

FACULDADE CATÓLICA SALESIANA DO ESPÍRITO SANTO

LORENA DAVID PEREIRA

ENVELHECIMENTO E DEPENDÊNCIA: QUAL A RELAÇÃO?

VITÓRIA
2014

LORENA DAVID PEREIRA

ENVELHECIMENTO E DEPENDÊNCIA: QUAL A RELAÇÃO?

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade Católica Salesiana do Espírito Santo, como requisito obrigatório para obtenção do título de Bacharel em Psicologia.

Orientadora: Profa. Dra. Christyne G. T. de Oliveira

VITÓRIA
2014

LORENA DAVID PEREIRA

ENVELHECIMENTO E DEPENDÊNCIA: QUAL A RELAÇÃO?

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Faculdade Católica Salesiana do Espírito Santo, como requisito obrigatório para obtenção do título de Bacharel em Psicologia.

Aprovado em ____ de _____ de ____, por:

Profa. Dra.Christyne Gomes Toledo de Oliveira - Orientadora

Professora. Ms. Daniele Garioli de Souza
Faculdade Católica Salesiana do Espírito Santo

Professora Ms. Ariadne Dettmann Alves
Professora Substituta da Universidade Federal do Espírito Santo

Eu dedico esse trabalho ao meu avô, Genésio David, por ter me amado até o seu último dia de vida e por ter inspirado essa pesquisa.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por estar sempre ao meu lado, me protegendo, me guiando e me fortalecendo nos momentos difíceis.

Aos meus pais, Rosângela e José, e aos meus avós maternos, Darly e Genésio (in memoriam), pelo apoio e amor incondicionais e por não terem medido esforços para que concluísse a minha graduação.

A minha irmã, por ter cultivado em mim a paciência, tão necessária para a realização dessa pesquisa, por me alegrar nas horas de angústia e por me suportar quando eu estava nervosa por conta desse trabalho.

Ao meu namorado, pelo carinho e atenção dedicados a mim e por sempre ter acreditado na minha capacidade para concluir essa pesquisa.

A minha orientadora, Christyne, por me acompanhar durante todos os anos da minha graduação.

Aos amigos da faculdade, por alegrarem as minhas manhãs e pelas angústias e felicidades compartilhadas.

Aos amigos conquistados fora do ambiente educacional, pela lealdade e companheirismo.

Aos idosos, por terem confiado suas histórias a essa mestranda.

A Sociedade de Assistência à Velhice Desamparada, por me acolher tão carinhosamente para que eu pudesse realizar essa pesquisa.

A todos que contribuíram de forma direta ou indireta para a realização desse trabalho, pois sozinha eu não conseguiria.

RESUMO

Atualmente, chegar à velhice é uma realidade populacional, mas apenas pode ser considerada com uma real conquista ao agregar autonomia e independência aos anos adicionais de vida. No entanto, evidencia-se que navelhicevárias perdas são sofridas, entre as quais se destaca a saúde como um dos fatores mais afetados, uma vez que, o envelhecimento é um período da vida com alta prevalência de doenças crônicas que podem propiciar incapacidades e dependência funcional levando o idoso a necessitar do auxílio para a realização de tarefas cotidianas. A partir desses pressupostos, foi realizada uma pesquisa de método descritivo e abordagem qualitativa com objetivo de descrever e analisar a associação entre o processo de envelhecimento e a dependência funcional na percepção de idosos institucionalizados, assim como de descrever e analisar a percepção desses idosos sobre o processo de envelhecimento e sobre a dependência e, de verificar suas estratégias de enfrentamento diante da dependência funcional. Para tanto, foi realizada uma entrevista semiestruturada com doze idosos, sendo três homens e nove mulheres; com idade média de 82 anos (AV: 75-94 anos); que residiam na Sociedade de Assistência à Velhice Desamparada de Vitória, durante o período de duas semanas a 15 anos; que se encontravam em situação de dependência e que estavam com as funções cognitivas preservadas para responderem as perguntas. Em relação à percepção do processo de envelhecimento, apenas alguns idosos ressaltaram pontos positivos, no entanto, todos sinalizaram consequências negativas decorrentes desse evento, principalmente, quando ele vem agregado à incapacidade e/ou à dependência funcional. Foi perceptível a existência de vulnerabilidades biológicas e declínio funcional ao longo do envelhecimento; sentimentos de inutilidade e de frustração frente à impossibilidade de realizar as atividades antes executadas e de evitar o envelhecimento, e contatou-se, principalmente, à diminuição da rede de apoio social. Em relação ao termo dependência, nem todos os idosos sabiam falar sobre este conceito e aqueles que opinaram o associaram a necessidade de ajuda para realização de atividades de inúmeros tipos, principalmente as de autocuidado, sendo que apenas os idosos que necessitavam de auxílio em três ou mais atividades desse tipo, sentiam-se dependentes. Sobre as estratégias encontradas para lidar com a incapacidade e/ou

com a dependência funcional, percebeu-se a importância da religiosidade; de atividades que os fizessem sentir ativos ou que lhes trouxessem novos conhecimentos, assim como sentimento de liberdade e convivência com pessoas queridas. Ao fim da pesquisa, destaca-se a relevância de um atendimento interdisciplinar, pois o envelhecimento e a dependência trazem consequências para várias dimensões da vida dos idosos e de considerar a fala destes como ponto de partida para o planejamento e a implementação de serviços e de ações, tanto no âmbito social como familiar, voltados para essa população, de forma que as pessoas com idade avançada não se mantenham passivas frente à situação em que se encontram, mas que sejam ativas no processo de construção de uma sociedade política que atenda as suas reais necessidades.

Palavras-chave: Idoso. Envelhecimento. Dependência funcional. Consequências. Enfrentamento.

ABSTRACT

Today, reaching old age is a population reality, but can only be considered as a real achievement to add autonomy and independence to the additional years of life. However, it is evident that in old age several losses are suffered, among which highlights the health as one of the factors affected, since aging is a period of life with a high prevalence of chronic diseases that can provide disability and functional dependence taking the elderly in need of assistance to perform daily tasks. On this basis a descriptive research method and qualitative approach aims to describe and analyze the association was made between the process of aging and the functional dependence in the perception of institutionalized elderly, as well as to describe and analyze the perception of the elderly on the aging process and dependence on, and check your coping strategies on the functional dependence. For this purpose, a semi-structured interviews with twelve elderly was performed, three men and nine women; with a mean age of 82 years (AV: 75-94 years); residing in the Old Age Assistance Society Abandoned Victory during the period from two weeks to 15 years; who were in a situation of dependency and who were with the cognitive functions preserved to answer the questions. Regarding the perception of the aging process, only a few elderly highlighted positive points, however, all signaled negative consequences of this event, especially when it comes added to disability and / or the functional dependency. It was noticeable that there are biological vulnerabilities and functional decline over aging; feelings of worthlessness and frustration at the impossibility of carrying out the activities formerly performed and prevent aging, and contacted, mainly, decreased social support network. Regarding the term dependence, not all elderly could speak about this concept and those who opined the associated the need for help to perform activities of numerous types, especially self-care, and only the elderly who required assistance in three or more activities of this type, they felt dependent. The strategies found to deal with disability and / or the functional dependency, realized the importance of religion; activities that do feel assets or to bring them new knowledge, and sense of freedom and interaction with loved ones. After the research, we highlight the relevance of an interdisciplinary approach, as aging and dependence bring consequences for various dimensions of life of the elderly and to consider speaks of these as a starting point for planning and

implementing services and actions, both in the social and domestic, for this population, so that people with advanced age does not remain passive about the situation they are in, but are active in the process of building a political society that meets your real needs.

Keywords: Elderly. Aging. Functional dependence. Consequences. Coping.

LISTA DE SIGLAS

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

AVC – Acidente Vascular Cerebral

CREAS – Centro de Referência Especializado de Atenção a Saúde

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas

ILP – Instituição de Longa Permanência

LOAS – Lei Orgânica da Assistência Social

OMS – Organização Mundial da Saúde

PNAD – Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílios

PNI – Política Nacional do Idoso

RDC – Resolução da Diretoria Colegiada

SOC – Seleção, Otimização e Compensação

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	17
2 REVISÃO DA LITERATURA.....	21
2.1 RECURSOS PSICOLÓGICOS E SOCIAIS UTILIZADOS FRENTE ÀS PERDAS OCORRIDAS DURANTE O ENVELHECIMENTO.....	28
2.2 ENVELHECIMENTO E DOENÇAS.....	31
2.3 DEPENDÊNCIA.....	34
2.4 POLÍTICAS DESTINADAS AOS IDOSOS E O NOVO MODELO DE SAÚDE....	39
2.5 FAMÍLIA.....	43
2.6 INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA.....	46
2.7 REPRESENTAÇÕES SOCIAIS E ESTEREÓTIPOS SOBRE A VELHICE.....	49
3 METODOLOGIA.....	53
3.1 PARTICIPANTES.....	53
3.2 CAMPO DE ESTUDO.....	53
3.2.1 Caracterização do campo de estudo.....	54
3.3 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	55
3.4 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS.....	55
3.5 ASPECTOS ÉTICOS.....	56
3.6 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DE DADOS.....	56
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	57
4.1 ANÁLISE DESCRITIVA DA CARACTERIZAÇÃO GERAL DOS PARTICIPANTES.....	57
4.2 ANÁLISE DESCRITIVA DA PERCEPÇÃO DOS IDOSOS EM RELAÇÃO A SUA FASE DE DESENVOLVIMENTO.....	59
4.3 ANÁLISE DESCRITIVA DA PERCEPÇÃO DOS IDOSOS EM RELAÇÃO À DEPENDÊNCIA E SEU MODO DE ENFRENTAMENTO.....	67
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	73

REFERÊNCIAS.....	77
APÊNDICE A.....	87
APÊNDICE B.....	89
APÊNDICE C.....	91

1INTRODUÇÃO

Até metade do século XX, a expectativa sobre a velhice era tão modesta que poucos profissionais davam atenção a esse tema(GUIMARÃES, 2006).

A Psicologia, por exemplo, no que se refere aos grupos populacionais, estava mais interessada no estudo da infância ou, quando muito, pesquisava-seo desenvolvimento humano até os 60 anos (GUIMARÃES, 2006).

Acreditava-se que o desenvolvimento ocorria até o período da adolescência e que, na velhice não haveria mais ganhos em nenhuma área (NERI, 2001). Além disso, procurava-se compreender o crescimento com produtividade e autonomia física, noções que eram incompatíveis com a velhice que, por sua vez, era considerada como um período de exclusivo declínio físico e cognitivo (NERI, 2006).

No entanto, nas últimas décadas, o ser humano começou, cada vez mais, a cruzar o limiar da velhice despertando o interesse dos pesquisadores e, mais ainda dos profissionais das áreas das ciências sociais, humanas e da saúde. Esse interesse proporcionou que os temas: *idoso, velhicee envelhecimento* ganhassem destaque no cenário mundial (GUIMARÃES, 2006; PRADO; SAYD, 2004).

Desde então, o estudo de questões relacionadas ao envelhecimento, tornou-se crescente, de forma a permitir que, a partir do século XX, houvesse o reconhecimento de que o desenvolvimento ocorre ao longo da vida, não se limitando, assim, a infância e a adolescência e, principalmente, de que o envelhecimento não está associado apenas a perdas e a decadência física e mental que resultaria na dependência, passando, assim, a referir-se também a um período propício para novas descobertas e experiências, para a realização de antigos ou novos projetos, entre outros (DEBERT, 1999 apud SENTA, 2012; FONSECA, 2007; NERI; DEBERT, 1999).

No entanto, embora o envelhecimento não seja sinônimo de declínio, ainda é grande o contingente de idosos incapacitados e dependentes. E apesar dos avanços em vários campos do saber, percebe-se que, inclusive na graduação, ainda existe escassez de conhecimentos nessa área o que faz com que profissionais recém-egressos das faculdades não disponham de competências necessárias para a operacionalização dos cuidados com os idosos, o que implicaria, entre outros

fatores, na não utilização de medidas preventivas e de suporte necessárias para evitar doenças crônicas e incapacitantes e na não identificação precoce das situações de risco para a perda da capacidade funcional, e, conseqüentemente, do risco para a perda da autonomia e da independência (MOTTA; AGUIAR, 2007; NUNES, 2012).

Além disso, a família cuidadora¹, muitas vezes, carece de informações sobre o envelhecimento, o que dificulta que as ações de cuidado com o idoso sejam executadas de forma adequada. Afinal, a falta de conhecimento sobre esse processo torna a família menos capacitada para contribuir na realização de ações que propiciem o bem-estar do idoso (CALDAS, 2003).

Diante desse cenário, o presente trabalho intitulado “Envelhecimento e dependência: qual a sua relação?” tem como tema o estudado envelhecimento associado à dependência², sob a perspectiva do Desenvolvimento Humano, numa tentativa de proporcionar conhecimentos para a sociedade em geral, permitindo, assim, que tanto os profissionais como as famílias realizem práticas mais efetivas para o cuidado da população idosa.

Além disso, apesar do aumento gradual do corpo de informações sobre o envelhecimento, o estudo do mesmo pela Psicologia ainda é considerado recente, existindo, assim, nessa área, poucas pesquisas sobre esse processo condizentes com a realidade brasileira e sobre como o idoso percebe o envelhecimento e como enfrenta as perdas comuns decorrentes do mesmo (NERI, 2006; PALACIOS, 2004; UCHÔA; FIRMO; LIMA-COSTA, 2002).

Torna-se imprescindível, dessa forma, a compreensão de que o envelhecimento é heterogêneo, apresentando-se de forma diferente de um indivíduo para o outro, de uma geração para outra e, principalmente, de uma sociedade para outra. E essa diversidade de modos de vivenciar esse fenômeno, por sua vez, torna relevante o

¹ Nesse trabalho será utilizado o termo “família cuidadora” como sinônimo de pessoas que optam por ser responsáveis pelo cuidado de um familiar idoso com dificuldades para a realização de atividades do cotidiano (KARSCH, 2003).

² Neste estudo a palavra dependência estará associada aos seguintes classificações: a) Grau de Dependência I – idosos independentes, mesmo que requeiram o uso de equipamentos de auto-ajuda [sic]; b) Grau de Dependência II – idosos com dependência em até três atividades de autocuidado para a vida diária tais como: alimentação, mobilidade, higiene; sem comprometimento cognitivo ou com alteração cognitiva controlada; c) Grau de Dependência III – idoso com dependência que requeiram assistência em todas as atividades de autocuidado para a vida diária e ou com comprometimento cognitivo (BRASIL, 2005).

conhecimento dos fatores intrínsecos e extrínsecos ligados ao envelhecimento no Brasil, vislumbrando a construção de práticas na área da saúde e da assistência compatíveis com as características da população brasileira (UCHÔA; FIRMO; LIMA-COSTA, 2002).

Aliado a isso, a maioria das pesquisas na área do envelhecimento abordam a percepção do cuidador informal ou do profissional da área da saúde e não do próprio idoso (GUERRA; CALDAS, 2010; SANTOS; DIAS, 2008). Portanto, acredita-se que seja importante considerar a opinião dos idosos sobre si mesmos e sobre o momento que estão vivenciando, numa tentativa de descrever e analisar a associação entre o processo de envelhecimento e a dependência funcional na percepção deles, vislumbrando realizar um levantamento sobre essa relação de modo que seja possível auxiliar, no futuro, no planejamento de uma forma de suporte mais compatível com as reais demandas dos idosos (GUERRA; CALDAS, 2010; SILVEIRA; CALDAS; CARNEIRO, 2006).

Além desse objetivo primordial, a pesquisa teve por finalidade descrever e analisar a percepção de idosos institucionalizados sobre o processo de envelhecimento e sobre a dependência, além de verificar seus modos de enfrentamento da dependência funcional.

Além do interesse científico, acadêmico e social sobre o tema exposto, esse estudo teve um interesse pessoal pautado na experiência que a pesquisadora vivenciou durante anos, ao lado do avô, Genésio David, o qual se deparou, ao longo do envelhecimento, com inúmeras perdas sociais e afetivas e, conseqüentemente, com a necessidade de ajuda para a realização de tarefas do dia a dia. A partir disso, surgiu a curiosidade e a necessidade de compreender como os idosos vivenciavam esses processos para fornecer conhecimentos para as pessoas que conviviam com Genésio David, de forma a possibilitar que elas realizassem um cuidado mais compatível com as necessidades dele.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Apesar de o envelhecimento ter iniciado nos países desenvolvidos, esse fenômeno não se restringe mais a estes. Atualmente, o envelhecimento também é alvo de preocupação dos países em desenvolvimento (UNO, 1985 apud UCHÔA; FIRMO; LIMA-COSTA, 2002; WATERS et al., 1989 apud UCHÔA; FIRMO; LIMA-COSTA, 2002).

Em relação ao Brasil, tem-se verificado que o declínio das taxas de fecundidade e de mortalidade propiciou um acréscimo da população idosa, de modo que, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE)(2010 apud GRATÃO et al., 2013, p.138):

[...] o número de idosos com 60 anos ou mais de idade passou de 14,8 milhões em 1999 para aproximadamente 20,6 milhões em 2010 (11% da população). Entre os mais velhos, o aumento é ainda maior. Em 1999, o Brasil registrava 6,4 milhões de pessoas com mais de 70 anos (3,9% da população total), enquanto a população dessa faixa etária atingiu um efetivo de 9,3 milhões de idosos em 2010, correspondendo a 5,1% dos brasileiros.

E para alguns estudiosos, a previsão é de que em 2050, a população brasileira seja de 259,8 milhões, sendo 18% representados por idosos, transformando, assim, o Brasil no sexto país com a maior população idosa do mundo (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICAS, 2000 apud PELEGRIN et al., 2008).

Particularmente na região Sudeste do Brasil, houve um aumento acentuado da população com 60 anos ou mais de modo a tornar o envelhecimento uma questão previdenciária e de saúde pública (GUERRA; CALDAS, 2010).

Além disso, o envelhecimento passou a ser considerado um fenômeno mundial, com início nos países desenvolvidos devido: a) à diminuição da taxa de mortalidade; b) as conquistas do saber médico; c) a urbanização correta das cidades; d) a melhora na alimentação e nos hábitos de higiene pessoal tanto nas residências, como no trabalho e em outros ambientes e; e) aos avanços tecnológicos alcançados (MENDES et al., 2005).

No caso dos países menos desenvolvidos, como o Brasil, o aumento da expectativa de vida tem sido expressado através dos avanços tecnológicos alcançados na área da saúde nos últimos 60 anos, com o uso de vacinas e medicamentos como

antibióticos e quimioterápicos que propiciam a prevenção ou a cura de várias doenças, além da diminuição da taxa de natalidade, levando à mudança no perfil etário da população brasileira de um país jovem a um país de idosos (ALVES et al., [20--]; MENDES et al., 2005; RIBEIRO, 2005 apud ALVES et al., [20--]).

No entanto, apesar do envelhecimento ter se tornado uma realidade tanto no Brasil como em outros países, até hoje, o conceito de *pessoa idosa*, de *velhice* e de *envelhecimento* não é objeto de consenso na literatura sobre o tema e/ou na sociedade em geral (BATISTA et al., 2008).

Segundo Debert (1999 apud SENTA, 2012) essa dificuldade de definição se deve a transformações ocorridas nas sociedades ocidentais que culminaram na pós-modernidade, na qual houve uma desconstrução do curso da vida. Com o advento das tecnologias, a velhice foi cada vez mais postergada levando a um apagamento das fronteiras que limitavam os períodos cronológicos em infância, adolescência, idade adulta e velhice.

Com isso, deixava de existir um padrão de experiências e comportamentos normativos para cada período do curso da vida provocando uma dificuldade em se definir quando a pessoa tornava-se idosa (SENTA, 2012).

A solução encontrada para essa problemática foi à utilização de marcadores sociais, como a aposentadoria; biológicos como a idade cronológica ou, então funcionais, como o início da fragilidade ou da dependência (PITANGA, 2006).

No entanto, verificam-se ainda diferenças de definição devido à expectativa e a qualidade de vida de um determinado país. No caso dos países desenvolvidos, as pessoas idosas são as que possuem 65 anos ou mais, já nos países em desenvolvimento, a pessoa é classificada como idosa quando possui 60 anos ou mais (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 1982 apud SANTOS, 2010).

Dessa forma, esse trabalho considerará as pessoas idosas como aquelas com 60 anos ou mais, assim como define o Estatuto do Idoso (BATISTA et al., 2008).

Hoje em dia, ainda existe a classificação cronológica dos idosos em: “idoso jovem”, “idoso idoso” e “idoso mais velho”. No primeiro grupo, estão as pessoas com idades entre 65 e 74 anos. O segundo envolve pessoas entre 75 e 84 anos e o terceiro refere-se às pessoas com mais de 85 anos que, por sua vez, são as que possuem maior probabilidade de estarem enfermas e incapacitadas (PAPALIA; OLDS;

FELDMAN, 2009). Mas cabe destacar que no caso do Brasil, a classificação cronológica do idoso se resume a todas as pessoas com 60 anos ou mais (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 1982 apud SANTOS, 2010).

Dessa forma, percebe-se que a idade cronológica, ou seja, “o tempo transcorrido em horas, dias, semanas, meses ou anos desde o nascimento” (NERI, 2001, p.34), ainda é utilizado como marcador do início da velhice.

No entanto, a classificação mais significativa é a de idade funcional que se refere “a capacidade de uma pessoa interagir em um ambiente físico e social em comparação com outros da mesma idade cronológica” (PAPALIA; OLDS; FELDMAN, 2009, p. 629). Dessa forma, uma pessoa pode ter uma idade cronológica maior do que a funcional, assim como o contrário torna-se possível (PAPALIA; OLDS; FELDMAN, 2009).

Nesses casos, pode-se usar a denominação “idoso jovem” para aquelas pessoas ativas e saudáveis e o termo “idoso mais velho” para as pessoas que se encontram frágeis física e emocionalmente apesar da idade cronológica que apresentam (PAPALIA; OLDS; FELDMAN, 2009).

Além disso, pode-se afirmar que o conceito de idade funcional tem estreita relação com o de idade biológica. Este conceito, por sua vez, diz respeito à estimativa de tempo de vida de uma pessoa de acordo com a relação entre a idade cronológica e as capacidades funcionais apresentadas pela mesma (NERI, 2001).

Além dessas idades, existe a idade social que diz respeito ao desempenho, dos papéis sociais, esperado de acordo com a idade cronológica e com o período histórico da sociedade no qual a pessoa está inserida (PALACIOS, 2004; RILEY; JOHNSON; FONER, 1972 apud NERI, 2001).

Um exemplo desse conceito é a aposentadoria que, de 1930 até 1998, era concedida de acordo com o tempo de trabalho, sendo 30 anos para as mulheres e 35 para os homens. Não se levava em conta, dessa forma, a idade cronológica. Mas, ao longo do tempo, a economia não conseguiu manter esse sistema frente ao aumento da expectativa de vida dos brasileiros. A partir de então, começou-se a combinar o tempo de serviço e a idade cronológica. Assim, considerando a aposentadoria como um marcador social do início da velhice, os brasileiros passaram a envelhecer mais tarde do que antigamente devido à associação direta

entre o aumento do tempo para a consecução da mesma e o aumento do período para a entrada na velhice (NERI, 2001).

Outra idade que merece destaque é a idade psicológica que diz respeito à concepção subjetiva de idade que é resultado de como cada idoso avalia em si mesmo, a presença ou a ausência de marcadores do início da velhice devido a comparações sociais mediadas por normas etárias (NERI, 2001).

Fala-se também sobre padrões de envelhecimento, visando “com isso estabelecer uma classificação para os diferentes modos de ser e os diversos ritmos” que esse processo pode assumir ao longo do seu curso (NERI, 2001, p.46). Dessa forma, os padrões não se configuram como categorias independentes, mas sim como uma orientação sobre a ordem dos acontecimentos comuns e possíveis de serem observados ao longo do desenvolvimento (NERI, 2001 apud SILVA, et al., 2012).

Esses padrões foram propostos por Birren, Schai e Schoots (1996 apud NERI, 2001) e são classificados como envelhecimento primário ou senescência; envelhecimento secundário ou patológico e envelhecimento terciário ou terminal.

O envelhecimento primário ou senescência é um fenômeno universal que envolve mecanismos genéticos que atingem todos os indivíduos da mesma forma e propiciam mudanças na capacidade sensorial, psicomotora, intelectual, biomecânica e energética, no aspecto físico, dentre outras (BIRREN; SCHAI; SCHOOTS, 1996 apud NERI, 2001). Além disso, segundo Papalia, Olds e Feldman (2009), esse envelhecimento envolve um processo de deterioração física e mental que ocorre inevitável e gradualmente ao longo dos anos.

O envelhecimento secundário ou patológico, por sua vez, trata-se de mudanças produzidas por doenças e maus hábitos agregados ao envelhecimento, podendo, assim, ser postergado (BIRREN; SCHAI; SCHOOTS, 1996 apud NERI, 2001; PAPALIA; OLDS; FELDMAN, 2009).

E, por fim, o envelhecimento terciário ou terminal envolve um declínio físico e cognitivo que cursa em direção à morte (BIRREN; SCHAI; SCHOOTS, 1996 apud NERI, 2001).

Cabe destacar que os três tipos de envelhecimento interagem de forma mútua, por essa razão, Birren e Cunningham (1985 apud PALACIOS, 2004) propuseram o conceito de envelhecimento em cascata que se refere ao fato do envelhecimento

primário provocar uma progressiva lentidão no organismo; o secundário levar o aumento das perdas e o terciário propiciar déficits generalizados que afetam todos os processos do corpo humano.

Dessa forma, na medida em que as pessoas envelhecem, suas vidas diferenciam-se, cada vez mais, umas das outras, devido os diferentes padrões que o envelhecimento pode assumir (FONSECA, 2001 apud FONSECA, 2007; NERI, 2001).

Contribuindo com essa ideia, Cruz e Ferreira (2011) apontam que envelhecer é um processo natural marcado por alterações biológicas, psicológicas e sociais encontradas, de forma particular, em todos os idosos.

As modificações biológicas são as morfológicas, reveladas por aparecimento de rugas, cabelos brancos e outras; as fisiológicas, relacionadas às alterações das funções orgânicas; as bioquímicas, que estão diretamente ligadas às transformações das reações químicas que se processam no organismo (SANTOS, 2010, p. 1036).

As modificações psicológicas, por sua vez, se referem à adaptação exigida a cada nova situação. E as modificações sociais envolvem alteração dos papéis anteriormente desempenhados, devido à diminuição da produtividade e da independência física e financeira e mudança na rede social (SANTOS, 2010).

Mas muitos devem se perguntar: por que envelhecemos? As explicações para esse processo envolvem, basicamente, duas teorias: Teoria da programação genética e Teoria de taxas variáveis ou Teoria dos erros. A primeira, afirma que as pessoas envelhecem de forma semelhante de acordo com um relógio biológico que determina as mudanças na velhice(envelhecimento primário). A segunda, no entanto, considera que o envelhecimento ocorre de forma particular em cada indivíduo em função de fatores externos e internos que afetam o organismo (envelhecimento secundário) (PAPALIA; OLDS; FELDMAN, 2009).

Cabe destacar, no entanto, que existe uma concepção errônea de que o envelhecimento ocorre apenas em pessoas com idade avançada. Porém, ao contrário da velhice que é uma condição na qual o indivíduo se encontra, o envelhecimento é um processo marcado por mudanças que ocorrem desde o nascimento até o fim da vida (PITANGA, 2006; SANTOS, 2010).

Contribuindo com essa ideia, Tier, Fontana e Soares (2004, p.332), afirmam que “o envelhecimento é [...] um processo acumulativo, que se torna irreversível, universal,

não-patológico [sic], onde ocorre, uma deteriorização do organismo maduro, podendo incapacitar o indivíduo a desenvolver algumas atividades”.

Mendes e outros (2005) afirmam que hoje esse fenômeno é considerado uma etapa fundamental do ciclo de vida com características e experiências particulares provenientes de um percurso vivido, na qual umas são mais relevantes do que as outras, embora todas contribuam para a formação do indivíduo idoso.

Dessa forma, aos poucos, há uma desconstrução do estereótipo de que a velhice é uma experiência homogênea na qual os problemas e experiências vivenciados pelos idosos seriam semelhantes e envolveriam apenas a manutenção ou declínio da funcionalidade (DEBERT, 1999).

De fato, não se pode desconsiderar que a velhice está permeada por perdas na área física, cognitiva e social, no entanto, estas são apenas um lado da moeda, o outro envolve crescimento, esforço, adaptação, autonomia e vitalidade. Dessa forma, torna-se possível pensar no envelhecimento bem-sucedido ou saudável, que seria o resultado do equilíbrio entre as limitações e as potencialidades individuais (BALTES; CARTENSEN, 2000 apud TOMANSINI; ALVES, 2007; SILVA et al., 2012).

Além disso, Rowe e Kahn (1998 apud LIMA; SILVA; GALHARDONI, 2008, p.797), acrescentam que:

o envelhecimento bem-sucedido seria composto por três fatores: engajamento com a vida; manutenção de altos níveis de habilidades funcionais e cognitivas e baixa probabilidade de doença, e incapacidade relacionada à prática de hábitos saudáveis para redução de riscos.

Certamente, esses fatores são de extrema relevância, mas levam ao risco de atribuir a responsabilidade, pelo envelhecimento bem-sucedido, apenas ao indivíduo, desconsiderando as dimensões socioculturais (KAHN, 2003 apud LIMA; SILVA; GALHARDONI, 2008).

Portanto, ao falar sobre envelhecimento saudável ou bem-sucedido precisa-se considerar não apenas o âmbito individual, mas também as políticas públicas que devem disponibilizar ações e serviços que favoreçam ao indivíduo uma melhor qualidade de vida (LIMA; SILVA; GALHARDONI, 2008).

Sobre o envelhecimento bem sucedido ou saudável, algumas teorias se destacam.

Inicialmente, pode-se citar a teoria da atividade *versus* a teoria do desengajamento que pressupõem uma perda dos papéis sociais e refletem o ajustamento pessoal a

uma nova situação, assim como o nível de conformidade e de atividade do idoso (DEBERT, 1999).

A primeira considera que os idosos são mais felizes quando permanecem engajados em atividades, ou seja, ativos (CAVAN, 1965 apud DEBERT, 1999). A segunda teoria, por sua vez, atribui que a felicidade está no desengajamento voluntário das atividades realizadas (CUMMING; HENRY, 1961 apud DEBERT, 1999).

Outra teoria que merece destaque é a teoria da continuidade que propõe que o envelhecimento bem sucedido depende do equilíbrio entre a continuação de um estilo de vida e a ocorrência de mudanças intrínsecas e extrínsecas ao longo do desenvolvimento (ATCHEY, 1989 apud PAPALIA; OLDS; FELDMAN, 2009).

No campo da Psicologia, a perspectiva *life-span*, desenvolvida por Paul Baltes (1877 apud NERI, 2001) oferece outra explicação para o envelhecimento. Segundo essa perspectiva, o envelhecimento é um evento que exige recursos adaptativos, além de ser considerado um processo contínuo, multidimensional e multidirecional que resulta da interação entre os fatores genético-biológicos e os socioculturais (BALTES; CORNELIUS; NESSELROAD, 1979 apud NERI, 2006; BALTES; REESE; LIPSITT, 1980 apud NERI, 2006; LERNER, 1983 apud NERI, 2006).

Os fatores genético-biológicos, por sua vez, manifestam-se de forma semelhante em todos os indivíduos, o que os tornam universais e relativamente independentes de outros fatores. No caso dos socioculturais, estes não são universais e nem esperados. Por esse motivo, os primeiros são chamados de normativos e, os segundos são conhecidos como não normativos (NERI, 2001, 2006).

No entanto, cabe destacar que, entre os fatores normativos, existem os normativos graduados por idade que envolve mudanças esperadas em indivíduos da mesma idade, como a puberdade, o climatério e a velhice e os normativos graduados por história que se referem a mudanças esperadas em indivíduos que nasceram na mesma época e por isso estão inseridos em um mesmo contexto sócio histórico e, conseqüentemente, sofrem as influências deste, como o ingresso na escola e a aposentadoria (NERI, 2001, 2006; PALACIOS, 2004).

Na velhice, no entanto, ocorre um maior aumento da curva de influências normativas por idade em comparação com as relacionadas com a história, porque quando os fatores biológicos ditam a forma de funcionamento do organismo, os sociais se

enfraquecem. E a curva dos eventos não normativos não deixa de crescer com o passar do tempo, pelo fato de irem se acumulando uns aos outros, contribuindo para uma história pessoal, cada vez mais particular (PALACIOS, 2004).

Assim, o que se percebe é que o envelhecimento é considerado um processo no qual ocorrem eventos de natureza múltipla envolvendo ganhos e perdas. Porém, ao contrário da infância, onde existe uma maior probabilidade de ganhos, no envelhecimento as perdas são mais frequentes. Entre elas, há as psicomotoras e cognitivas, o isolamento social, as mudanças de papéis sociais, as doenças crônicas, a incapacidade funcional, a dependência, entre outras (NERI, 2001).

2.1 RECURSOS PSICOLÓGICOS E SOCIAIS UTILIZADOS FRENTE ÀS PERDAS OCORRIDAS DURANTE O ENVELHECIMENTO

Uma das perdas mais temidas, pelo idoso, é a da capacidade funcional³, pois resulta em problemas tanto no desempenho dos papéis sociais esperados como no desempenho de atividades do cotidiano que levam a dependência funcional (LAMB, 1996 apud RABELO; NERI, 2005).

Mas apesar do temor à incapacidade funcional e, conseqüentemente, à dependência que aquela pode promover, essa é uma realidade de muitos idosos, no entanto, o impacto dessa perda dependerá dos recursos psicológicos e sociais que estes idosos dispõem (SILVA et al., 2007).

Corroborando com Silva e outros (2007), as autoras Rabelo e Neri (2005) apontam que a vivência de um evento negativo, como a incapacidade e/ou a dependência funcional, tende a acionar recursos sociais e pessoais na tentativa de promover o enfrentamento e à adaptação por parte do idoso, de forma individual ou com o auxílio de outra pessoa, a nova situação.

Deve-se destacar que o termo enfrentamento em inglês denomina-se *coping*, que se refere a um conjunto de esforços cognitivos e comportamentais que o indivíduo

³Nesse trabalho o termo capacidade funcional diz respeito “[...] a habilidade da pessoa desempenhar tarefas no dia-a-dia, incluindo aspectos físicos, biológicos e sociais. Essas atividades revelam a capacidade de a pessoa cuidar de si mesma, executar seus papéis e suas tarefas básicas e sociais” (SCHULIN et al., 1993 apud CONVERSO; IARTELLI, 2007, p.270).

utiliza para lidar com demandas tanto internas como externas que surgem em situações de estresse, ultrapassando, assim, o nível de tolerância habitual do indivíduo e sendo avaliadas como algo que está além dos recursos pessoais disponíveis para lidar com situações adversas (GIMENEZ, 1997 apud RAVAGNANI, DOMINGOS, MIYAZAKI, 2007; LAZARUS; FOLKMAN, 1984 apud ANTONIAZZI, DELL'AGLIO, BANDEIRA, 1998; STRAUB, 2002 apud RAVAGNANI, DOMINGOS, MIYAZAKI, 2007).

E em relação às estratégias com essa função, ou seja, que auxiliam no ajustamento e/ou enfrentamento de eventos estressores, amenizando o impacto destes, pode-se citar o suporte social, pois este oferece ajuda em períodos de dificuldades e, a percepção desse apoio, pelo idoso, melhora o enfrentamento da realidade vigente (ANTONUCCI, 2001 apud RABELO; NERI, 2005).

No entanto, cabe destacar que a aproximação física não é suficiente, torna-se necessário também o suprimento das necessidades sociais e afetivas. Para isso, a rede social, dentre outras funções, deve estimular o senso de autoeficácia que permite que o idoso sintam-se capaz de lidar com os eventos estressores e, competente para obter sucesso na resolução destes (ANTONUCCI, 2001 apud RABELO; NERI, 2005; TIER; FONTANA; SOARES, 2004).

A autoeficácia percebida, por sua vez, diz respeito às crenças que o indivíduo possui sobre a própria capacidade de alcançar os resultados que almeja. Por tanto, esse fator influencia a maneira como as pessoas lidam com as dificuldades de modo que, altos níveis de autoeficácia propiciam o enfrentamento adequado de eventos negativos, visto que, as dificuldades são vistas como superáveis e o indivíduo permanece confiante diante daquelas. Enquanto que baixos níveis resultam em incapacidades, uma vez que, aqueles que julgam de forma incorreta suas capacidades, podem comportar-se de forma a produzir resultados pouco satisfatórios para o próprio bem-estar, já que, são rapidamente convencidos de que seus esforços não trarão resultados e, conseqüentemente, desistem de superar os obstáculos (BANDURA, 1997 apud RABELO; NERI, 2005; HOLMAN; LORIG, 1992 apud RABELO; NERI, 2005; RABELO; CARDOSO, 2007).

Percebe-se então, que autoavaliação subjetiva que o indivíduo faz das suas capacidades e da condição em que se encontra, auxilia na atenuação dos desafios

presentes e na adaptação ao ambiente físico e social no qual está inserido (RABELO; NERI, 2005).

No entanto, além das crenças positivas, tornam-se necessárias atitudes positivas que, segundo Rodrigues, Assmar e Jablonski, (2007 apud SILVA et al., 2012), são ideias com carga afetiva a favor de um determinado objeto e que guiam o comportamento em relação ao mesmo. Dessa forma, as atitudes positivas melhoram as situações estressantes ao permitirem uma ação mais ajustada frente às perdas ocorridas durante o envelhecimento (SILVA et al., 2012).

Além disso, Taylor e outros (2000 apud RABELO; NERI, 2005) destacam a importância das ilusões positivas sobre a realidade, uma vez que, elas podem assumir função de proteção psicológica pelo fato de levar a pessoa a se sentir menos vulnerável e mais segura para enfrentar a situação vigente.

Outro mecanismo utilizado, classificado por Wills (1997 apud RABELO; NERI, 2005) como “*comparação descendente*”, refere-se, como o próprio nome sugere, a uma comparação com pessoas que se encontram em situação menos favoráveis na tentativa de se sentir melhor. O que indica, dessa forma, que a vinculação a grupos de pessoas com os mesmos ou com piores problemas pode auxiliar no enfrentamento dos eventos estressores (MAHLER, 1997 apud RABELO; NERI, 2005).

Além do mais, segundo Baltes (1996 apud RABELO; NERI, 2005) os idosos lançam mão dos processos adaptativos de seleção, otimização e compensação (SOC) para lidarem com as restrições funcionais e ambientais com as quais se deparam.

A seleção é utilizada quando ocorre a incapacidade funcional para impedir ou diminuir o número de atividades executadas até então, com o intuito de reorganizar as prioridades do idoso. A otimização envolve investimentos realizados nas áreas não afetadas de modo a fortalecer as reservas e a manter o idoso ativo. E, por último, a compensação trata-se de esforços psicológicos e comportamentais direcionados as capacidades fragilizadas para melhorar o funcionamento físico e mental do idoso (BALTES, 1996 apud RABELO; NERI, 2005).

Cabe destacar que alguns autores também consideram a religião como um recurso de enfrentamento, uma vez que, envolve o apoio social dos cristãos e a fé em Deus

para lidar com as dificuldades que podem emergir durante a velhice (PAPALIA; OLDS; FELDMAN, 2009).

Outro fator que merece destaque são os grupos para os idosos. Estes permitem o compartilhamento de experiências, ou seja, aprende-se e ensina-se; permitem também que as pessoas estabeleçam relações umas com as outras e emitam suas opiniões, explicitando conflitos e obtendo ajuda para a resolução destes, entre outros (CRUZ; CARDOSO; SILVEIRA, 2013).

Dessa forma, torna-se perceptível a existência de vários recursos sociais e psicológicos que se tornam importantes na medida em que sua presença promove o bem estar, enquanto a sua ausência pode facilitar o início e a manutenção de doenças crônicas que levem a incapacidades severas e, até mesmo, a dependência funcional (KEMPEN et al., 1999 apud RABELO; CARDOSO, 2007; RABELO; NERI, 2005).

2.2 ENVELHECIMENTO E DOENÇAS

Na medida em que as condições gerais de vida e o avanço das ciências contribuem para o tratamento e controle de inúmeras doenças responsáveis pela mortalidade, a população tem, nos últimos anos, elevado sua expectativa de vida (MATSUDO, S.; MATSUDO, V.; BARROS NETO, 2000).

Portanto, “atualmente, chegar à velhice é uma realidade populacional [...]” (VERAS, 2009, p.549), mas apenas pode ser considerada como uma real conquista ao agregar autonomia e independência aos anos adicionais de vida. Dessa forma, a longevidade deve ser acompanhada pela qualidade de vida (LIMA-COSTA; VERAS, 2003; MENDES et al., 2005; VERAS, 2009).

No entanto, evidencia-se que apesar da velhice ser uma fase em que o idoso conclui que alcançou muitos dos objetivos desejados, também é uma fase em que várias perdas são sofridas, entre as quais se destaca a saúde como um dos fatores mais afetados, uma vez que, o envelhecimento é um período da vida com alta prevalência de doenças crônicas e limitações funcionais (CALDAS, 2003; MENDES, 2000 apud MENDES et al. 2005; PESTANA; ESPÍRITO SANTO, 2008; RAMOS, 2003).

Além disso, dados comprovam que a população idosa tem uma tendência a apresentar mais episódios de doença do que a população em geral, sendo, em sua maioria, crônicas (KALACHE et al., 1987 apud RAMOS; VERAS; KALACHE, 1987; MENDES et al., 2005).

Nesse mesmo contexto, Neri (2001, p.33-34) afirma que as doenças crônicas “exibem uma crescente probabilidade de ocorrência com o aumento da idade, em parte por causa de mecanismos genéticos, em parte em virtude de fatores ambientais, estilo de vida e personalidade”.

No entanto, apesar de muitos idosos apresentarem uma ou mais doenças crônicas, nem todos ficam limitados por elas, pois conseguem controlá-las (RAMOS et al., 1993 apud RAMOS, 2003).

Dessa forma, o conceito de bem-estar na velhice, ou de saúde seria então, o resultado da manutenção da autonomia, mesmo na presença de doenças crônicas, desde que estas estejam controladas (MOTTA; AGUIAR, 2007; RAMOS, 2003).

Esta perspectiva torna a conceituação de saúde como ausência de doenças inadequada para descrever o universo de saúde do idoso, pois a ausência de doenças é um privilégio de poucos e o bem-estar, na velhice, pode ser alcançado na presença ou não das enfermidades (RAMOS, 2003).

Além disso, cabe destacar que, para muitos idosos, os problemas de saúde irão constituir-se como doenças apenas quando promoverem uma descontinuidade na rotina com a qual haviam se acostumado (GONTARSKI, 2012).

Percebe-se, assim, que a questão não é o problema de saúde propriamente dito, pois este não incomodará os idosos desde que possuam habilidades para continuarem realizando as tarefas cotidianas e para manterem-se integrados socialmente (RAMOS, 2003).

A partir desses pressupostos, tornou-se fácil compreender a razão pela qual a capacidade funcional é considerada o atual paradigma na saúde, pelo fato da mesma ser uma variável que aumenta a probabilidade das pessoas permanecerem se relacionando e realizando as atividades até então executadas necessárias para o bem-estar pessoal e profissional (FILLENBAUM, 1984 apud RAMOS, 2003; KANE, R.A.; KANE, R.L., 1981 apud RAMOS, 2003; ROSA et al., 2003).

Percebe-se, assim, que o importante é a autonomia, ou seja, a capacidade de realizar o que se deseja. Assim, qualquer pessoa idosa, que seja capaz de cuidar da própria vida, será considerada saudável, mesmo se apresentar uma ou mais doenças crônicas (RAMOS, 2003).

Nesse sentido, um idoso com doenças crônicas, porém sem controle destas pode apresentar uma condição diferente da citada anteriormente, uma vez que, existem casos em que as doenças crônicas, agregadas ao envelhecimento, podem acarretar incapacidades físicas e/ou mentais entre os idosos, apresentando riscos a independência destes (MEDINA; RAMOS, 2003 apud RABELO; NERI, 2005; SAIRASSU; GOLDFEDER, 1998 apud RABELO; NERI, 2005).

E a verdade é que a cada ano, milhares de idosos são incorporados à população brasileira, no entanto, a maior parte apresenta doenças crônicas e limitações funcionais (VERAS, 2009). O que proporcionou uma mudança no perfil epidemiológico, de forma que em menos de 40 anos, o Brasil passou de um cenário com alta taxa de mortalidade, característico de uma população jovem para um quadro típico de países com um número elevado de pessoas idosas, caracterizado, por sua vez, pela presença de enfermidades crônicas e múltiplas que perduram por anos, além de provocarem incapacidades funcionais e exigirem cuidados permanentes e avaliações periódicas (VERAS, 2009).

No entanto, o envelhecimento não deve ser considerado como sinônimo de incapacidade funcional. O que acontece é que com o avançar da idade há uma maior prevalência de patologias que levam à incapacidade funcional (DIOGO, 1997).

Nesse mesmo sentido, Nunes (2012) afirma que quanto maior a longevidade, maior a probabilidade de a pessoa tornar-se vulnerável a doenças que podem levá-la a apresentar incapacidade e, possivelmente, dependência em várias dimensões da vida.

A incapacidade funcional, por sua vez, seria decorrente de uma anomalia orgânica e impossibilitaria o indivíduo física e emocionalmente de realizar as atividades essenciais à vida de forma independente e com autonomia (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE 1980 apud ALVES; LEITE; MACHADO, 2008).

Nesse mesmo sentido, Amiralian e outros (2000) afirmam que a incapacidade funcional diz respeito a uma limitação, ocasionada por uma deficiência psicológica,

física, social, entre outras, que leva a impossibilidade para desempenhar tarefas esperadas e consideradas normais para uma determinada pessoa.

Cabe destacar, no entanto, que essa condição não afeta todos os níveis de funcionamento dos idosos. Ou seja, a incapacidade em um domínio, não significa que a pessoa é incapacitada em todos os outros. Assim, a incapacidade para atividades instrumentais da vida diária, como as decorrentes de problemas na locomoção, não significa necessariamente um comprometimento a nível cognitivo, por exemplo (NERI, 2001).

Como já foi dito, os idosos são capazes de utilizar recursos de enfrentamento para o declínio da funcionalidade, utilizando apoio tecnológico, social, psicológico ou através do controle que exercem sobre terceiros para minimizar as perdas (NERI, 2001).

Porém, deve-se sinalizar que os déficits na capacidade funcional acabam levando a dependência funcional sobre a qual se explanará de forma mais detalhada no tópico seguinte (NERI, 2001).

2.3 DEPENDÊNCIA

Sobretudo em países em desenvolvimento, o aumento da expectativa de vida veio acompanhado de alterações fisiológicas e patológicas que caminham, muitas vezes, para o processo de dependência (CALDAS, 2003; MOTTA; AGUIAR, 2007).

Esta, por sua vez, está presente do início da vida até o final da mesma. No entanto, durante a infância, a dependência cursa em direção ao desenvolvimento produtivo e competente. Ao contrário da dependência existente na velhice que se relaciona com o declínio das habilidades físicas e mentais (REIS; CEOLIM, 2007).

Mas antes de explanar mais sobre a dependência, torna-se necessária uma ressalva. Durante a revisão da literatura, percebeu-se que para alguns autores a dependência provocaria a incapacidade funcional, sendo aquela o sinônimo de uma desestabilização na estrutura ou nas funções fisiológicas, anatômicas ou psicológicas e a incapacidade, por sua vez, representaria a impossibilidade, provocada pela dependência, de executar as atividades sociais esperadas em cada fase da vida levando a pessoa a necessitar do auxílio de terceiros para a realização

de tarefas diárias (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1980 apud ALVES; LEITE; MACHADO, 2008; VERBRUGGE; JETTE, 1994 apud ALVES; LEITE; MACHADO, 2008). No entanto, esse pressuposto é oposto a concepção abordada no presente estudo que considera que a dependência é decorrente da incapacidade funcional como afirma a autora Neri (2001, 2005).

Tomados os devidos cuidados, dar-se-á continuidade a explicação sobre a dependência. E para melhor entender esse processo, Baltes (1995 apud MIGUEL; PINTO; MARCON, 2007) apresenta três classificações de dependência: estruturada, física e comportamental. Partindo-se do princípio de que, na sociedade brasileira, o valor de uma pessoa é determinado pelo o que ela consegue produzir, a dependência estruturada trata-se da impossibilidade de continuar a participar do processo produtivo. Dessa forma, a aposentadoria pode ser denominada como uma forma de dependência estruturada (BALTES, 1995 apud MIGUEL; PINTO; MARCON, 2007; TOWNSEND 1981 apud BALTES; SILVERBERG, 1995; WALKER, 1980 apud BALTES; SILVERBERG, 1995).

A dependência física está ligada a dificuldade, devido a um problema orgânico, de realizar atividades do dia a dia. No entanto, deve-se destacar que essa dependência não pressupõe necessariamente, a perda da autonomia, uma vez que, os sujeitos ainda são capazes de tomar decisões sem o auxílio de outra pessoa (BALTES, 1995 apud MIGUEL; PINTO; MARCON, 2007; TIER; FONTANA; SOARES, 2004).

E, por ultimo, a dependência comportamental, frequentemente propiciada pela física, leva o idoso a necessitar de auxílio formal e/ou do sistema de saúde para atividades básicas e complexas. Dessa forma, dependência comportamental torna-se a mais temida pelo idoso, pois o segrega dos demais e, muitas vezes, atribui o estereótipo social de incompetente (BALTES, 1995 apud MIGUEL; PINTO; MARCON, 2007; BALTES, 1996 apud RABELO; NERI, 2005).

Além dessa categorização, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) (2005 apud BATISTA et al., 2008) estabeleceu uma classificação da dependência em graus utilizada como determinante para alguns requisitos de funcionamento e assistência à pessoas idosas institucionalizadas como, por exemplo, ao número de funcionários, a carga horária destes, entre outros.

Quadro 1 - Graus de dependência

Grau de Dependência do Idoso	Características
I	Idosos independentes, mesmo que requeiram o uso de equipamentos de auto-ajuda [sic].
II	Idosos com dependência em até três atividades de autocuidado para a vida diária tais como: alimentação, mobilidade, higiene; sem comprometimento cognitivo ou com alteração cognitiva controlada.
III	Idosos com dependência que requeiram assistência em todas as atividades de autocuidado para a vida diária e ou com comprometimento cognitivo.

Fonte: Brasil (2005).

Em relação ao fator de risco para a dependência no idoso, a própria idade avançada ainda continua sendo o maior. Além disso, existe a influência do gênero, uma vez que, segundo a literatura, os homens possuem maior risco de vida que as mulheres devido a maior tendência destas a buscarem periodicamente cuidados médicos, por possuírem uma rede de apoio social ampla, entre outros (CALDAS, 2003; PAPALIA; OLDS; FELDMAN, 2009). No entanto, existe a probabilidade dessa realidade estar sofrendo alterações, devido à entrada da mulher no mercado de trabalho e, conseqüentemente devido a sua exposição aos mesmos riscos que os homens (CALDAS, 2003).

Os outros fatores que influenciam o risco à dependência são, por sua vez, produtos da relação entre o indivíduo e o meio no qual está inserido, variando de acordo com a cultura e o período sócio histórico, como alimentação, estilo de vida, valores culturais, entre outros (CALDAS, 2003).

Sobre o termo “dependência”, este está relacionado ao conceito de “fragilidade” que é definido por Hazzard e outros (1994 apud CALDAS, 2003) como uma vulnerabilidade que o indivíduo apresenta aos desafios impostos pelo ambiente no qual está inserido e que, além disso, o leva a necessitar de auxílio para as atividades diárias (CALDAS, 2003).

A palavra fragilidade, por sua vez, segundo Fabrício e Rodrigues (2008), é um estado de vulnerabilidade relacionado a um declínio da capacidade de vários sistemas, especificamente o físico e o cognitivo.

Em relação à terminologia vulnerabilidade, esta se associa:

[...] aos idosos com susceptibilidade para desenvolver incapacidades, ou para indicar os idosos com condições individuais e sociais desfavoráveis e que possuem menos acesso a oportunidades de atingir níveis satisfatórios de bem-estar e saúde e independência (SALMAZO-SILVA; LIMA-SILVA, 2012, p.2).

Dessa forma, o conceito de vulnerabilidade diz respeito a condições que tornam os idosos suscetíveis a estados prejudiciais ao próprio bem estar. Nesse sentido, a incapacidade física ou psíquica é considerada um aspecto de vulnerabilidade que fragiliza o idoso, propiciando a dependência (BATISTA et al., 2008).

A partir desses pressupostos, esse trabalho então considerará as pessoas dependentes como aquelas que, pela redução ou falta das capacidades físicas e psíquicas, possuem a necessidade de serem assistidas e/ou ajudadas para a realização de tarefas do cotidiano (BATISTA et al., 2008).

Contribuindo com esse dado, Pavarini e Neri (2000, apud FREITAS; HAAG, 2009) alegam que a dependência caracteriza-se pela impossibilidade de viver sem ajuda de outras pessoas.

Ainda sobre esse processo, a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) da Anvisa, nº 283, de 26 de setembro de 2005, define *dependência do idoso* como “a condição do indivíduo que requer o auxílio de pessoas e equipamentos especiais para a realização de atividades da vida diária” (BRASIL, 2005).

Tais atividades dividem-se em duas categorias: básicas e instrumentais, sendo que, normalmente, as segundas são comprometidas primeiramente (GRATÃO, et al., 2013).

As atividades básicas referem-se a tarefas de autocuidado, como arrumar-se, vestir-se, comer, realizar higiene pessoal e locomover-se. E as instrumentais dizem respeito a tarefas que permitem o desenvolvimento social e pessoal, uma vez que, propiciam a participação do indivíduo na comunidade, e relacionam-se com atividades de ordem prática como fazer compras, pagar algumas contas, envolver-se em compromissos sociais, usar meio de transportes, comunicar-se, entre outros (BATISTA et al., 2008).

No entanto, “não existe um numerário público capaz de fazer frente à totalidade de necessidades que os enfermos portadores de dependência precisarão [...]” (MORAGAS, 1994 apud CALDAS, 2003, p.776), visto que, estima-se que no Brasil existam seis milhões de pessoas e famílias necessitando de auxílio, além de um

milhão e meio de idosos fragilizados de forma severa segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) de 2001 (apud KARSCH, 2003). Dentre os quais, 50% são pessoas com idades superiores a 65 anos, sendo que 10% precisam de apoio em atividades básicas e 40% precisam de ajuda em atividades instrumentais (KARSCH, 2003).

Corroborando com essa ideia, Pelegrin e outros(2008) afirmam que as condições socioeconômicas e culturais para assistência ao idoso não cresceram de modo semelhante à população, de forma a garantir o suporte necessário para a realização de um cuidado efetivo aos idosos.

Nesse mesmo sentido, Jardim, Medeiros e Brito (2006) afirmam que pelo fato do Brasil não ter se preparado para atender um contingente crescente de idosos com alta prevalência de doenças crônicas, o envelhecimento tornou-se um problema social, ao invés de uma conquista populacional.

Dessa forma, o fenômeno “envelhecimento com dependência” tornou-se um desafio para a política e para a saúde, visto que, no Brasil, existe uma realidade preocupante, pois a qualidade de vida não está acompanhando o aumento da expectativa de vida, o que tem propiciado uma correlação entre o processo de envelhecimento sem autonomia e a carência tanto de leis, como de serviços e ações que deem suporte para o alcance de uma longevidade saudável (CALDAS, 2003; MENDES et al., 2005).

No entanto, deve-se destacar que apesar de um grande número de pessoas dependentes serem idosos, a dependência não deve ser considerada como sinônimo de velhice (BATISTA et al., 2008). Além disso, “a dependência não é um estado permanente. É um processo dinâmico cuja evolução pode se modificar e até ser prevenida ou reduzida se houver ambiente e assistência adequados” (CALDAS, 2003, p.775).

Dessa forma, a melhoria no curso da dependência requer além dos cuidados na área da saúde, cuidados socioassistenciais destinados a manter as habilidades físicas e mentais indispensáveis para uma vida autônoma e independente (BATISTA et al., 2008).

2.4 POLÍTICAS DESTINADAS AOS IDOSOS E O NOVO MODELO DE SAÚDE

Segundo Ramos (2003, p.797), “o desafio maior no século XXI será cuidar de uma população de mais de 32 milhões de idosos, a maioria com nível sócio-econômico [sic] e educacional baixos e uma alta prevalência de doenças crônicas e incapacitantes”.

Essa realidade traz novas exigências para a sociedade brasileira que, por sua vez, vê-se na necessidade de criar políticas e leis na área social e na de saúde para atender as necessidades reais dos idosos visando o bem-estar destes(NUNES, 2012).

O marco do direito a assistência social para todos, inclusive para os idosos, foi Constituição Federal de 1988 que confere a assistência social a condição de política pública, retirando-lhe o caráter assistencialista e colocando-a no mesmo nível da saúde e da previdência social, compondo, assim, o tripé da seguridade social (BRASIL, 1988 apud NUNES, 2012; BRASIL, 2009).

Posteriormente, em 1993, houve a criação da Lei Orgânica da Saúde (LOAS), nº 8.742, que regulamentou a proposta da Constituição e estabeleceu leis, normas e critérios que permitissem a organização da Assistência Social (BRASIL, 2009).

No entanto, além de ser responsável pela organização das políticas públicas de assistência, a LOAS dispõe também sobre medidas específicas como, por exemplo, o direito, dos idosos, ao benefício de um salário mínimo frente à impossibilidade de prover sua subsistência e/ou de a própria família arcar com os custos de seus cuidados(PIRES; SILVA, 2001).

Além disso, reconhecendo-se as dificuldades que permeiam, especificamente, o envelhecimento, o ex-presidente da República, Itamar Franco sancionou a lei nº8842/94 que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso (PNI), pessoa com 60 anos ou mais, cujo objetivo é “assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade” (BRASIL,1996[a] apud PELEGRIN et al., 2008, p.183). Sendo essa lei regulamentada pelo decreto nº 1.948/96 criado pelo ex-presidente Fernando Henrique Cardoso (BRASIL,1996[b] apud PELEGRIN et al., 2008).

Em outras palavras, a PNI tem como principal objetivo garantir os direitos sociais dos idosos em várias áreas de forma a promover que o mesmo envelheça de forma autônoma, independente e estabelecendo relações com as pessoas do seu entorno (NUNES, 2012).

No Brasil, ocorreu também a criação da Política Nacional de Saúde do Idoso, promulgada através da Portaria Ministerial nº 1.395/99, que visa promover mudanças, especificamente, na atenção dada à saúde do idoso (NUNES, 2012).

De forma mais clara, essa política possui:

[...] como propósito basilar a promoção do envelhecimento saudável, a manutenção e a melhoria, ao máximo, da capacidade funcional dos idosos, a prevenção de doenças, a recuperação da saúde dos que adoecem e a reabilitação daqueles que venham a ter sua capacidade funcional restringida, de modo a garantir-lhes permanência no meio em que vivem, exercendo de forma independente suas funções na sociedade (BRASIL, 1999 apud NUNES, 2012, p.39).

Posteriormente, em 19 de outubro de 2006, houve a criação da Portaria nº 2528 que estabeleceu a Política Nacional de Saúde Pessoa Idosa. Esta possui como objetivo “recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios do Sistema Único de Saúde” (PELEGRIN et al., 2008, p.183).

Essa política propõe um novo modelo de atendimento à saúde da população idosa, deixando de se basear no conceito de envelhecimento bem-sucedido ou saudável e apropriando-se do conceito de envelhecimento ativo proposto pela Organização Mundial da Saúde (OMS) (1980 apud BATISTA et al., 2008).

O modelo anterior priorizava os atendimentos frente à ocorrência de patologias, além de ter um enfoque nas necessidades dos idosos, considerando-os passivos frente à realidade deles (BATISTA et al., 2008; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005). Ao contrário do primeiro modelo, o “envelhecimento ativo é o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas” (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005, p.13). Portanto, passou-se a focalizar nos direitos das pessoas de viverem de forma saudável em todas as fases da vida à medida que vão envelhecendo, além de incentivá-las a participarem da criação de

políticas e de outras áreas que se referem a suas próprias vidas em comunidade (BATISTA et al., 2008; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005).

Ainda mais recente, foi criado o Estatuto do Idoso, depois transformado na Lei nº. 10.741/03 (NUNES, 2012). Segundo Batista e outros (2008, p. 108), “o estatuto trata, em outras disposições dos direitos fundamentais dos idosos, das medidas de proteção e da política de atendimento ao idoso, assim como das condutas contras os idosos que constituem crime”.

Percebe-se, assim, a existência de algumas estratégias sociais direcionadas a população idosa. No entanto, o idoso ainda encontra dificuldade em ser amparado por elas devido à dificuldade na implementação das leis e diretrizes de assistência e da inexistência de políticas específicas para o idoso com dependência (BATISTA et al., 2008; MOTTA; AGUIAR, 2007).

Em relação à área da saúde, Veras (2009) afirma que de um lado os idosos apresentam inúmeros quadros de dependência e, conseqüentemente, necessitam usar mais os serviços de saúde, mas do outro lado, os modelos vigentes de atenção à saúde mostram-se ineficientes e necessitam de mudanças. Ou seja, o aumento da longevidade não está sendo acompanhado pela melhoria dos serviços de atendimento a população idosa, sobretudo em relação a idosos com dependência (COUTO; KOLLER; NOVO, 2006).

Dessa forma, diante dessa realidade, percebe-se a necessidade de redefinir e reestruturar o sistema de saúde, vislumbrando um cuidado mais adequado, focado na prevenção, no diagnóstico precoce e no tratamento efetivo e integral da patologia e da incapacidade que ela pode produzir (ALVES et al., [20--]).

Percebe-se assim, que as doenças crônicas, bem como as incapacidades geradas por elas podem e devem ser prevenidas, o que torna as ações preventivas indispensáveis para a melhora do quadro atual brasileiro (VERAS, 2009).

Os programas de prevenção, por sua vez, devem visar, prioritariamente, a ausência de doenças ou então, à descoberta precoce destas e a redução ou a eliminação das complicações provocadas por elas, no intuito de preservar a independência e a autonomia do idoso durante o máximo de tempo possível (MAZZA; LEFÈVRE, 2005).

Dessa forma, o principal objetivo desses programas deve ser o que Veras (2001 apud ALVES et al., [20--]) denomina de “*postergação preventiva*” buscando, como o nome sugere, postergar o máximo de tempo possível, as manifestações prejudiciais da doença para que o idoso mantenha-se com capacidade funcional (FRIES, 1980 apud ALVES et al., [20--]; FRIES; CRAPO, 1981 apud ALVES et al., [20--]).

Corroborando com essa ideia, Fabrício e Rodrigues (2008), Rabelo e Cardoso (2007) e Veras (2009) afirmam que as políticas direcionadas ao idoso devem ter uma preocupação central com a saúde e a manutenção da capacidade funcional necessária para a autossatisfação desse público, uma vez que, a incapacidade funcional traz inúmeras dificuldades para o idoso que se vê na necessidade de utilizar recursos pessoais e sociais para adaptar-se a nova situação na qual se encontra.

No entanto, apesar do discurso a favor das ações e serviços preventivos, muitas práticas ainda são curativas e reduzem o indivíduo a doença e aos aspectos biológicos sem considerar os outros determinantes envolvidos (CALDAS, 2003; FONTOURA; MAYER, 2006).

Essa realidade revela a necessidade de uma perspectiva mais abrangente da saúde que considere aspectos biológicos, emocionais, sociais e espirituais envolvidos no processo saúde-doença e que realize ações de prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde (BATISTA et al., 2008; FONTOURA, MAYER, 2006; VERAS, 2009).

Ou seja, torna-se necessária uma atenção integral à saúde do idoso. Mas, para alcançá-la, é preciso que os profissionais, de diversas áreas, trabalhem em conjunto, no intuito de integrar os seus conhecimentos e realizar uma intervenção global em prol do bem-estar do idoso (MOTTA; AGUIAR, 2007).

Outra mudança importante deve ocorrer no predomínio da realização de cuidados especializados em instituições, como hospitais, clínicas, entre outros, já que se deve promover a manutenção dos idosos sob os cuidados da comunidade para seu próprio bem estar físico e emocional (MAZZA; LEFÈVRE, 2005).

Uma alternativa possível, para a melhora do cuidado ao idoso com dependência, seria a presença de um profissional de saúde no núcleo familiar para treinar e supervisionar as ações direcionadas ao idoso, até que a família esteja segura para

realizá-las sozinha, vislumbrando-se, assim, que a família se torne o principal suporte social durante o envelhecimento (CALDAS, 2003).

Corroborando com essa ideia, Karsch (2003) afirma que os familiares de idosos incapacitados devem receber orientações e visitas periódicas de um profissional para obterem informações sobre como agir nas situações mais difíceis garantindo assim a realização de um cuidado adequado.

2.5 FAMÍLIA

A dependência, ou a perda da autonomia pressupõe a necessidade de um cuidador que pode ser definido como a pessoa que assume a incumbência de realizar as tarefas cujo dependente, sozinho, não consegue mais (KARSCH, 2003).

A prática do cuidador não é nova, pelo contrário, ela existe há muito tempo, sendo sinônimo de cuidados prestados, de forma singular, às pessoas que necessitam de uma atenção especial, como os idosos dependentes (WANDERLEY, 1998 apud MAZZA; LEFÈVRE, 2005).

Historicamente, a família tem sido a principal e, muitas vezes, a única fonte de cuidado informal e de apoio ao idoso dependente, constituindo-se como uma instituição de proteção e de mediação entre o idoso e o seu momento vital. Essa realidade pode estar relacionada à falência das políticas públicas que dificultam o acesso à assistência à população idosa (CALDAS, 2003; TIER; FONTANA; SOARES, 2004).

Estudos demonstram que a família se compromete a ser a cuidadora “por impulso, como processo natural, dever, obrigação, diferentes graus de ligação afetiva, troca de favores [...] e o temor do asilamento” (WANDERLEY, 1998 apud MAZZA; LEFÈVRE, 2005, p.70).

Nesse mesmo sentido, Mendes (1995 apud CALDAS, 2003) considera que alguém opta por ser responsável pelo cuidado de outra pessoa de forma consciente e, embora não haja uma escolha formal do cuidador, ela obedece a certas regras que envolvem fatores como parentesco, gênero, proximidade física e relação estabelecida entre o cuidador e o idoso.

Em relação ao parentesco, normalmente os filhos ou o conjugue realizam a tarefa do cuidar. No entanto, geralmente é o conjugue quem assume essa responsabilidade com maior frequência fazendo cumprir os votos matrimoniais de cuidar do outro até os últimos dias de vida (SILVEIRA; CALDAS; CARNEIRO, 2006).

No entanto, os filhos ainda continuam sendo a fonte de apoio mais esperada. A responsabilidade destes com os pais idosos pauta-se na reciprocidade, isto é, espera-se que os filhos retribuam o cuidado recebido na infância (TIER; FONTANA; SOARES, 2004).

Além disso, em geral, é a mulher quem assume a tarefa do cuidar, o que é visto como natural pela sociedade por atribuir a ela, o papel de mãe, ou seja, de cuidadora e protetora (CALDAS, 2003; SILVEIRA; CALDAS; CARNEIRO, 2006).

Cabe destacar que os familiares do idoso deveriam dividir a responsabilidade sobre o cuidado, mas isto raramente acontece, uma vez que, ela recai sobre apenas um dos membros da família, ocasionando uma enorme sobrecarga física, emocional e socioeconômica, pois a tarefa de cuidar agrega-se as outras atividades cotidianas (CALDAS, 2003; TIER; FONTANA; SOARES, 2004).

Outro aspecto a ser considerado refere-se ao fato da dependência de um idoso provocar tanto alterações na dinâmica e na economia familiar, como na saúde dos membros da família, visto que, exige uma inversão dos papéis até então desempenhados, pois o idoso passa a depender de um cuidador (CALDAS, 2003).

Além disso, ressalta-se que a dependência pode propiciar a co-residência, ou seja, pode levar o idoso a necessitar morar na mesma residência que outras gerações, como os filhos e/ou os netos. A co-residência pode resultar em apoio, proteção e aprendizagem mútua, beneficiando, assim, todos os envolvidos. No entanto, pode ser também fonte de conflito intergeracional em razão dos diferentes valores sociais e culturais de cada geração e devido à possibilidade de interferência dos avós na criação dos netos e, conseqüentemente, de confusão sobre quem detém a autoridade em relação a estes (CAMARANO; EL GHAOURI, [20--]; FALCÃO et al., 2006).

Todas essas situações fazem com que o cuidador passe a necessitar de apoio material, emocional e de informações para a realização de um cuidado adequado

(CALDAS, 2000 apud CALDAS, 2003; HARVIS; RABINS, 1989 apud CALDAS, 2003).

No entanto, percebe-se atualmente uma diminuição da responsabilidade da família no cuidado com idoso, sobretudo relacionada à figura feminina, uma vez que, o aumento da expectativa de vida coincidiu com outras mudanças, como a entrada da mulher no mercado de trabalho e a alteração nas estruturas familiares (BATISTA et al., 2008).

O assalariamento da mão de obra feminina, por sua vez, acabou retirando a mulher do contexto doméstico e, conseqüentemente, reduziu o seu papel de cuidadora dos membros familiares. Além disso, provocou a queda na taxa de natalidade, ocasionando a diminuição do número de filhos por família. Todos esses fatores levaram a uma redução das pessoas que poderiam exercer as tarefas de cuidado (BATISTA et al., 2008).

Conseqüentemente, hoje em dia, existem idosos que não possuem família ou que possuem, mas não recebem desta os cuidados que realmente necessitam (CALDAS, 2003). Nesse último caso, Caldas (2002 apud CALDAS, 2003) afirma que o cuidado caracterizado como inadequado ou ineficiente é proveniente de familiares ausentes, muitas vezes, despreparados física e emocionalmente para a tarefa de cuidar ou sobrecarregados por essa responsabilidade.

Nessa situação, embora as legislações, políticas públicas e a sociedade em geral priorizem que os idosos sejam cuidados pelas próprias famílias, deve-se procurar alternativas que permitam que o idoso seja cuidado de forma coerente com as suas necessidades (CALDAS, 2003).

O Decreto nº 1.948/96, artigo 3º e 4º (BRASIL, 1996), descreve duas opções de atendimento aos idosos: a modalidade não asilar que diz respeito aos locais, como centros de convivência, nos quais os idosos são atendidos durante o período diurno e, posteriormente, retornam para as suas residências. E a outra opção seria o asilo, atualmente denominado de instituição de longa permanência (ILP), que se refere a uma modalidade residencial com o intuito de satisfazer as necessidades básicas, como moradia, alimentação, entre outras, dos idosos que não possuem família que se responsabilize por eles e/ou nem condições de cuidar de si mesmos.

2.6 INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA

O envelhecimento era um processo que ocorria dentro do ambiente familiar, mas, atualmente, devido às transformações na sociedade e na dinâmica familiar, esse processo ocorre, muitas vezes, dentro de instituições de longa permanência (GONTARSKI, 2012).

Há, dessa forma, uma substituição do cuidado informal no qual idoso era cuidado por familiares, amigos ou vizinhos de forma gratuita e sem preparo técnico, pelo cuidado formal em que o mesmo passa a ser assistido por pessoas que recebem uma remuneração para realizarem ações de cuidado especializadas (TIER; FONTANA; SOARES, 2004).

Cabe destacar que nesse trabalho, a expressão, “*instituição de longa permanência*” designará uma residência na qual convivem pessoas com idades a partir de 60 anos, com carência econômica ou familiar e com necessidade de auxílio para a realização de atividades diárias, tornando-se primordial um cuidado prolongado (CAMARANO; KANSO, 2010).

Além disso, a ILP é classificada como um dos serviços de proteção especial de alta complexidade, uma vez que, atende idosos considerados em situações de risco seja devido à violação de direitos ou devido ao rompimento de vínculos familiares ou comunitários (BATISTA et al., 2008)

Para Chaimowicz e Greco (1999 apud NUNES, 2012, p.21), os principais fatores que levam a institucionalização nas capitais urbanas são: “morar sozinho, suporte social precário, aposentadoria com rendimento baixo, viuvez e aumento dos gastos com a saúde, cada vez maiores no Brasil”.

Telles Filho e Petrilli Filho (1999 apud NUNES, 2012) também realizaram estudos para identificar os motivos de inserção dos idosos em instituições de longa permanência. Esses autores descobriram que aliado às dificuldades econômicas e a ausência do apoio familiar, os fatores que levam a institucionalização são: “condições precárias de saúde, idade avançada, debilidade física, alterações no comportamento (doenças, alterações cognitivas), dificuldades para exercer atividades laborais do dia a dia” (TELLES FILHO; PETRILLI FILHO, 1999 apud NUNES, 2012, p.22).

Nesse mesmo sentido, Caldas (2003) afirma que, nos dias de hoje, o maior indicador para a institucionalização dos idosos é a existência de doenças crônicas e a ineficiência ou a falta de cuidado familiar.

Contribuindo com essa ideia, Reis e Ceolim (2007) pontuam que, no Brasil, a escassez de ações, que previnam agravos nas pessoas idosas e que as mantenham em suas famílias e comunidades, tem propiciado a institucionalização.

Percebe-se assim, que nem a família, nem a sociedade política está preparada para enfrentar os problemas decorrentes do envelhecimento. O que, por sua vez, resulta em um aumento da demanda pelo serviço de institucionalização (CAMARANO; KANSO, 2010; CREUTZBERG et al., 2007).

Porém, vislumbrando garantir a população idosa serviços padronizados e de qualidade, o Estatuto do Idoso e a Anvisa através da aprovação, em 2005, da RDC nº 283, determinaram a forma como a instituição deve funcionar para que ela seja autorizada a abrigar idosos (BATISTA et al., 2008; BRASIL, 2003 apud NUNES, 2012).

No entanto, ainda existem controvérsias em relação a esse assunto, já que, a sociedade em geral não tem um consenso sobre esse recurso assistencial (PESTANA; ESPÍRITO SANTO, 2008; REIS; CEOLIM, 2007).

De um lado, alguns consideram a instituição de longa permanência como um local propício para o cuidado de pessoas com idades avançadas, frágeis e dependentes, e do outro, há quem a perceba como uma forma de abandono (PESTANA; ESPÍRITO SANTO, 2008; REIS; CEOLIM, 2007).

Dessa forma, alguns autores sustentam a ideia de que a instituição desempenha funções de proteção e suporte as necessidades básicas de idosos que se encontram fisicamente fragilizados ou que tenham sido rejeitados pela família ou, até mesmo, que não possuam nenhuma pessoa próxima que possa assumir a responsabilidade por seu cuidado (CORTELLI; CASARA; HÉRIDA, 2004 apud NUNES, 2012)

Além disso, algumas pessoas consideram que a institucionalização pode ser favorecedora da formação de laços afetivos entre os institucionalizados propiciando suporte no enfrentamento das perdas, uma vez que, estas são preocupações compartilhadas pela maioria dos idosos que convivem na instituição (SILVA et al., 2007).

Porém, outros autores acreditam que apesar da instituição ser uma antiga fonte de cuidados, pode, nem sempre, estimular o desenvolvimento, o que tende a tornar o idoso, cada vez mais, dependente e isolado socialmente (PESTANA, ESPÍRITO SANTO, 2008; REIS; CEOLIM, 2007).

A maior parte da sociedade, por sua vez, percebe a ILP como um espaço em que o idoso encontra-se solitário devido à dificuldade em estabelecer relacionamentos positivos com as outras pessoas que se encontram na mesma situação e/ou com os profissionais existentes na instituição (GONTARSKI, 2012).

Na realidade, o que se percebe é que, apesar de o Estatuto do Idoso ter estabelecido que essas instituições prestassem cuidados a saúde e proporcionassem diversas atividades como educacionais, esportivas, culturais e de lazer, isto nem sempre é verificado em muitas instituições de longa permanência (NUNES, 2012).

Dessa forma, em algumas instituições, os idosos ficam ociosos, passando muito tempo em completa inatividade, não realizando, assim, atividades que sejam produtivas para o seu desenvolvimento (NUNES, 2012).

Outro ponto negativo refere-se à internação compulsória, em que os idosos são institucionalizados contra a sua própria vontade, tornando-se 'prisoneiros' na instituição, sendo obrigados a realizarem atividades, como tomar medicamentos e se alimentarem horários determinados; a relacionarem-se com pessoas com as quais não possuem vínculo e a participarem de atividade que não lhes agradam. Em outras palavras, os idosos, em algumas instituições, têm sua vida pessoal violada e não apresentam a possibilidade de resguardar a própria privacidade (SILVA et al., 2007; TIER; FONTANA; SOARES, 2004).

Além do mais, muitos familiares, ao institucionalizarem seus idosos, não retornam para realizar visitas e nem para supervisionar os serviços prestados que, na teoria, deveriam ser em benefício do idoso, delegando, assim, o cuidado a profissionais, muitas vezes, sem preparação teórica e técnica para a função (TIER; FONTANA; SOARES, 2004).

Nesse mesmo sentido, Silva e outros (2007) afirmam que a institucionalização, muitas vezes, promove um distanciamento progressivo entre os idosos e suas famílias, podendo chegar ao abandono total. Como consequência, os idosos

institucionalizados rompem as relações com a realidade na qual viviam e submetem-se as regras e rotinas da instituição, o que contribui para a perda gradativa da autonomia individual e, conseqüentemente, para uma visão desfavorável, da sociedade, em relação a esse processo.

Nessa visão mais negativa, a instituição assume a denominação de “*total*” devido o seu caráter de “fechamento”, uma vez que, cria-se uma barreira que separa o idoso da realidade social e retira-se a individualidade do mesmo, pois promove a substituição de regras particulares pelas as da instituição (GOFFMAN, 1996 apud TOMASINI; ALVES, 2007).

Dessa forma, a institucionalização tornou-se um fator de preocupação para os órgãos sociais, que buscam assegurar os direitos da pessoa idosa, exigindo, assim, que o Estado assuma o seu papel de fiscalizador para que as instituições se enquadrem nas normas estabelecidas para o seu funcionamento adequado, podendo, assim, prestar um cuidado com dignidade e efetividade ao idoso (NUNES, 2012; TIER; FONTANA; SOARES, 2004). Como afirma Nunes (2012, p.21), “trata-se de uma mudança profunda, que requer ajuda governamental em termos de recursos humanos qualificados e técnicos especializados, além de uma estrutura física mínima exigida, adequada para o idoso”.

No entanto, apesar de na instituição de longa permanência serem prestados cuidados a saúde do idoso, ela não é considerada um estabelecimento de assistência à saúde, dessa forma, a fiscalização desses locais, muitas vezes, é falha, principalmente em relação às pessoas que prestam cuidados aos idosos institucionalizados, permitindo, assim, que instituições mesmo em condições impróprias de funcionamento, permaneçam abertas (YAMAMOTO; DIOGO, 2002).

2.7 REPRESENTAÇÕES SOCIAIS E ESTEREÓTIPOS SOBRE A VELHICE

Segundo Silva (2009, p. 15), “a velhice é o estado do indivíduo com idade avançada que sofreu o resultado do processo de envelhecer”.

As alterações que ocorrem durante essa fase produzem inúmeras ideias preconcebidas sobre o declínio funcional e as modificações biopsicossociais vivenciadas nesse período, o que tende, por sua vez, a influenciar as ações e

serviços de cuidado direcionados aos idosos no âmbito familiar e institucional (SILVA et al., 2012).

Dessa forma, Veloz, Nascimento-Schulze e Camargo (1999) acreditam que é importante a análise das representações sociais justamente por permitir a identificação dos modos de pensar e de agir, compartilhado por um grupo de pessoas, em relação a um evento. Segundo esses mesmos autores, as representações são produzidas nas interações grupais com o objetivo de transformar algo pouco conhecido em algo familiar e universal através do que se sabe sobre o mesmo.

No caso da velhice, percebe-se que, para muitos, esta é concebida como uma conquista da população mundial, uma vez que, envelhecer não é mais um privilégio de poucos. No entanto, alguns setores da sociedade ainda desvalorizam essa etapa do ciclo vital, justamente por priorizarem a produtividade, ideal este que nem sempre acompanham os idosos devido às perdas e declínios que costumam ocorrer ao longo do envelhecimento (VELOZ; NASCIMENTO-SCHULZE; CAMARGO, 1999).

Nota-se, dessa forma, a existência de uma ideia ambígua sobre a velhice. Algumas pessoas a consideram como um tempo de decadência e de restrição, na qual ocorrem perdas dos papéis sociais, mas por outro lado, há quem a considere como um período de liberdade, de desfrute de novas experiências e de novas formas de sociabilidade (GONTARSKI, 2012).

A mídia, por exemplo, transmite, em alguns momentos, a ideia de que o idoso é uma pessoa excluída socialmente, dependente, um peso para os cuidadores, mas em outros, considera o idoso com uma pessoa ativa, com tempo e dinheiro para buscar o que lhe traga autossatisfação (SENTA, 2012).

Percebe-se assim, que a velhice pode assumir diversas características, uma vez que, é uma construção social e subjetiva que varia, respectivamente, de acordo com a cultura e com a vivência particular do sujeito (GONTARSKI, 2012).

No entanto, segundo Minayo e Coimbra Jr. (2002, apud JARDIM; MEDERIOS; BRITO, 2006) a falta de conhecimento sobre a realidade dos idosos faz com que as pessoas, na maioria das vezes, atribuam estereótipos pejorativos ao envelhecimento e a velhice.

Nesse mesmo contexto, Silva e outros (2012), Reis e Ceolim (2007) alegam que na sociedade brasileira, o envelhecer está ligado, normalmente, a uma visão depreciativa o que, por sua vez, propicia o aparecimento de estereótipos negativos frente a essa etapa do desenvolvimento, proporcionando, muitas vezes, práticas de cuidado familiar e institucional inadequadas.

Neri (2006 apud SILVA et al., 2012) define estereótipos como pressupostos que ajudam o indivíduo a compreender e a agir frente ao mundo. No entanto, podem levar as pessoas a generalizações errôneas, como considerar todos os idosos como antiquados e dependentes como se houvesse um jeito exclusivo de ser idoso (CRUZ; FERREIRA, 2011).

Há autores que consideram que uma das origens desses estereótipos está no modelo biomédico que prioriza os aspectos biológicos afetados e o declínio da funcionalidade em detrimento de outros fatores, propiciando uma associação, quase que inevitável entre a velhice e a doença (CRUZ; FERREIRA, 2011; SILVA et al., 2012).

Corroborando com esse pressuposto, pesquisas realizadas no Brasil demonstram que no imaginário social ainda sobressai à ideia de perdas, incapacidades e doenças associadas ao processo de envelhecimento (VELOZ; NASCIMENTO-SCHULZE; CAMARGO, 1999).

Além disso, esses estereótipos negativos refletem a supervalorização da juventude e da beleza pela sociedade ocidental, na qual o envelhecimento é retratado como algo que deve ser postergado o máximo possível (SENTA, 2012; SILVA et al., 2012).

Em síntese, esses estereótipos acabam produzindo uma representação social da velhice ligada à decadência e a dependência, influenciando, assim, a imagem da sociedade sobre esse período e a dos próprios idosos sobre si mesmos. Tal associação torna-se prejudicial ao se naturalizar e, conseqüentemente, impedir que as pessoas reconheçam as potencialidades presentes nessa etapa da vida e procurem soluções para as adversidades existentes (MARTINS; RODRIGUES, 2004 apud SILVA et al., 2012).

Dessa forma, pode-se considerar que a maneira como as pessoas, sejam os familiares ou profissionais, veem os idosos influencia a forma de cuidados direcionados a essa população (REIS; CEOLIM, 2007). Tornando-se perceptível,

assim, a existência de uma correlação entre as concepções sobre a velhice as práticas em relação ao idoso.

Portanto, a presente pesquisa torna-se de extrema relevância, pois possibilitou a descrição e análise da associação entre o processo de envelhecimento e a dependência funcional na percepção dos idosos, além de ter possibilitado descrever e analisar a percepção de idosos institucionalizados sobre o processo de envelhecimento e sobre a dependência e verificar como estes idosos enfrentam a dependência funcional no dia a dia, permitindo, assim, que o público em geral tenha uma melhor compreensão desses processos, vislumbrando-se, com isso, a realização de práticas de cuidado mais afetivas, tanto por parte dos familiares como dos profissionais, com a população idosa.

3 METODOLOGIA

A pesquisa teve um delineamento descritivo, a qual tem “[...] como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno” (GIL, 2009, p. 28). Além disso, o estudo foi de natureza predominantemente qualitativa, a qual se preocupa:

[...] com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo dos significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (MINAYO et al., 1994, p.21-22).

3.1 PARTICIPANTES

Os entrevistados foram doze idosos em situação de dependência, sendo três homens e nove mulheres, com idade média de 82 anos (AV: 75-94 anos), que residiam na Sociedade de Assistência à Velhice Desamparada de Vitória, mais conhecida como Asilo dos Velhos de Vitória, durante o período de duas semanas a 15 anos. Esses idosos se enquadravam na classificação de dependência Grau I (50%) e II (50%), estabelecida pela Anvisa (BRASIL, 2005) e se encontravam com as funções cognitivas preservadas para consentir participar da pesquisa, bem como para responder as perguntas realizadas durante o horário disponibilizado pela instituição. Estes idosos foram escolhidos aleatoriamente e participaram da pesquisa de forma voluntária, mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A). Dessa forma, a amostra foi por conveniência ou acessibilidade que se caracteriza pela escolha de elementos para a pesquisa, aos quais o pesquisador tenha acesso e que possam representar o universo pesquisado (GIL, 2009).

3.2 CAMPO DE ESTUDO

Esta pesquisa que se insere no campo do Desenvolvimento Humano, aconteceu na instituição de longa permanência, Sociedade de Assistência à Velhice Desamparada de Vitória, após autorização escrita do responsável pela instituição (Apêndice

B).Dentro da instituição, os idosos foram escolhidos a partir de sua disponibilidade e do critério estabelecido para a participação na pesquisa.

3.2.1 Caracterização do campo de estudo

Há setenta e três anos, em 03 de junho de 1940, foi criada, pelo Major JoãoPunaroBley, a Sociedade de Assistência à Velhice Desamparada, uma entidade civil, beneficente, sem fins lucrativos e revestida de personalidade jurídica de direito privado. Hoje, essa sociedade é classificada como Instituição de Longa Permanência responsável pelo acolhimento de idosos carentes, com idade igual ou superior a 60 anos, de ambos os sexos, sendo 29 homens e 49 mulheres, com o intuito de proporcionar uma melhor qualidade de vida nos atendimentos relacionados à assistência social, espiritual e de saúde, conforme os preceitos legais, especialmente quanto ao Estatuto do Idoso (Lei 10.741/2003) e demais legislações pertinentes (SOCIEDADE DE ASSISTÊNCIA À VELHICE DESAMPARADA, 2013).

Essa instituição possui capacidade para atender 92 idosos, mas ainda não alcançou esse número de idosos residentes. Em relação ao quadro de funcionários, a entidade conta com o auxílio de 61 funcionários, entre eles: 02 cozinheiras, 17 auxiliares de serviços gerais, 01 auxiliar de cozinha, 01 estoquista, 01 lavadeira, 02 motoristas, 03 porteiros, 01 assistente administrativo, 01 enfermeira, 16 cuidadores de idosos, 08 técnicos de enfermagem, 01 nutricionista, 01 servente, 01 assistente social, entre outros (SOCIEDADE DE ASSISTÊNCIA À VELHICE DESAMPARADA, 2013).

De acordo com dados da própria instituição, vários foram os motivos que levaram os idosos à institucionalização, principalmente, a falta de tempo dos familiares, a incapacidade de cuidar do idoso devido à inserção no mercado de trabalho, ausência de recursos financeiros, falta de estrutura familiar que respeite o idoso, abandono pela família, pobreza, viuvez, solteirice, opção do próprio idoso, ausência de programas de orientação e apoio socioeconômico para o cuidado aos idosos em suas residências, casos encaminhados por órgãos públicos competentes, como o Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) (SOCIEDADE DE ASSISTÊNCIA À VELHICE DESAMPARADA, 2013).

Dentre os idosos institucionalizados, 44 estão dentro da classificação de dependência grau I, 23 da classificação de dependência grau II e 11 da classificação de dependência grau III (SOCIEDADE DE ASSISTÊNCIA À VELHICE DESAMPARADA, 2013).

Em relação às visitas, 19,14% dos idosos que residem nessa instituição recebem visitas semanalmente; 9,54% recebem de forma quinzenal; 27,65% recebem visita mensalmente; 25,53 recebem de vez em quando e 18,08% não recebem visitas. Cabe destacar que os idosos lúcidos podem sair da instituição, sozinhos, mediante assinatura de um termo no qual assumem a responsabilidade pela saída, no entanto, os idosos cognitivamente debilitados apenas saem mediante a companhia de familiares ou de pessoas próximas (SOCIEDADE DE ASSISTÊNCIA À VELHICE DESAMPARADA, 2013).

3.3 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Utilizou-se uma entrevista semiestruturada (Apêndice C) que contemplou dados sociodemográficos como nome, idade, gênero, estado civil e escolaridade, além de dados sobre o envelhecimento, como por exemplo, o que é ser idoso, como foi envelhecer e dados sobre a dependência, como o seu significado e os recursos de enfrentamento utilizados frente a esse processo. Este tipo de entrevista baseia-se em um roteiro norteador, que orienta o diálogo entre o pesquisador e o pesquisado. Fundamenta-se em perguntas ou tópicos, mas estes não necessitam estar em uma ordem lógica, sendo, assim, flexível, permitindo que outros tópicos sejam abordados durante a entrevista (SILVA; DESSEN, M.C.; DESSEN, M. A; 2009).

3.4 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

Para atingir os objetivos propostos, foi realizado contato por telefone com a responsável pela Sociedade de Assistência à Velhice Desamparada de Vitória e após a autorização da mesma mediante a assinatura do termo de anuência (Apêndice B), os idosos classificados como dependentes grau I e II foram selecionados e a partir disto, foi realizada, de forma individual e voluntária, uma

entrevista semiestruturada (Apêndice C) no horário disponibilizado pela instituição no período de três dias.

3.5 ASPÉCTOS ÉTICOS

Esta pesquisa não trouxe ônus para os entrevistados que só participaram da mesma, mediante a assinatura do Termo de Consentimento livre e Esclarecido (Apêndice A). Além disso, todo o material da pesquisa foi analisado e divulgado pela pesquisadora sem a possibilidade de identificação dos participantes através do uso de nomes fictícios.

3.6. ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

Após a realização das gravações das entrevistas, o estudo passou por quatro etapas fundamentais, que foram: seleção e exploração do material, com a devida transcrição das entrevistas; codificação para a identificação dos trechos mais relevantes das entrevistas; agrupamentos dos temas em sistema de categorias e análise dos dados segundo a Psicologia do Desenvolvimento Humano, visto que essa abordagem se dedica a investigar as alterações psicológicas e comportamentais que acompanham o gradual declínio da funcionalidade nos vários domínios do ciclo vital (NERI, 1995 apud ARAUJO; CARVALHO, 2005). Além disso, nessa pesquisa, aplicou-se a técnica de análise de conteúdo, que segundo Bardin (2011, p.49), possui como objeto de estudo “a fala, isto é, o aspecto individual e atual (em ato) da linguagem”. A análise de conteúdo leva em consideração as significações (conteúdo), buscando, assim, conhecer aquilo que está por de trás das palavras sobre as quais destina a sua análise.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Conforme mencionado anteriormente, essa investigação possui como objetivo primordial, descrever e analisar a associação entre o processo de envelhecimento e a dependência funcional na percepção dos idosos a partir da compreensão do significado atribuído, por eles mesmos, a esses processos. Mais especificamente, buscou-se descrever e analisar a percepção de idosos institucionalizados sobre o processo de envelhecimento e sobre a dependência, além de verificar seus modos de enfrentamento da dependência funcional.

Para alcançar este objetivo, foram entrevistados doze idosos em situação de dependência, de acordo com a classificação estabelecida pela Anvisa (BRASIL, 2005), de ambos os sexos, que residiam na Sociedade de Assistência à Velhice Desamparada de Vitória, mais conhecida como Asilo dos Velhos de Vitória.

4.1 ANÁLISE DESCRITIVA DA CARACTERIZAÇÃO GERAL DOS PARTICIPANTES

Em relação à situação de dependência, observou-se que metade dos idosos se enquadrava na classificação estabelecida pela Anvisa como dependência Grau I e a outra metade na dependência Grau II, sendo inexistente, entre os entrevistados, idosos que se enquadravam na classificação de dependência grau III, devido a presença de alteração cognitiva e, logo, à possível dificuldade de responder as questões da entrevista.

Quanto à variável sexo, 75% (n=9) dos idosos entrevistados eram do sexo feminino, indicando maior prevalência de mulheres com redução da capacidade funcional em comparação aos homens residentes na Sociedade de Assistência à Velhice Desamparada de Vitória. Para tal diferença, existem algumas hipóteses como, a maior longevidade feminina, a maior presença de doenças não fatais em mulheres e a capacidade destas de relatarem mais sobre o seu estado de saúde na procura de auxílio (MURTAGH; HUBET, 2004 apud ALVES; LEITE; MACHADO, 2010).

Na sua totalidade, os entrevistados eram viúvos (58,3%) ou solteiros (41,6%), sendo inexistente a situação de casados. Deve-se ressaltar que dentre os idosos viúvos todos eram do sexo feminino. Segundo Stumm e outros (2009), isto acontece

em razão das mulheres se casarem mais novas do que os homens, além de viverem mais tempo do que estes e, normalmente, não optarem pelo recasamento.

Além disso, os idosos possuíam 01 filho (41,6%) ou nenhum (58,3%).

Em relação à escolaridade, a maior parte dos idosos (75%) não concluiu o ensino fundamental e constatou-se a presença de três idosos analfabetas funcionais. Essa baixa escolarização da amostra, pode fazer referência ao que Pires e Silva (2001) apontam como a não valorização do estudo e o difícil acesso tanto para homens como para mulheres, pois, antigamente, o mesmo era privilégio apenas de algumas pessoas, principalmente no caso das zonas rurais. Além disso, os homens precisavam assumir, cedo, o sustento de suas famílias e as mulheres, por sua vez, possuíam ainda menores chances de frequentar a escola, já que logo se tornavam responsáveis pelo trabalho na lavoura e/ou no lar.

Quanto ao tempo de institucionalização, este variou de duas semanas a 15 anos. E os principais motivos desse processo foram: a) problemas de saúde que necessitam de tratamento constante; b) viuvez; c) dificuldade de continuar morando sozinho (a), devido os problemas de saúde e recusa em morar na casa de outras pessoas; d) busca por apoio social; e, e) ausência de familiares que se responsabilizem pelo cuidado.

“Eu vim para cá, devido ao problema no pé que me fez não aguentar fazer mais nada” (SRA. CLOTILDE, 75 ANOS⁴).

“Eu estava sozinha em casa, então pensei que eu poderia vir para aqui, porque tem outras idosas, aí a gente senta na varanda e conta as histórias da vida” (SRA. ROSA, 89 ANOS).

“Quando eu adoeci, eu passei a não aguentar mais a trabalhar, então meu irmão e a dona da casa onde eu morava, acharam melhor eu vir para uma casa de repouso para fazer tratamento” (SRA. HELOISA, 78 ANOS).

“Eu vim para cá, porque eu não tenho família. Eu morava sozinho, mas meu sobrinho disse que era perigoso, porque, uma hora, eu poderia cair, me queimar e não teria ninguém para me ajudar. Então eu escutei o conselho dele” (SR. GETÚLIO, 94 anos).

⁴ Nesse trabalho foram utilizados nomes fictícios para impedir a identificação dos entrevistados.

“Eu vim para cá, porque fiquei sozinha quando fiquei viúva” (SRA. HEBE, 78 ANOS).

“Casa de parente e de estranho é difícil você ficar, a gente nunca é feliz, porque a gente só é feliz ao estar num lugar que a gente gosta, que se sintam bem. Eu sempre me dei bem com os meus parentes, mas para morar negativo. Então quando fiquei viúva, eu vim para cá ” (SRA. ALINE, 82 ANOS).

Em relação aos motivos de institucionalização, deve-se ressaltar a preferência dos idosos, que não podem mais morar sozinhos, em ir para uma instituição de longa permanência do que para a casa de algum familiar. Uma das causas dessa escolha é denominada por alguns autores como “*conflito intergeracional*” que se refere ao fato de que com o aumento da expectativa de vida as pessoas foram levadas a conviverem em uma mesma residência, com outras de gerações diferentes, o que acaba, muitas vezes, propiciando um conflito de valores e crenças (LIMA; MURAI, 2005).

Eu preferi vir para cá a morar com a minha filha, porque eu fui criada de um jeito e criei minha filha desse mesmo jeito, mas hoje em dia, desculpa você que é nova, mas as mães não têm mais voz ativa com os filhos. Ela foi criada por mim, mas não soube criar os filhos dela. Já tem uma filha de quatorze anos que apareceu com barriga, as crianças dela estão cheias de vontade (SRA. ROSA, 89 ANOS).

4.2 ANÁLISE DESCRITIVA DA PERCEPÇÃO DOS IDOSOS EM RELAÇÃO A SUA FASE DE DESENVOLVIMENTO

Em relação à concepção sobre o que é ser idoso, os entrevistados (41, 6%) demonstraram utilizar a idade cronológica como definidora dessa condição, como demonstra a fala da Sra. Heloisa (78 ANOS):

Ser idoso é quando a gente passa da idade. A gente nasce e vai indo, quando chega aos dez anos é pré-adolescente, com quinze anos já é adolescente e com vinte anos já é considerado adulto e a partir dos cinquenta anos já seria idoso.

Deve-se sinalizar que sociedade ocidental apenas reconhece os idosos como sujeitos de direitos através da classificação cronológica e percebeu-se que estatambém é utilizada pelos próprios idosos, sendo que nos países em desenvolvimento, como no Brasil, os idosos são todos aqueles que possuem idade igual ou superior a 60 anos (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 1982 apud SANTOS, 2010; SILVA, 2009).

Dessa forma, notou-se a importância de considerar o envelhecimento como um processo que precisa ser socialmente contextualizado, pois a concepção dessa fase pelas pessoas, e até pelos próprios idosos, será influenciada pela forma como cada sociedade percebe seus anciões (RODIGUES; SOARES, 2006).

Além disso, percebeu-se que uma das entrevistadas acreditava que ser idoso é resultado de um processo natural e inevitável que ocorre com o passar dos anos.

“Ser idoso é de nascença. A gente nasce e vai ficando idosa. É algo dado por Deus. [...] o envelhecimento é comum, todo mundo passa por isso”(SRA. CLOTILDE, 75 ANOS).

Corroborando com essa concepção, Erminda (1999 apud AIRES; PAZ; PEROSA, 2006) sugere que tornar-se idoso ou envelhecer é um processo que envolve declínio biológico e funcional, não necessariamente, causado por doenças, mas que é universal e irreversível com o passar dos anos.

Dessa forma, pode-se considerar o envelhecimento como um evento normativo graduado por idade, porque acomete todos os indivíduos de uma faixa etária semelhante (NERI, 2001; PALACIOS, 2004).

Nesse mesmo contexto, Frumi e Celich (2006) afirmam que quando o idoso aceita o envelhecimento como um evento natural que refletirá em todos os seres humanos, melhor consciência ele possuirá do que está vivenciando.

Cabe destacar que, uma das idosas, sinalizou que ser idoso é ser desvalorizado.

“Ser idoso é a pior doença, porque idoso é igual um sapato que você usa, enjoe dele e depois joga no lixo” (SRA. ROSA, 89 ANOS).

Freitas, Queiroz e Sousa (2010) atribuem essa concepção à sociedade atual que valoriza a juventude e a produtividade. Dessa forma, mesmo as pessoas possuindo conhecimento de que o envelhecimento é um evento natural que repercute sobre todos os seres humanos e no qual pode haver perdas referentes à autonomia e a independência (idade funcional), atribui-se uma visão negativa e pejorativa a essa fase da vida que, muitas vezes, é apropriada pelos próprios idosos, como nesse caso.

Nesse mesmo sentido, Minayo e Coimbra Junior (2002 apud JARDIM; MEDEIROS; BRITO, 2006) afirmam que essa visão negativa, que os idosos possuem de si

mesmos, tem sido mantida pela ideologia produtivista da sociedade capitalista que acredita e difunde a ideia de que uma pessoa incapaz de continuar a trabalhar e de ter renda própria torna-se inútil frente a comunidade.

Destaca-se também a fala de uma idosa, que atribuiu que ser idoso está mais associado a um estado de espírito do que a qualquer outro marcador. Neri (2001) dá a essa concepção o nome de idade psicológica que diz respeito a uma avaliação subjetiva da condição pessoal.

“Velho é quando a gente põe na cabeça, você é nova, mas se por na cabeça que é velho, você vai ter todas aquelas manias de velho”(SRA. ALINE, 82 ANOS).

Além disso, deve-se sinalizar que quase todos os participantes (91,6%) afirmaram se perceberem como idosos, no entanto houve uma idosa que ressaltou que ser idoso é estar próximo da finitude da vida, sendo a única entrevistada a não se considerar idosa.

“Ser idoso é estar perto da morte” (SRA. HEBE, 78 ANOS).

Mas também se deve ressaltar que mesmo apresentando uma tentativa de negar a proximidade com o fim da vida, ela foi à única participante a se remeter a morte.

Segundo Frumi e Celich (2006), o ser humano sabe, desde o início da vida, que está sujeito à morte. E frente a essa realidade, existem formas de enfrentamento que variam de acordo com cada pessoa. No caso, dessa idosa, assim como dos outros idosos, percebe-se que, talvez por um mecanismo de autodefesa, procura-se não pensar sobre a finitude, numa tentativa de não vivenciar a perspectiva de morte.

Além desses conceitos atribuídos ao que é ser idoso, observou-se uma clara associação entre à “entrada” na velhice e a perda da força de trabalho, assim como a perda da independência e o início dos problemas de saúde mais severos.

“Quando você é nova, é outra coisa. Porque quando eu era nova, eu trabalhava, eu fazia de tudo e, hoje, eu não faço mais nada” (SRA. ANASTÁCIA, 78 ANOS).

A gente vai percebendo que envelheceu quando vão aparecendo certos tipos de enxaqueca, dificuldade para falar, as vistas começam a ficar meio falhas, aparece dificuldade também para andar, começa os problemas na coluna, artrose, essas doenças da idade vão aparecendo (SRA. HELOISA, 78 ANOS).

Em uma pesquisa realizada por Freitas, Queiroz e Sousa (2010), dados semelhantes foram encontrados. Os participantes também sinalizaram que a velhice

refere-se à interrupção de atividades realizadas anteriormente e que gostariam de continuar realizando, principalmente as relativas ao trabalho. Além do mais, consideraram a velhice como um fator que predispõe declínios na saúde que impossibilitam a realização de tarefas satisfatórias para eles.

Assim, percebe-se que um importante marcador para o início da velhice passa a ser a idade funcional que, como dito anteriormente, está associada à idade biológica. Dessa forma, permanece-se jovem enquanto ainda se possui saúde biológica que lhe permita uma vida com autonomia e independência (NERI, 2001; PALACIOS, 2004).

Além disso, a idade social, relacionada aos papéis sociais esperados para uma determinada idade, também esteve presente nas falas dos idosos, pois partir dos 60 anos, as pessoas, e a própria população idosa, espera que haja uma interrupção nas atividades laborais e a consecução da aposentadoria, associando esses marcadores sociais ao início da velhice (NERI, 2001):

“Comecei a envelhecer aos 80 anos, porque eu não pude mais trabalhar. Hoje, eu me considero inútil, porque não posso mais exercer minha profissão” (SRA. ROSA, 89ANOS).

Em relação à concepção de envelhecimento, como afirma Silva (2009) existem diferenças por ser um evento vivenciado de forma particular devido as influências das características individuais e do contexto social no qual a pessoa está inserida.

Dessa forma, verifica-se a necessidade de considerar as particularidades socioculturais que influenciam na definição desse processo para uma melhor compreensão do significado atribuído ao envelhecimento, pois este é um fenômeno construído cultural e socialmente (MINAYO; COIMBRA JUNIOR, 2002 apud JARDIM; MEDEIROS; BRITO, 2006).

Nessa pesquisa, alguns idosos (33,3%) consideraram o envelhecimento como um processo acompanhado por diversas perdas.

“Envelhecer não foi bom [...] se eu não estivesse assim [idosa], eu estaria trabalhando até hoje” (SRA. ROSA, 89 ANOS).

“Dizer como foi envelhecer é um pouco complicado para mim, porque eu passei por vários hospitais, agora eu estou em recuperação, essa aqui não é mais aquela que era antes, já está meio abalada” (SRA. ALINE, 82 ANOS).

“Quando eu era nova, eu tinha outra vida. Eu fazia as coisas em casa, trabalhava no bar” (SRA. ANASTÁCIA, 78 ANOS).

Segundo Veloz, Nascimento-Schulze e Camargo (1999) existem outras pesquisas realizadas no Brasil que também identificaram nos idosos uma simplificação do envelhecimento humano em perdas, representando, assim, esse processo através de conceitos pejorativos e preconceituosos.

No entanto, nem todos os idosos deram ênfase às perdas como parte intrínseca do processo de envelhecimento, ao contrário, o destacaram como algo que ocorre ao longo da existência humana e consideraram que envelhecer não foi de todo ruim, porque tiveram uma vida agradável ao longo dos anos.

“Eu tive uma vida boa, não tenho do que reclamar e a gente vai envelhecendo com o tempo. Não é ruim, nem bom, é mais ou menos” (SRA. HELOISA, 78 ANOS).

Como alega Freitas, Queiroz e Sousa (2010), sendo o envelhecimento caracterizado como algo que ocorre ao longo da vida, ele é experienciado de forma menos angustiante, sobretudo quando a vida foi repleta de experiências e emoções ricas.

Além disso, houve outros idosos (41,6%) que não destacaram apenas fatores negativos, considerando também o envelhecimento como um evento bom, porque lhes trouxe, dentre outras coisas, amadurecimento pessoal e pelo fato de ainda sentirem-se com saúde mesmo com o passar dos anos, não havendo, assim, tantas perdas secundárias resultantes desse processo.

“Envelhecer foi bom porque eu me senti mais responsável em várias coisas como, por exemplo, nas minhas atitudes” (SRA. SELMA, 75 ANOS).

“Envelhecer foi bom porque a idade foi chegando e eu permaneci com saúde” (SR. JÚLIO, 84 ANOS).

Ainda em relação aos aspectos positivos do envelhecimento, alguns idosos destacaram que esta fase proporcionou possibilidades de realizar atividades que antes não eram possíveis devido às tarefas do lar, por exemplo; a realização de novas amizades e a aquisição de novos conhecimentos:

Desde que eu vim para cá, eu melhorei, fiquei bem mesmo. De 2008 para cá eu comecei a trabalhar, pinto meus panos de prato para vender. De vez enquanto eu vou à casa da minha sobrinha passear. Eu faço o que eu quero agora(SRA. CLOTILDE, 75 ANOS).

“O envelhecimento trouxe muita coisa de bom, porque a vida nos ensina muita coisa boa” (SR. GETÚLIO, 94 ANOS).

“Antes, eu era mulher do lar, não conhecia nada. Mas depois que eu vim para cá, eu passei a conhecer novos lugares, a ter liberdade, e muita” (SRA. ALINE, 82 ANOS).

Mas os pontos negativos, também foram ressaltados. Deve-se destacar, inclusive, que alguns idosos não veem o envelhecimento agregado a fatores positivos, mas todos eles sinalizaram consequências negativas trazidas por esse processo, principalmente quando este vem agregado à incapacidade e/ou a dependência funcional. Dentre os pontos negativos, pode-se citar: adoecimento, vulnerabilidade, falta de saúde, impossibilidade de trabalhar, distanciamento por parte de familiares e amigos.

“O envelhecimento não trouxe nada de bom. Mas de ruim trouxe esse AVC, por causa dele eu estou aqui no asilo há cinco anos e não posso mais trabalhar. Então eu me sinto uma pessoa inútil” (SRA. ROSA, 89 ANOS).

“O envelhecimento não trouxe nada de bom, só trouxe doenças” (SRA. SELMA, 75 ANOS).

“O ruim do envelhecimento é que a gente adoce, não tem um tratamento bom e a gente vai ficando, cada vez mais, velho” (SRA. CLOTILDE, 75 ANOS).

A partir das falas dos entrevistados, confirmou-se que a consequência física do envelhecimento refere-se à fragilidade biológica e ao declínio funcional que se tornam mais propícios ao longo do desenvolvimento. Nesse mesmo sentido, Diogo (1997) e Nunes (2012) afirmam que com o avançar da idade, há uma maior probabilidade de a pessoa tornar-se vulnerável a doenças que levam à incapacidade e, possivelmente, a dependência funcional.

Em relação às consequências subjetivas destacou-se o sentimento de inutilidade ou de frustração frente à impossibilidade de realizar as atividades antes executadas pelos idosos e de evitar o envelhecimento.

No caso das consequências sociais do envelhecimento, notou-se que o aumento da longevidade pessoal ao ser incompatível com o tempo de vida das pessoas do próprio entorno, faz surgir às perdas dos amigos, do marido, dos filhos, entre outras.

“A velhice não é boa não, acho que para ninguém, ainda mais quando se fica sozinha. Quando tem o marido para ficar junto é melhor, mas o meu morreu e os meus filhos também, aí acabou o mundo para gente” (SRA. CRISTINA, 90 ANOS).

No entanto, o mais perceptível na fala dos idosos (n=8) refere-se ao fato de que principalmente quando o envelhecimento foi acompanhado por incapacidade e/ou dependência funcional, ocorreu uma diminuição da rede de apoio social.

“[...] a gente fica sozinha, não vê mais o marido, nem os filhos que faleceram. Os outros parentes moram longe, quase não vem me ver” (SRA. CRISTINA, 90 ANOS).

[...] meu irmão, quando eu mais precisava dele, ele chegou perto de mim e disse que iria viajar para o exterior e não sabia quanto tempo ficaria fora. E que, como eu estava com problemas de saúde, eu não poderia ficar sozinha, então eu deveria ir para uma casa de repouso para fazer tratamento (SRA. HELOISA, 78 ANOS).

“Tinha gente que ia para a minha casa, na sexta feira, e dizia que ia passar a noite comigo, mas só ia embora na segunda feira. Mas depois que eu fiquei assim [idosa e com sequelas do AVC] eu fiquei praticamente sozinha” (SRA. ROSA, 89 anos).

“Eu morava de aluguel, mas com o AVC eu passei a não aguentar a fazer mais nada, então a minha sobrinha disse que iria me internar [...]” (SRA. SELMA, 75 ANOS).

“Eu vim para esse asilo, porque a pessoa que cuidava de mim, não teve mais condições de continuar cuidando” (SRA. ANASTÁCIA, 78 ANOS).

Corroborando com esses dados, Freire Junior e Tavares (2005) alegam que a rede de apoio social realmente tende a diminuir com o passar dos anos, sendo verificado, nesse estudo, que a razão primordial desse acontecimento está atrelada a incapacidade e/ou a dependência que acompanhamo envelhecimento.

Quando questionados sobre o significado de saúde, percebeu-se que este ainda está atrelado a ausência de doença ou de sintomas desta e a possibilidade de realizar todas as vontades pessoais sem restrição nenhuma.

“Ter saúde é não adoecer” (SR. SÉRGIO, 83 ANOS).

“Ter saúde é a gente não sentir nada” (SR. GETÚLIO, 94 ANOS).

“Ter saúde é muito bom, porque com saúde eu podia fazer tudo, eu tinha as pernas boas e podia andar” (SRA. ANASTÁCIA, 78 ANOS).

Como afirma Oliveira e Egry (2000), nos dias atuais, a saúde comumente é associada à ausência de patologias. Além disso, em uma pesquisa realizada por Freire Junior e Tavares (2005) com dez idosos institucionalizados, identificou que quatro (40%) destes também percebiam a saúde como algo antagônico a presença de dor e de outros sintomas. Sendo os sintomas considerados mais incômodos do que as patologias, como também se observou na fala do Sr. Getúlio (94 ANOS):

“A não ser o problema no pescoço que me incomoda, eu me sinto com saúde”.

“Eu tenho saúde, o problema é só o pé que me incomoda” (SRA. CLOTILDE, 75 ANOS).

Além disso, segundo Bordó e outros (2008), na cultura brasileira, a busca por serviços de saúde ocorre apenas quando a situação se agrava. Esses pressupostos, por sua vez, foram confirmados através de uma pesquisa realizada por Souza (2005), na qual se constatou que os idosos frente à doença, primeiramente e, às vezes, até de forma exclusiva, utilizam formas de tratamento alternativas e apenas quando a situação se agrava é que pode ocorrer a busca pelo sistema formal de cuidados a saúde.

De todos os entrevistados, apenas quatro não se sentiam com saúde, pois além da presença de doenças, estas provocaram sintomas incômodos e a incapacidade funcional e/ou a dependência de terceiros para a realização de várias atividades do cotidiano.

“Eu não me sinto com saúde, porque apareceram varizes, dor na coluna, tem dias que a vista falha e quando eu vejo, eu já caí” (SRA. HELOISA, 78 ANOS).

“Ter saúde é bom, porque você pode fazer o que quiser. Não é como eu que tenho que ficar entevada na cama” (SRA. SELMA, 75 ANOS).

“[...] eu não tenho saúde, não posso andar, mas eu vou vivendo” (SRA. ANASTÁCIA, 78 ANOS).

4.3 ANÁLISE DESCRITIVA DA PERCEPÇÃO DOS IDOSOS EM RELAÇÃO À DEPENDÊNCIA E SEU MODO DE ENFRENTAMENTO

Em relação ao termo dependência, nem todos os idosos sabiam falar sobre este conceito (n=4) e aqueles que opinaram (n=8) o associaram a necessidade de ajuda para realização de atividades de inúmeros tipos, principalmente as de autocuidado.

“Ser dependente é você não poder sair, não poder fazer tudo sem precisar de alguém para estar ao seu lado” (SRA. SELMA, 75 ANOS).

“Ser dependente é precisar da ajuda de alguém” (SRA. HEBE, 78 ANOS).

“Dependente é a pessoa que quer fazer as coisas, mas não pode. É dependente de alguém que faça as coisas por ela” (SRA. ANASTÁCIA, 78 ANOS).

“Ser dependente é viver nas mãos dos outros” (SR. GETÚLIO, 94 ANOS).

Dentre os idosos que opinaram sobre o termo dependência, os que fazem parte da classificação da dependência Grau I (n=4), não se percebiam, muito menos, sentiam-se dependentes.

Estes dados estão coerentes com a própria definição da Anvisa (BRASIL, 2005) que descreve os idosos situados na classificação de dependência grau I como independentes, pela existência de preservação de algumas habilidades físicas e cognitivas que os possibilitam necessitar de mínima ou de nenhuma ajuda em tarefas de autocuidado, precisando somente de equipamentos de autoajuda.

Dessa forma, percebe-se que os idosos associam a dependência, prioritariamente, à necessidade de ajuda em um número considerável de atividades de autocuidado. E como necessitam de auxílio em um número inferior em tarefas desse tipo, não se consideram dependentes. No entanto, justamente por precisarem de equipamentos de autoajuda para realizar atividades do cotidiano, como locomover-se, é que estão inseridos nessa classificação de dependência grau I, pois a dependência refere-se a um estado no qual o indivíduo necessita tanto da ajuda de terceiros, como de equipamentos para realizar atividades de inúmeros tipos (BRASIL, 2005).

Dependente é precisar de ajuda para tomar banho, para sair da cama e ir para o banho e vice-versa, para ir lá fora. Eu não me sinto dependente, porque apenas quando eu fico tonta que eu preciso de ajuda, porque eu perco o equilíbrio e posso cair. Então eu tenho que ter por perto alguém que me segure (SRA. HELOISA, 78 ANOS).

[...] eu não sou dependente, mas estou quase, porque de noite, por exemplo, como o meu braço esquerdo é completamente inútil, eu peço a cuidadora para me ajudar, porque estou tomando um remédio que me dá muita vontade de urinar, então para colocar a frauda eu peço ajuda, mas eu ainda arrumo a minha cama, a minha roupa de cama com um braço só, eu lavo as minhas calcinhas e eu tomo o meu próprio banho (SRA. ROSA, 89 ANOS).

Assim, apenas quatro idosos, de acordo com suas concepções de dependência, sentiam-se dependentes. Todos eles estão inseridos na classificação grau II e sentiam-se dependentes, pois precisavam de ajuda de terceiros para tomar banho, locomover-se, vestir-se, entre outras atividades. Dentre esses idosos, um homem considerava-se dependente, pois associava esse termo a necessidade de ajuda e, principalmente a perda do direito de fazer algumas escolhas, uma vez que, está submetido à vontade de terceiros que cuidam dele.

“Eu me sinto dependente, porque eu não consigo mais fazer algumas coisas sozinhas, eu preciso da ajuda deles [profissionais] para tomar banho, colocar a roupa, andar [...]” (SRA. ANASTÁCIA, 78 ANOS).

“Eu me sinto muito dependente, porque eu tenho que fazer o que eles querem, eu não tenho mais prioridade” (SR. GETÚLIO, 94 ANOS).

Dessa forma, notou-se que para os idosos, apenas são dependentes as pessoas situadas no grau II e III, devido à necessidade de auxílio para um número maior atividade de autocuidado e a possível ou real alteração cognitiva. Do ponto de vista psicológico, essa avaliação feita pelos idosos é considerada positiva, pois faz com que aqueles inseridos na classificação de dependência grau I permaneçam ativos na realização de algumas tarefas do dia a dia, visto que a percepção positiva de autoeficácia permite que esses idosos sintam-se capazes de superar as situações adversas que emergem (ANTONUCCI, 2001 apud RABELO; NERI, 2005; TIER; FONTANA; SOARES, 2004).

Constatou-se que a redução da capacidade funcional dos idosos esteve associada às más condições de trabalho, acidente vascular cerebral (AVC), quedas, acidentes de carro e a própria idade avançada.

Em relação à necessidade de ajuda para a realização de algumas tarefas, a maioria (75%) dos idosos sentia-se bem ao ser ajudada, por perceber que a ajuda era dada de forma efetiva e com qualidade e por acreditar na reciprocidade, em outras palavras, por acreditar que por já terem ajudado outras pessoas, hoje, merecem ser

ajudados. No entanto, há idosos que se incomodam ao precisar de ajuda. Uma das entrevistadas, por exemplo, relatou que as coisas jamais ficam do jeito que seriam se ela mesma as fizesse, outros dois, no entanto, disseram não gostar de pedir auxílio por sentirem que as pessoas acreditam que eles podem realizar as atividades sozinhos, não havendo necessidade de serem ajudados.

“Eu me sinto bem ao pedir ajuda, porque quem faz o bem, mais tarde espera o bem” (SRA. ROSA, 89 ANOS).

Eu não gosto de pedir ajuda não. Deus que me perdoe, porque a gente não pode viver sozinha, mas precisar de ajuda é difícil. Por exemplo, até uma empregada, que a gente paga, no fim, para ficar do jeito que a gente quer, a gente tem que fazer. Fala três, quatro vezes, mas ela comete o mesmo erro. A gente tem que falar muitas vezes para ficar do jeito que a gente quer e eu não gosto de ficar repetindo. Então, quando é possível, eu prefiro fazer as minhas próprias coisas. É bom que a gente se exercita (SRA. ALINE, 82 ANOS).

“Eu me sinto bem, ao pedir ajuda, quando eu sinto que a pessoa me trata com amor. Mas eu não gosto quando a pessoa me diz que eu posso fazer, mas sou eu que não quero” (SR. GETÚLIO, 94 ANOS).

“Eu me sinto chateada ao pedir ajuda, porque as pessoas acham que a gente não tem nada [...] e pode fazer as coisas, mas, na verdade, não pode” (SRA. SELMA, 75 ANOS).

Um interessante fator dessa pesquisa foi à presença de satisfação dos idosos em relação a viver na instituição de longa permanência. Todos os idosos entrevistados sinalizaram a existência de cuidados de qualidade para com eles.

“É bom viver aqui, eu gosto muito. Gosto das comidas, da água boa do banho, até já me acostumei com o feijãozinho daqui” (SRA. CLOTILDE, 75 ANOS).

“Conseguir uma vaga aqui é jogar na sorte. Aqui é maravilhoso” (SRA. SELMA, 75 ANOS).

“Eu gosto muito daqui, porque as pessoas[profissionais] são boas, cuidam de mim, me dão banho e colocam a minha roupa” (SRA. ANASTÁCIA, 78 ANOS).

“Esse lugar é muito bom, se não fosse não estaria lotado desse jeito” (SRA. HELOÍSA, 78 ANOS).

Outro aspecto que merece destaque e que está associado à vivência na instituição de longa permanência, foi à dificuldade de conviver com outros idosos. A maioria

dos idosos (75%) apesar de gostar do local e dos profissionais que ali atuam, ressaltou a existência de problemas que ocorrem em razão de conviver com pessoas com costumes, hábitos e preferências diferentes.

Aqui é bom, eu gosto muito e me sinto bem aqui [...]. Mas têm pessoas nojentas aqui, dentro do meu quarto mesmo tem uma sujeita que ainda agora mesmo disse que eu falei maldela e disse que eu estava vigiando a vida dela. Vigio nem a minha, vou vigiar a dela? (SRA. CLOTILDE, 75 ANOS).

“Para mim, é bom viver aqui, só tem uma coisa ruim, amigo aqui não tem, nós temos colegas” (SRA. ROSA, 89 ANOS).

Eu gosto muito daqui, mas é meio difícil viver com outros idosos. É tão bom quando você encontra a pessoa com uma natureza, não igual, porque não tem como, mas parecida com a com a sua, que combina com você. Porque quando não combina é uma guerra. Então é difícil viver em uma comunidade (SRA. ALINE, 82 ANOS).

Porém, percebeu-se também, que o convívio com outros idosos, permitiu a existência de comparação com os que apresentam problemas mais severos e, como consequência, o sentimento positivo de estar em condições melhores de saúde. A esse mecanismo, Wills (1997 apud RABELO; NERI, 2005) atribui a denominação de “*comparação descendente*”, no qual a pessoa se compara com uma pessoa em situação pior, para sentir-se melhor.

Ah coitados eles precisam de mais ajuda, os cuidadores ajudam; dão banho; colocam na cadeira de rodas, na cama; vestem roupa; põem frauda. Têm alguns idosos que estão até sem jeito de comer, aí o cuidador coloca a comida na boca. Têm outros que não levantam, nem lavam a calcinha. Mas eu mesma que lavo minha roupa, só não lavo roupa grossa; arrumo minha cama e tomo banho (SRA. CLOTILDE, 75 ANOS).

“Mesmo do jeito que eu estou, eu não me sinto infeliz, porque eu olho para trás e vejo eu tem muita gente pior que eu” (SRA. ROSA, 89 ANOS).

Além disso, três entrevistados apontaram para a valorização da presença de outros idosos como fonte de convívio e de reforçador social.

“Eu acho bom conviver com outros idosos, porque se não tivesse ninguém aqui, eu ficaria sozinha” (SRA. ANASTÁCIA, 78 ANOS).

“Eu acho bom, porque todos me tratam bem” (SRA. FLÁVIA, 79 ANOS).

E por fim, quando questionados sobre os recursos de enfrentamento utilizados para lidar com a diminuição da capacidade funcional e, até mesmo, com a dependência funcional, percebeu-se a importância de atividades que os fizessem sentir ativos ou

que lhes trouxessem novos conhecimentos, sentimento de liberdade e convivência com pessoas queridas.

“Eu vou te falar, no dia que eu estou pintando meus panos de prato, eu me sinto tão bem” (SRA. CLOTILDE, 75 ANOS).

“Eu faço fisioterapia, vejo as danças e teatros que tem aqui e também faço passeios. Agora nós vamos viajar de trem, é um passeio curto, mas nós vamos” (SRA. SELMA, 75 ANOS).

“Eu saio, vou para casa da minha filha que mora perto de uma comadre que eu conheço faz uns sessenta anos e passo uns dez dias fora” (SRA. ROSA, 89 ANOS).

Esses dados corroboram com a teoria da atividade, a qual pressupõe que quanto maior for o envolvimento dos idosos em atividades, maior será a satisfação deles com a vida (CAVAN, 1965 apud DEBERT, 1999).

Em relação ao apoio social, alguns autores o consideram, realmente, de extrema importância por acreditarem que ele contribui para a qualidade de vida das pessoas, pelo fato de ser um dos responsáveis pelo aumento da longevidade e por acelerar determinados processos de cura, além de ser um fator que auxilia no enfrentamento e na superação de algumas situações como a morte de parentes e amigos ou a perda do papel social (SLUZKI 1997 apud FREIRE JUNIOR; TAVARES, 2005; VALLA, 2000 apud FREIRE JUNIOR; TAVARES, 2005).

No entanto, como já foi destacado anteriormente, existe uma tendência de o apoio social diminuir com o passar dos anos (FREIRE JUNIOR; TAVARES, 2005),

Além disso, percebeu-se a religiosidade como um fator que auxilia no enfrentamento das adversidades. Como afirma Freire Junior e Tavares (2005), não se pode negar a relevância da religião no enfrentamento dos fatores decorridos da velhice, facilitando, assim, a aceitação das perdas em várias dimensões da vida de forma a ser considerada como um recurso de extrema importância para o ajustamento frente a situações difíceis.

“Eu gosto muito de ouvir o rádio, de manhã eu ligo ele, porque gosto muito de ouvir a oração” (SRA. ROSA, 89 ANOS).

“Eu tenho um rádio em que eu escuto as notícias, as músicas e as orações para me distrair” (SR. GETÚLIO, 94 ANOS).

“Eu rezo, peço sempre a misericórdia de Deus” (SRA. HEBE, 78 ANOS).

Destaca-se nas falas dos idosos que a percepção do que é ser idoso, da situação de dependência e de institucionalização e o enfrentamento desse processo, estão relacionadas diretamente com alguns fatores como, história de vida, suporte social e afetivo, valores pessoais e estilo de vida (FREITAS; QUEIROZ, SOUSA, 2010). Dessa forma, apesar de o envelhecimento ser um processo natural e universal, cada pessoa irá perceber e enfrentar este momento de forma singular, cabendo ao familiar e/ou profissional que irá assistir este idoso a sensibilidade de promover a escuta do mesmo para assim, poder garantir um serviço de qualidade e de acordo com a necessidade física, mental, social e emocional de cada idoso.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

No Brasil, está ocorrendo um rápido processo de envelhecimento e, como consequência, a cada ano, há um acréscimo no número de pessoas idosas de modo que se estima que, até 2050, o Brasil se torne o sexto país com o maior número de idosos (STUMM et al., 2009; INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICAS, 2000 apud PELEGRIN et al., 2008).

Tier, Fontana e Soares (2004, p.332), afirmam que “o envelhecimento é [...] um processo acumulativo, que se torna irreversível, universal, não-patológico [sic], onde ocorre, uma deteriorização do organismo maduro, podendo incapacitar o indivíduo a desenvolver algumas atividades”.

Nessa pesquisa, alguns idosos associaram esse processo a perdas em diversas áreas, no entanto, cabe destacar que nem todos os idosos deram ênfase às perdas como parte intrínseca do processo de envelhecimento, ao contrário, também destacaram valores positivos referentes a esse processo.

Em relação às consequências do envelhecimento, apenas alguns idosos ressaltaram pontos positivos, no entanto, todos sinalizaram consequências negativas decorrentes desse evento, principalmente, quando o mesmo vem agregado à incapacidade e/ou a dependência funcional.

Percebeu-se, através da fala dos participantes, a existência de vulnerabilidades biológicas, declínio funcional, sentimentos de inutilidade e frustração frente à impossibilidade de realizar as atividades antes executadas e de evitar o envelhecimento e constatou-se, principalmente, à diminuição da rede de apoio social.

Sobre o conceito de idoso, a Organização Mundial de Saúde (2005 apud STUMM et al., 2009) alega que em países em desenvolvimento, como o Brasil os idosos são as pessoas com idade igual ou superior a 60 anos.

Notou-se, assim, que a sociedade capitalista apenas reconhece os idosos como sujeitos de direitos através dessa dimensão (SILVA, 2009) e, além disso, identificou-se que a idade cronológica também é utilizada pelos próprios idosos para definir o que é ser idoso. No entanto, foi perceptível que a palavra “idoso” também estava atrelada a outros significados, como: o resultado de um processo natural que é o

envelhecimento, a proximidade com a finitude da vida, algo socialmente desvalorizado, entre outros.

Além desses conceitos, percebeu-se uma relação entre a entrada na velhice e a perda da força de trabalho, assim como a perda da autonomia e da independência e o início dos problemas de saúde mais severos.

O avanço da idade, realmente, pode trazer algumas perdas, sendo o domínio da saúde um dos mais afetados devido à ocorrência de doenças e disfunções orgânicas, normalmente, crônicas (PESTANA; ESPÍRITO SANTO, 2008; STUMM et al., 2009).

Identificou-se a presença de doenças crônicas nos entrevistados, mas o que mais incomodava eram os sintomas e não a própria doença em si. Além disso, a doença apenas foi considerada relevante quando impedia a realização de atividades antes executadas. Dessa forma, o sinônimo de saúde passou a ser a ausência de sintomas e/ou dor e a possibilidade de realizar as atividades consideradas normais para aquelas pessoas.

A necessidade de ajuda para a realização das tarefas foi designada pelos idosos como dependência, mas apenas os idosos que precisavam de auxílio em um número considerável de atividades de autocuidado, sentiam-se dependentes. Além disso, houve uma ambivalência quanto aos sentimentos despertados frente ao pedido de ajuda.

E relação aos recursos de enfrentamento utilizados para lidar com a diminuição da capacidade funcional e, até mesmo, com a dependência funcional, percebeu-se a importância de atividades que os fizessem sentir ativos ou que lhes trouxessem novos conhecimentos, sentimento de liberdade e convivência com pessoas queridas.

Em síntese, foi perceptível que o envelhecimento é um processo universal por ser natural e não depender da vontade do indivíduo, além disso, ele é heterogêneo e individual, pelo fato de acometer cada pessoa de forma particular (ERMINDA, 1999 apud AIRES; PAZ; PEROSA, 2006; SILVA, 2009).

No entanto, sabe-se que o estudo desse processo ainda é recente na psicologia (NERI, 2006), o que torna imprescindível que novas pesquisas sejam realizadas nessa área para compreender de forma mais detalhada, por exemplo, como é para o

idoso se deparar com perdas em diversas dimensões da vida; a importância da rede de apoio social no enfrentamento dessas perdas; as estratégias para manter o idoso sob os cuidados da comunidade, entre outras.

Em consequência, percebe-se a necessidade de mais embasamentos teóricos que permitam cuidados mais adequados para com os idosos. Além disso, pelo fato do envelhecimento e da dependência trazerem consequências para várias dimensões da vida do idoso, torna-se necessário que o mesmo seja atendido por uma equipe interdisciplinar que o olhe através de todos os ângulos, no intuito de retardar os eventos negativos e de potencializar as habilidades ainda existentes para que o idoso sintam-se dependente na maior parte de sua existência.

Destaca-se, assim, a importância de considerar a fala dos próprios idosos como ponto de partida para o planejamento e para a implementação de serviços e de ações, voltados para essa população, tanto no âmbito social como familiar, de forma que as pessoas com idade avançada não se mantenham passivas frente à situação em que se encontram, mas que sejam ativas no processo de construção de uma sociedade política que atenda as suas reais necessidades.

REFERÊNCIAS

- AIRES, M.; PAZ, A.A.; PEROSA, C.T. O grau de dependência e características de pessoas idosas institucionalizadas. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**, Passo Fundo, v.3, n.2, p.79-91, 2006. Disponível em:<<http://www.upf.br/seer/index.php/rbceh/article/view/79/75>>. Acesso em: 22 set.2014
- ALVES, L.C.; LEITE, I. da C.; MACHADO, C.J. Conceituando e mensurando a incapacidade funcional da população idosa: uma revisão de literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.13, n.4, p. 1199-1207, 2008. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/csc/v13n4/16.pdf>>. Acesso em: 23 jul. 2014.
- ALVES, L.C.; LEITE, I. da C.; MACHADO, C.J. Fatores associados à incapacidade funcional dos idosos no Brasil: análise multinível. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.44, n.3, p. 468-478, 2010. Disponível em:<<http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v44n3/10.pdf>>. Acesso em: 18 set. 2014.
- ALVES, M.J.M. et al. Perfil da capacidade funcional do idoso. In: Encontro Nacional de Estudos Populacionais, 16, [20--]. Caxambu. **[Trabalhos apresentados...]**Caxambu: UFJF, [20--], p. 1-18. Disponível em:<http://www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2008/docspdf/ABEP2008_1534.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2014.
- AMIRALIAN, M.L.T. et al. Conceituando deficiência.**Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.34, n.1, p. 97-103, 2000. Disponível em:<<http://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/24988>>. Acesso em 27 set. 2014.
- ANTONIAZZI, A. S.; DELL'AGLIO, D. D.; BANDEIRA, D. R. O conceito de coping: uma revisão teórica. **Estudos de Psicologia**, [S.l.], v.3, n.2, p. 273- 294, 1998. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/epsic/v3n2/a06v03n2.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2014.
- ARAUJO, L.F. de; CARVALHO, V.A.M de L. Aspectos Sócio-Históricos e Psicológicos da Velhice. **Revista de Humanidades**, Natal, v.6, n.3, p.1-9, 2006. Disponível em:<<http://www.cerescaico.ufrn.br/mneme/pdf/mneme13/135.pdf>>. Acesso em: 20 jul. 2014
- BALTES, M.M.; SILVERBERG, B. A dinâmica da dependência-autonomia no curso da vida. In: NERI, A.L. (Org.). **Psicologia do envelhecimento: temas selecionados na perspectiva do curso da vida**. Campinas, SP: Papyrus, 1995, p.73-110.
- BARDIN, L. Definição e relação com outras ciências. In: _____. **Análise de conteúdo**. São Paulo: edições 70, 2011, p.33-51.
- BATISTA, A. S. et al. **Envelhecimento e dependência: desafios para a organização da proteção social**. Brasília: MPS, SPPS, 2008. 160 p. – (Coleção Previdência Social; v. 28). Disponível

em:<http://www.previdenciasocial.gov.br/arquivos/office/3_081208-173354-810.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2014.

BORDÓ, M. de L.D. et al. Práticas de cuidado em relação à dor – a cultura e as alternativas populares. **Esc. Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v.12, n.8, p. 90-96, 2008. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/ean/v12n1/v12n1a14>>. Acesso em: 11 out. 2014.

BRASIL. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Resolução da Diretoria Colegiada RDC/ANVISA nº 283, de 26 de setembro de 2005**. Aprovar o Regulamento Técnico que define normas de funcionamento para as Instituições de Longa Permanência para Idosos, de caráter residencial e dá outras providências. Disponível em:<<http://www.anvisa.gov.br/hotsite/segurancadopaciente/documentos/rdcs/RDC%20N%C2%BA%20283-2005.pdf>>. Acesso em: 20 maio 2014.

BRASIL. Ministério do desenvolvimento social de combate à fome. **Lei Orgânica de Assistente Social**. Brasília, DF, 2009, 36p. Disponível em:<<http://www.mds.gov.br/assistenciasocial/secretaria-nacional-de-assistencia-social-snas/cadernos/lei-organica-de-assistencia-social-loas-anotada-2009/Lei%20Organica%20de%20Assistencia%20Social%20-%20LOAS%20Anotada%202009.pdf/download>>. Acesso em: 11 out. 2014.

BRASIL. Regulamenta a Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 4 jul. 1996. p. 12277. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d1948.htm>. Acesso em: 14 jun. 2014.

CALDAS, C. P. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n.3, p.773-778, 2003. Disponível em:<<http://www.scielo.org/pdf/csp/v19n3/15880.pdf>>. Acesso em: 24 fev. 2014.

CAMARANO, A. A.; EL GHAOURI, S. K. Famílias com idosos: ninhos vazios? In: Encontro Nacional da Associação Brasileira de Estudos Populacionais, 13, [20--]. Ouro Preto. **[Trabalhos apresentados...]** Ouro Preto: IPEA, [20--], p. 2-27. Disponível em:<http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/anais/pdf/2002/Com_ENV_ST23_Camarano_texto.pdf>. Acesso em: 20 set. 2014.

CAMARANO, A.A.; KANSO, S. As instituições de longa permanência para idosos no Brasil. **Revista Brasileira de Estudos de População**, Rio de Janeiro, v.27, n.1, p.233-235, 2010. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/rbepop/v27n1/14.pdf>>. Acesso em: 11 abr. 2014.

CONVERSO, M.E.R.; IARTELLI, I. Caracterização e análise do estado mental e funcional de idosos institucionalizados em instituições públicas de longa permanência. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v.56, n.4, p. 267-272,

2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852007000400005>. Acesso em: 23 set. 2014.

COUTO, M.C.P.P.; KOLLER, S.H.; NOVO, R.F. Resiliência no envelhecimento: risco e proteção. In: FALCÃO, D.V.S.; DIAS, C.M.B. (Orgs.). **Maturidade e velhice, v. I: pesquisas e intervenções psicológicas**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006.

CREUTZBERG, M.et al. A instituição de longa permanência para idosos e o sistema de saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.15, n.6, p. 1144-1149, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692007000600014&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 11 abr. 2014.

CRUZ, L.R.da; CARDOSO, C.M.C.; SILVEIRA, P.S.da. “Se vocês não vão clinicar, o que vocês vão fazer aqui, então?: interfaces entre saúde e assistência social”. In: **Interlocuções entre a psicologia e a política nacional de assistência Social**. CRUZ, R.L. da; RODRIGUES, L., GRARESCHI, N.M.F. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2013, p.59-68. Disponível em: <<https://craspsicologia.files.wordpress.com/2013/03/interlecuc3a7c3b5es-entre-a-psicologia-e-a-pnas.pdf>>. Acesso em 11 jun. 2014.

CRUZ; R.C. da; FERREIRA; M. de A. Um certo jeito de ser velho: representações sociais da velhice por familiares de idosos. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v.20, n.1, p. 144-151, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072011000100017>. Acesso em: 03 abr. 2014.

DEBERT, G.G. A construção e a reconstrução da velhice: família, classe social e etnicidade. In: NERI, A.L; DEBERT, G.G (Orgs.). **Velhice e Sociedade**. Campinas, SP: Papyrus, 1999.

DIOGO, M.J.D. A dinâmica dependência-autonomia em idosos submetidos à amputação de membros inferiores. **Revista Latino- America de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.5., n.1, p.59-65, 1997. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v5n1/v5n1a07.pdf>>. Acesso em: 26 abr. 2014.

FABRÍCIO; S.C.C.; RORIGUES. R.A.P. Revisão da literatura sobre fragilidade e sua relação com o envelhecimento. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v.9, n.2, p. 113-119, 2008. Disponível em: <<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/569/pdf>>. Acesso em: 03 abr. 2014.

FALCÃO, D. V. da S.et al. As relações familiares entre gerações: possibilidades e desafios. In: FALCÃO, D. V. da S.; DIAS, C. M. de S. B. (Orgs.). **Maturidade e Velhice: Pesquisas e Intervenções Psicológicas Vol. II**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006, p. 59-80.

FONSECA, A.M. Subsídios para uma leitura desenvolvimental do processo de Envelhecimento. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v.20, n.2, p. 277-289, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/prc/v20n2/a14v20n2.pdf>>. Acesso em: 07 mar. 2014.

FREIRE JUNIOR, R.C.; TAVARES, M.F.L. A saúde sob o olhar do idoso institucionalizado: conhecendo e valorizando sua opinião. **Interface – comunicação, saúde e educação**, São Paulo, v.9, n.16, p.147-158, set.2004/fev.2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n16/v9n16a12>>. Acesso em: 20 set. 2014.

FREITAS; M.O. de; HAAG, G.S. Sentimentos do idoso frente à dependência física. **Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento**, Porto Alegre, v.14, n.2, p.225-235, 2009. Disponível em: <<http://www.seer.ufrgs.br/index.php/RevEnvelhecer/article/view/9530/9316>>. Acesso em: 18 set. 2014.

FREITAS, M.C.; QUEIROZ, T.A.; SOUSA, J.A.V. O significado da velhice e da experiência de envelhecer para os idosos. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.44, n.2, p. 407-412, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n2/24.pdf> >. Acesso em: 25 set. 2014.

FRUMI, C.; CELICH, K.L.S.O olhar do idoso frente ao envelhecimento e à morte. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**, Passo Fundo, v.3,n.2, p.92-100, 2006. Disponível em: <<http://www.upf.br/seer/index.php/rbceh/article/view/78/74>>. Acesso em: 22 set.2014

FONTOURA, R.T.; MAYER, C.N. Uma breve reflexão sobre a integralidade. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.54, n.4, p. 532-537, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v59n4/a11v59n4.pdf>>. Acesso em: 02 Abr. 2014.

GIL, A.C. Amostragem na Pesquisa Social. In: _____ **Métodos e técnicas de pesquisa**. São Paulo: Atlas. 2009, p. 89-99.

GIL, A. C. Pesquisa social. In: _____ **Métodos e técnicas de pesquisa**. São Paulo: Atlas. 2009, p.26-32.

GONTARSKI, G. **Velhices**: os sentidos atribuídos ao envelhecimento. 2012. 120f. Monografia (Especialização em Sociologia) - Centro de Pós- Graduação, Universidade Federal do Paraná, Curitiba. Disponível em: <<http://www.humanas.ufpr.br/portal/pgsocio/files/2012/12/R-D-GISELI-GONTARSKI1.pdf>>. Acesso em: 04 abr. 2014.

GRATÃO, A.C.M. et al. Dependência funcional de idosos e a sobrecarga do cuidador. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.47, n.1, p.137-144, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n1/a17v47n1.pdf>>. Acesso em: 23 jul. 2014.

GUERRA, A.C.L.C.; CALDAS, C.P. Dificuldades e recompensas no processo de envelhecimento: a percepção do sujeito idoso. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n.6, p.2931-2940, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232010000600031&script=sci_arttext>. Acesso em: 20 abr. 2014.

GUIMARÃES, R.M. Prefácio, In: FALCÃO, D.V. da S.; DIAS, C.M. de S.B. (Orgs.). **Maturidade e velhice, v.1**: pesquisa e intervenções psicológicas. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006.

JARDIM, V. C. F. da S.; MEDEIROS, B.F. de; BRITO, A.M. de. Um olhar sobre o processo do envelhecimento: a percepção de idosos sobre a velhice. **Revista Brasileira Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 25-34, 2006 . Disponível em:<http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232006000200003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 23 jul. 2014.

KARSCH, U.M. Idosos dependentes: famílias e cuidadores. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n.3, p.861-863, 2003. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2003000300019&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 13 abr. 2013.

LIMA, A.M.M. de; SILVA, H.S.da; GALHARDONI, R. Envelhecimento bem-sucedido: trajetórias de um constructo e novas fronteiras. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, São Paulo, v.12, n.27, p.795-807, 2008. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832008000400010>. Acesso em: 03 maio 2014.

LIMA, C.K. G. de; MURAI, H.C. Percepção do idoso sobre o próprio processo de envelhecimento. **Revista de Enfermagem da UNISA**, São Paulo, 6, p.15-33, 2005. Disponível em:<<http://www.unisa.br/graduacao/biologicas/enfer/revista/arquivos/2005-03.pdf>>. Acesso em: 10 out. 2014.

LIMA-COSTA, M. F.; VERAS, R. Saúde pública e envelhecimento. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n.3, p. 700-701, 2003. Disponível em:<http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0102-311X2003000300001&script=sci_arttext&tlng=es>. Acesso em: 22 fev. 2014.

MATSUDO, S. M.; MATSUDO, V. K. R.; BARROS NETO, T. L. de. Impacto do envelhecimento nas variáveis antropométricas, neuromotoras e metabólicas da aptidão física. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, Rio Grande do Sul, n.4, v.8, p.21-32, 2000. Disponível em:<<http://portalsaudebrasil.com/artigospsb/idoso086.pdf>>. Acesso em: 20 fev. 2014.

MAZZA, M. M. P. R.; LEFÈVRE, F.. Cuidar em família: análise da representação social da relação do cuidador familiar com o idoso. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, São Paulo, v. 15, n. 1, p.1-10, 2005. Disponível em:<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S0104-12822005000100002&script=sci_arttext>. Acesso em: 26 fev. 2014.

MENDES, M. R. S. S. B. et al. A situação social do idoso no Brasil: uma breve consideração. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, n.18, v.4, p.422-6, 2005. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/ape/v18n4/a11v18n4.pdf>>. Acesso em: 20 fev. 2014.

MIGUEL, M.E.G.B.; PINTO, M.F. de B.; MARCON, S.S. A dependência na velhice sob a ótica de cuidadores formais de idosos institucionalizados. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v.9, n.3, p.784-794, 2007. Disponível em:<http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v9/n3/pdf/v9n3a17.pdf>. Acesso em: 25 abr. 2014.

MINAYO, M. C. de S. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. In: DESLANDES, S. F.; CRUZ NETO, O.; GOMES, R.; MINAYO, M. C. de S. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.

MOTTA, L. B. da; AGUIAR, A. C. de. Novas competências profissionais em saúde e o envelhecimento populacional brasileiro: integralidade, interdisciplinaridade e intersectorialidade. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, n.12, v.2, p.363-72, 2007. Disponível em:<<http://www.scielosp.org/pdf/csc/v12n2/a12v12n2.pdf>>. Acesso em: 20 fev. 2014.

NERI, A.L. O Fruto dá sementes: processos de amadurecimento e envelhecimento. In: _____ **Maturidade velhice: trajetórias individuais e socioculturais**. Campinas, SP: Papirus, 2001, p.11-52.

NERI, A. L. O legado de Paul B. Baltes à Psicologia do Desenvolvimento e do Envelhecimento. **Temas de Psicologia**, Ribeirão Preto, v.14, n1, p. 17-34, 2006. Disponível em:<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1413-389X2006000100005&script=sci_arttext>. Acesso em: 13 mar. 2014.

NERI, A.L.; DEBERT, G.G. Apresentação. In: _____ **Velhice e Sociedade**. Campinas, SP: Papirus, 1999, p.7-10.

NUNES, V.M. de A. **Avaliação gerontológica multidimensional das condições de saúde de idosos residentes de instituições de longa permanência**. 2012, 104f. Dissertação (Doutorado em Ciências da Saúde) – Programa de Pós Graduação em Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Rio Grande do Norte, 2012. Disponível em:<http://repositorio.ufrn.br:8080/jspui/bitstream/1/9042/1/VilaniMAN_TESE.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2014.

OLIVEIRA, M.A.C.; EGRY, E.Y. A historicidade das teorias interpretativas do processo saúde-doença. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.34, n. 1, p. 9-15, 2000. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v34n1/v34n1a02>>. Acesso em: 17 out. 2014.

PALACIOS, J. Mudança e desenvolvimento durante a idade adulta e a velhice. In: COLL, C.; PALACIOS, J.; MARCHESI, A. (Orgs). **Desenvolvimento psicológico e educação: psicologia evolutiva**. v.1. Porto Alegre: Artmed, 2004, p.371-388.

PAPALIA, D. E.; OLDS, S. W.; FELDMAN, R.D. Desenvolvimento Físico e Cognitivo na Idade Adulta Avançada. In: _____ **Desenvolvimento Humano**. Porto Alegre: Artmed, 2009, p.624-667.

PAPALIA, D. E.; OLDS, S.W.; FELDMAN, R.D. Desenvolvimento Psicossocial na Terceira Idade. In: ____ **Desenvolvimento Humano**. Porto Alegre: Artmed, 2009, p.668-705.

PELEGRIN, A.K.A.P. et al. Idosos de uma Instituição de Longa Permanência de Ribeirão Preto: níveis de capacidade funcional. **Arquivos de Ciências da Saúde**, [S.l.], v.15. n.4, p-182-188, 2008, Disponível em:<http://www.cienciasdasaude.famerp.br/racs_ol/vol-15-4/IDB%20297.pdf>. Acesso em: 18 abr. 2014.

PESTANA, L.C.; ESPÍRITO SANTO, F.H. do. As engrenagens da saúde na terceira idade: um estudo com idosos asilados. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.42, n.2, p.268-75, 2008. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n2/a08.pdf>>. Acesso em: 07 mar. 2014.

PIRES, Z. R. S.; SILVA, M. J. - Autonomia e capacidade decisória dos idosos de baixa renda: uma problemática a ser considerada na saúde do idoso. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v.3, n.2, 2001. Disponível em:<<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/717/777>>. Acesso em: 23 set. 2014.

PITANGA, D. **Velhice na cultura contemporânea**. 2006, 192f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) – Programa de pós-graduação em Psicologia Clínica, Universidade Católica de Pernambuco, Recife, 2006. Disponível em:<http://www.unicap.br/tede/tde_arquivos/1/TDE-2007-04-23T124159Z-80/Publico/Danielle%20Pitanga.pdf>. Acesso em: 25 abr. 2014.

PRADO, S.D.; SAYD, J.D. A pesquisa sobre envelhecimento humano no Brasil: grupos e linhas de pesquisa. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.9, n.1, p.57-68, 2004. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n1/19823.pdf>>. Acesso em: 20 fev. 2014.

RABELO, D.F.; CARDOSO, C.F. Auto-eficácia, doenças crônicas e incapacidade funcional na velhice. **Psico-USF**, São Paulo, v. 12, n. 1, p. 75-81, 2007. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/pusf/v12n1/v12n1a09.pdf>>. Acesso em: 07 mar. 2014.

RABELO, D. F.; NERI, A. L. Recursos psicológicos e ajustamento pessoa frente a incapacidade funcional na velhice. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 10, n. 3, p. 403-412, 2005. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/pe/v10n3/v10n3a07.pdf>>. Acesso em: 26 fev. 2014.

RAMOS, L. R. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.19, n.3, p.793-8, 2003. Disponível em:<<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v19n3/15882.pdf>>. Acesso em: 21 fev. 2014.

RAMOS, L. R.; VERAS, R. P.; KALACHE, A. Envelhecimento populacional: uma realidade brasileira. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 21, n. 3, p.211-24, 1987. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v21n3/06.pdf>>. Acesso em: 20 fev. 2014.

RAVAGNANI, L. M. B., DOMINGOS, N. A. M., MIYAZAKI, M. C. de O. S. Qualidade de vida e estratégias de enfrentamento em pacientes submetidos a transplante renal. **Estudos de Psicologia**, São Paulo, v.12, n.2, p.177-184, 2007. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/epsic/v12n2/a10v12n2.pdf>>. Acesso em: 18 out. 2014

REIS, P. O; CEOLIM, M.F.O significado atribuído a 'ser idoso' por trabalhadores de instituições de longa permanência. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.41, n.1, p.57-64, 2007. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n1/v41n1a07.pdf>>. Acesso em: 07 mar. 2014.

RODRIGUES, L. de S.; SOARES, G. A. Velho, idoso e terceira idade na sociedade contemporânea. **Revista Ágora**, Vitória, n.4, p.1-29, 2006. Disponível em:<<http://www.pucgoias.edu.br/ucg/unati/ArquivosUpload/1/file/Artigos%20e%20Cap%3%ADtulos%20de%20Livros/Velho,%20idoso%20e%20terceira%20idade%20na%20sociedade%20contempor%C3%A2nea.pdf>>. Acesso em 12 set. 2014.

ROSA, T. E. da C. et al. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.37, n.1, pp. 40-48, 2003. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102003000100008&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 23 jul. 2014.

SALMAZO-SILVA, H.; LIMA-SILVA, T.B. Vulnerabilidade e aspectos biopsicossociais e velhice. **Revista Temática Kairós Gerontologia**, São Paulo, v.15, n.6, pp. 01-05, 2012. Disponível em:<<http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/viewFile/17282/12820>>. Acesso em: 25 abr. 2014.

SANTOS, S.S.C. Concepções teórico-filosóficas sobre envelhecimento, velhice, idoso e enfermagem gerontológica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 63, n.6, p.1035-1039, 2010. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672010000600025&script=sci_arttext>. Acesso em: 18 abr. 2014.

SANTOS, I. E. dos; DIAS, C. M. de S. B. Homem idoso: vivência de papéis desempenhados ao longo do ciclo vital da família. **Aletheia**, Canoas, n. 27, jun. 2008. Disponível em:<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942008000100008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 17 maio 2014.

SENTA, C. R. M. D. **Envelhecimento e velhices: novos olhares sobre a representação do feminino em filmes brasileiros contemporâneos**. 2012. 178f. Dissertação (Mestrado em comunicação) – Programa de Pós- Graduação em comunicação, Faculdade de Comunicação e biblioteconomia da Universidade Federal de Goiás, Goiânia 2012. Disponível em:<http://bdtd.ufg.br/tesesimplificado/tde_arquivos/31/TDE-2012-12-26T181817Z-2297/Publico/Dissertacao_Envelhecimentos%20e%20Velhices.pdf>. Acesso em: 28 abr. 2014.

SILVA, V. **Velhice e envelhecimento: qualidade de vida para os idosos inseridos nos projetos do SESC – Estreito**. 2009. 71f. Trabalho de conclusão de curso (Bacharelado em Serviço Social) – Departamento de Serviço Social, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2009. Disponível em:<<http://tcc.bu.ufsc.br/Ssocial287076.pdf>>. Acesso em: 12 set. 2014.

SILVA, C.A. et al. Vivendo após a morte de amigos: história oral de idosos. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.16, n.1, p. 97-104, 2007. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/tce/v16n1/a12v16n1.pdf>>. Acesso em: 07 mar. 2014.

SILVA; L.C.C. et al. Atitude de idosos em relação à velhice e bem-estar psicológico. **Revista Kairós Gerontologia**, São Paulo, v.15, n.3, p.119-140, 2012. Disponível em:<<http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/viewFile/13798/10187>>. Acesso em: 25 abr. 2014.

SILVA, S.C, DESSEN, M.C., DESSEN, M.A. Utilizando entrevistas e questionários na pesquisa com família. In:WEBER, L.N. D, DESSEN, M. A. (Orgs.). **Pesquisando a família: instrumento para coleta e análise de dados** Curitiba: Juruá, 2009, p. 29-42.

SILVEIRA, T.M.da; CALDAS, C.P.; CARNEIRO, T.F. Cuidando de idosos altamente dependentes na comunidade: um estudo sobre cuidadores familiares principais. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 8, p.1629-1638, 2006. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000800011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02 Abr. 2014.

SOUZA, A. C. de. **Como manda o figurino: a medicalização das práticas de terapêuticas entre idosos de Porto Alegre**. 2005. 116f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de enfermagem. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre. 2005. Disponível em:<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/5627/000473313.pdf?sequencia=1&locale=pt_BR>. Acesso em: 28 out. 2014.

SOCIEDADE DE ASSISTÊNCIA À VELHICE DESAMPARADA. **Relatório anual das atividades administrativas, financeiras e serviços**. Vitória: [s.n], 2013.

STUMM et al. Perfil de idosos assistidos por unidades de Estratégia de Saúde da Família que sofreram infarto agudo do miocárdio. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v.12, n.3, p. 449-462, 2009. Disponível em:<http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232009000300011&lng=pt&nrm=iss>. Acesso em: 12 out. 2014.

TIER; C.G.; FONTANA, R.T.; SOARES, N.V. Refletindo sobre idosos institucionalizados. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.57, n.3, p. 332-335, 2004. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/reben/v57n3/a15v57n3.pdf>>. Acesso em: 02 maio 2014.

TOMASINI, S.L.V; ALVES, S. Envelhecimento bem-sucedido e o ambiente das instituições de longa permanência, **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**, Passo Fundo, v. 4, n. 1, p. 88-102, 2007. Disponível

em:<<http://perguntaserespostas.com.br/seer/index.php/rbceh/article/view/119/94>>. Acesso em: 28 abr. 2014.

UCHÔA, E.; FIRMO, J.O.A.; LIMA-COSTA, M.F.F.de. Envelhecimento e saúde: experiência e construção cultural. In: MINAYO, M.C. de S.; COIMBRA Junior, C.E.A. (Orgs.). **Antropologia, saúde e envelhecimento**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002, p.25-36. Disponível em:<<http://static.scielo.org/scielobooks/d2frp/pdf/minayo-9788575413043.pdf#page=26>>. Acesso em: 25 jul. 2014.

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações.**Revista Saúde Pública**, São Paulo, v.43, n.3, p.548-554, 2009. Disponível em:<<http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v43n3/224.pdf>>. Acesso em: 24 fev. 2014.

VELOZ, M. C. T.; NASCIMENTO-SCHULZE, C. M.; CAMARGO, B. V. Representações sociais do envelhecimento.**Psicologia: Reflexão e Crítica**, v.12, n.2, p. 479-501, 1999. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79721999000200015>. Acesso em: 11 out. 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Envelhecimento ativo**: uma política de saúde. Tradução Suzana Gontijo. Brasília: Organização Pan- Americana da Saúde, 2005. Disponível em:<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf>. Acesso em: 29 set. 2014.

YAMAMOTO, A.; DIOGO, M. J. D. Os idosos e as instituições asilares do município de Campinas. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.10, n.5, p.660-666, 2002. Disponível em:<<http://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/1702/1747>>. Acesso em: 18 set. 2014.

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA A REALIZAÇÃO DE PESQUISA COM SERES HUMANOS

TÍTULO DA PESQUISA: Envelhecimento e dependência: como é precisar de ajuda?

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Prof.^a Dra.Christyne Gomes Toledo de Oliveira.

JUSTIFICATIVA, OBJETIVOS E PROCEDIMENTOS DA PESQUISA: A razão desta pesquisa fundamenta-se no fato de proporcionar a obtenção de novos conhecimentos sobre a associação entre o processo de envelhecimento e a dependência funcional na percepção dos idosos. Esta pesquisa tem por finalidade descrever e analisar a percepção de idosos institucionalizados sobre o processo de envelhecimento e sobre a dependência e verificar como estes idosos enfrentam a dependência funcional no dia a dia.A partir desses objetivos, serão feitas entrevistas semiestruturadas com doze idosos, de ambos os sexos, com idades de 60 anos ou mais.

DESCONFORTO E POSSÍVEIS RISCOS ASSOCIADOS À PESQUISA:Considerando a natureza da pesquisa e o método aplicado, prevê-se que a pesquisa não promoverá riscos e desconfortos.

BENEFÍCIOS DA PESQUISA: Os benefícios da pesquisa são de fins acadêmicos e Científicos. Temos a intenção de, ao fim da realização da pesquisa,compreender os resultados da associação entre o envelhecimento e a dependência.

FORMA DE ACOMPANHAMENTO E ASSISTÊNCIA: Quando necessário, o voluntário receberá toda a assistência médica e/ou social aos agravos decorrentes das atividades da pesquisa.

Basta procurar o pesquisador: Christyne Gomes Toledo de Oliveira pelo telefone: (27) 3331-8500 e no endereço: Av. Vitória, 950, Forte São João, Vitória-ES. CEP 29017- 950.

ESCLARECIMENTOS E DIREITOS: Em qualquer momento, o voluntário poderá obter esclarecimentos sobre todos os procedimentos utilizados na pesquisa e nas formas de divulgação dos resultados. Tem também a liberdade e o direito de recusar sua participação ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem prejuízo do atendimento usual fornecido pelos pesquisadores.

CONFIDENCIALIDADE E AVALIAÇÃO DOS REGISTROS: As identidades dos voluntários serão mantidas em total sigilo por tempo indeterminado, tanto pelo executor, como pela instituição onde será realizado e pelo patrocinador. Os resultados dos procedimentos executados na pesquisa serão analisados e alocados em tabelas, figuras ou gráficos e divulgados em palestras, conferências, periódico científico ou outra forma de divulgação que propicie o repasse dos conhecimentos para a sociedade e para autoridades normativas em saúde nacionais ou internacionais, de acordo com as normas/leis legais regulatórias de proteção nacional ou internacional.

CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO

Eu, _____,
portador da Carteira de identidade nº _____ expedida pelo
Órgão _____, por me considerar devidamente informado(a) e
esclarecido(a) sobre o conteúdo deste termo e da pesquisa a ser desenvolvida,
livremente expresse meu consentimento para inclusão, como sujeito da pesquisa.
Fui informado que meu número de registro na pesquisa é _____ e
recebi cópia desse documento por mim assinado.

Assinatura do Participante Voluntário
Dactiloscópica
(p/ analfabeto)

Data

Impressão

Assinatura do Responsável pelo Estudo

Declaramos para os devidos fins, que aceitaremos a pesquisadora Lorena David Pereira, a desenvolver o seu projeto de pesquisa “Envelhecimento e dependência: qual a relação?”, que está sob a orientação da Professora Dra. Christyne Gomes Toledo de Oliveira cujo objetivo é analisar o impacto emocional causado pela dependência no idoso. Para tanto será realizada uma entrevista semiestruturada com no mínimo 10 idosos, de ambos os sexos, com idades a partir de 60 anos, que residem nessa Instituição de Longa Permanência e se encontram dependentes de cuidadores para realizarem atividades cotidianas e lúcidos para responder as perguntas direcionadas a eles durante o horário disponibilizado por esta instituição. Declaro estar ciente de que em qualquer momento, os participantes poderão obter esclarecimentos sobre todos os procedimentos utilizados na pesquisa e nas formas de divulgação dos resultados e que eles possuem também a liberdade e o direito de recusarem sua participação ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer prejuízo. Além disso, cabe destacar que esta pesquisa não trará ônus para os idosos que só participarão da mesma, mediante a assinatura do Termo de Consentimento livre e Esclarecido e todo o material da pesquisa será analisado e divulgado pelos pesquisadores sem possibilidade de identificação dos participantes devido ao uso de nomes fictícios.

Assinatura, (responsável)

(Cargo)

Local – Estado, data, mês e ano.

APÊNDICE C – ROTEIRO DE ENTREVISTA

Nome:

Data de Nascimento:

Sexo:

Estado Civil:

Nível de escolaridade:

Filhos:

1. O que significa ser idoso para você?
2. Você se considera um idoso? Se sim, quando você percebeu que estava idoso?
3. Como foi envelhecer para você?
4. Quais os pontos positivos e negativos do envelhecimento?
5. O que é ter saúde para você/ você se sente com saúde?
6. O que você pensa quando escuta a palavra dependência?
7. Você se sente dependente?
8. O que desencadeou a dependência? E por quanto tempo você está assim?
9. Como você se sente ao precisar de ajuda de alguém?
10. Por que você está institucionalizado? Quanto tempo está aqui?
11. Como é, para você, estar em uma instituição de longa permanência (asilo)?
12. Como é, para você, conviver com outras pessoas que apresentam problemas de saúde parecidos com o seu?
13. O que você faz para lidar com a dependência?