAPPIS – Integralidade em Saúde, Laboratório de Pesquisas sobre Práticas de Integralidade em Saúde. Disponível em: <http://www.lappis.org.br/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?Sid=25&infoid=91&tpl=viewparticipantes>, acessado dia: 02 de maio de 2007.

PACHECO, Jaime Lisandro. Trabalho e Aposentadoria. In: PY, Ligia *et al.* *Tempo de Envelhecer: percursos e dimensões psicossociais*. Rio de Janeiro: NAU Editora, 2004, p. 201-228.

PAZ, Serafim Fortes. Movimentos Sociais: participação dos idosos. In: PY, Ligia *et al.* *Tempo de Envelhecer: percursos e dimensões psicossociais*. Rio de Janeiro: NAU Editora, 2004, p. 229-256.

PEIXOTO, Clarice Ehlers (org.). Família e Envelhecimento. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2004.

PEIXOTO, Clarice. Entre o Estigma e a Compaixão e o Termos Classificatórios: velho, velhote, idoso, terceira idade. In: Lins de Barros, Myriam Moraes (org.). *Velhice ou Terceira Idade?* Rio de Janeiro: Editora FGV. 3ª edição, 2003, p. 69-84.

PILOTO, Alcina A. de Moraes *et al.* *Instituições Asilares para Idosos no Município do Rio de Janeiro*. Programa de Recursos Comunitários, 2002. Disponível em: <http://www.unati.uerj.br/> acessado dia: 01 de março de 2007.

PINHEIRO, José Elias Soares; FREITAS, Elizabeth Viana. Promoção da Saúde. In: PY, Ligia *et al.* *Tempo de Envelhecer: percursos e dimensões psicossociais*. Rio de Janeiro: NAU Editora, 2004, p. 257-282.

PY, Ligia *et al.* *Tempo de Envelhecer: percursos e dimensões psicossociais*. Rio de Janeiro: NAU Editora, 2004.

PY, Ligia. Mestres Velhos, Jovens Discípulos. In: Py, Ligia. *Testemunhas Vivas da História*. Rio de Janeiro: NAU, 1999, p. 74-117.

PY, Ligia. Envelhecimento e Subjetividade. In: PY, Ligia *et al.* *Tempo de Envelhecer: percursos e dimensões psicossociais*. Rio de Janeiro: NAU Editora, 2004, p. 109-136.

QUEIROZ, M. I. P. Relatos Oraís: do “indizível” ao “dizível”. In: VON SIMON, O. M. (org). *Experimentos com Histórias de Vida*. (Itália-Brasil). São Paulo: Vértice, 1988, p. 14-43.

SCHARFSTEIN, Eloísa Adler. Intervenção Psicossocial. In: PY, Ligia *et al.* *Tempo de Envelhecer: percursos e dimensões psicossociais*. Rio de Janeiro: NAU Editora, 2004, p. 321-344.

SCHMIDT, Selma. Clínicas Conveniadas Viram Asilos de idosos: Vistoria e relatos ao Disque-Denúncia revelam deficiências do atendimento a pacientes da terceira idade. *O Globo*. Rio de Janeiro, 8 out. 2006. RIO, p. 30, ANO LXXXII, nº. 26.725.

SCHMIDT, Selma. Idosos Lotam Emergências: Pesquisa mostra que, em dez hospitais públicos, pacientes com mais de 60 anos são maioria. *O Globo*. Rio de Janeiro, 1 out. 2006. RIO, p. 37, 2ª ed. ANO LXXXII, nº26. 718.

SESSIONS, G. *Avaliação em HIV/AIDS: uma perspectiva internacional*. Rio de Janeiro: ABIA, Coleção Fundamentos de Avaliação, nº 2, 2001.

SIMÕES, Júlio Assis. Provedores e Militantes: imagens de homens aposentados na família e na vida pública. In: PEIXOTO, Clarice Ehlers (org.). *Família e Envelhecimento*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2004, p. 25-56.

STELLA, Florindo. Funções Cognitivas e Envelhecimento. In: PY, Ligia *et al.* *Tempo de Envelhecer: percursos e dimensões psicossociais*. Rio de Janeiro: NAU Editora, 2004, p. 283-320.