

Impactos da institucionalização na saúde mental do idoso

Impacts of Institutionalization Process on Elders Mental Health



*Luã Carlos Valle Dantas
Luiz Augusto Knafelç Ferreira
Carmen Valéria dos Santos Andrade
Sandra Maria Souza e Silva
Edvaldo Soares*

Resumo: Este trabalho propõe analisar a situação do idoso no contexto brasileiro, enfocando os idosos institucionalizados e as nuances do processo de institucionalização na saúde mental dos mesmos. Utilizou como metodologia a análise bibliográfica e observação participativa. Na discussão, o trabalho demonstra que a institucionalização tem efeitos danosos para o idoso em sua saúde mental, e a partir disto propõe uma perspectiva multidisciplinar do processo.

Palavras-chave: Institucionalização. Saúde Mental. Idoso. Psicologia.

Abstract: The present work proposes an analysis of the conditions of the elderly on a Brazilian context, focusing the institutionalized elders and the nuances of the institutionalization process on their mental health. Bibliographical analysis and participative observation were used as method. On the discussion, the present work demonstrates that the institutionalization have harmful effects to the elders, at their mental health and from this, proposes a multidisciplinary view of the process.

Keywords: Institutionalization. Mental Health. Elderly. Psychology.

Introdução

Este trabalho discute o processo de institucionalização e os reflexos na saúde física e mental do indivíduo idoso. A Organização Mundial de Saúde (OMS) estabelece como idoso todo indivíduo de 60 anos ou mais, se residir em países em desenvolvimento; para os países desenvolvidos, o limite é de 65 anos (OMS, 1994). O crescimento da população idosa é fenômeno observado mundialmente; no caso do Brasil, o crescimento ocorre aceleradamente (IBGE, 2004; 2008; VERAS, 2009; CRUZ, CAETANO; LEITE, 2010). Entretanto, o aumento não implica melhoria na qualidade de vida da referida população. Em função disso, é essencial ampla discussão a respeito da situação do idoso (NERI; QUEIROZ, 2005; SOARES et al., 2010; SUZUKI; DEMARTINI; SOARES, 2009; SOARES; COELHO; CARVALHO, 2012).

Considerando diversas perspectivas teóricas, este estudo se propõe a analisar e discutir os efeitos da institucionalização no idoso e contribuir com a busca de alternativas para se repensar o processo de institucionalização e as práticas utilizadas pelas Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs).

Esta pesquisa é estudo de caso realizado em duas ILPIs, localizadas na cidade de Marília, SP. Os dados foram obtidos a partir de observações e vivências, mediante o acompanhamento e participação, por um período de dois anos, em atividades de pesquisa e extensão promovidas pelo Laboratório de Neurociência Cognitiva (LaNeC) da Unesp de Marília, no projeto “Memória e envelhecimento humano: reabilitação cognitiva”. As observações relacionadas às instituições e aos idosos foram anotadas e posteriormente confrontadas com os dados do LaNeC, e com as impressões dos participantes das atividades desenvolvidas no projeto. Os dados foram analisados a partir da literatura sobre o tema.



A importância dada à temática do envelhecimento é multifatorial. É importante destacar que o processo de envelhecimento tornou-se objeto de pesquisas em diferentes áreas do conhecimento, principalmente em países em desenvolvimento (GOLDFARB, 1998; RODRIGUES; MARQUES; FABRÍCIO, 2000; TEIXEIRA, 2002; ROSA, 2003; SOARES; COELHO; CARVALHO, 2012).

Institucionalização e impactos

O aumento da expectativa de vida, ausência de atividade laborativa, existência de complicações em termos de saúde física e mental e o próprio papel social do idoso o definem como indivíduo à margem da sociedade (GOLDFARB, 1998).

Nessa dinâmica, a internação do sujeito idoso em ILPIs não é fenômeno raro, como revela a pesquisa de Dias (2007), segundo a qual de 5% a 10% da população idosa brasileira encontra-se institucionalizada. O autor atribui o fenômeno às mudanças sociais ocorridas nas últimas décadas, que envolvem, especialmente, a estrutura familiar, fazendo com que, não raras vezes, os membros da família, em função do aumento de atividades (trabalho, estudo etc), não tenham tempo para cuidar dos membros mais idosos do núcleo familiar. Acrescenta-se a isso o aumento em termos de ocorrência de doenças e, conseqüentemente, maior demanda de cuidados específicos.

De acordo com Goffman (1961), o processo de institucionalização por si só é danoso. Para ele, as instituições podem ser compreendidas como locais onde atividades delimitadas são executadas. A instituição asilar se enquadraria na classe de “instituição total”, conforme definição do autor. Esse tipo de instituição seria caracterizado em função de: a) conquista de parte do tempo e do interesse do indivíduo; b) tendência de “fechamento”, na qual o caráter total é simbolizado pela barreira à relação social com o mundo externo; c) por proibições à saída, muitas vezes inclusas no esquema físico: portões, muros (GOFFMAN, 1961).

Goffman (1961) alerta para a ‘*perda do eu*’, ocasionada pela institucionalização. Em relação à organização dessas instituições, o autor destaca a existência de uma divisão entre a grande massa controlada (grupo dos internados) e uma pequena equipe supervisora. Vieira (1997, p. 79) ressalta o relato de uma senhora chamada Cecília, que corrobora os pressupostos de Goffman em relação à instituição total:

Aqui parece uma clínica, mas não é clínica. É assim [...] pode-se dizer que ao mesmo tempo em que eles atendem, eles prendem [...] porque tem uns aí que já tão assim. [...] aí tem de prender, né? É uma clínica em forma de prisão (risos).

Conforme a concepção de Goffman (1961), o “conceito de furto” se aplica às diversas dimensões da vida do indivíduo. De acordo com Vieira (1997), o tempo não é mais próprio; ele se reduz à tirania cronológica referenciada pela equipe dirigente: tempo de acordar, tempo de comer, tempo de dormir etc. O tempo, nesse contexto, é arbitrariamente controlado pela cadência e pelo ritmo das atividades diárias da instituição. É justamente esse controle que contribui para a sensação de perda e expropriação (VIEIRA, 1997).

No Brasil, as ILPIs são regidas por Legislação Federal (BRASIL 1989; 1990; 2001; 2003). A legislação define, de forma geral e específica, normas para o funcionamento das ILPIs e os princípios de atenção à população idosa ali residente. Embora as referidas normas abranjam um grande espectro da atenção ao idoso, sua aplicação ainda se mostra deficiente e, mesmo que fossem amplamente aplicadas, não eliminariam por si a caracterização de ILPI como instituição total, o que implica situação danosa à qualidade de vida e à saúde do idoso residente.

Rodrigues, Marques e Fabrício (2000) alertam sobre a vulnerabilidade da população residente em ILPIs em relação às psicopatologias (depressão e ansiedade), elencando-as como fator de risco ao aparecimento ou agravamento do estado de saúde geral do idoso.

Em relação à concepção/definição de saúde, é importante destacar que a OMS a define como completo bem-estar físico, mental e social (OMS, 2011). Entretanto, a definição se demonstra insuficiente para a análise deste estudo, pois, conquanto haver alguma das esferas relacionadas acima, não se define saúde pelas suas idiosincrasias, mas por um amálgama da Lei Orgânica da Saúde, que propõe a alternativa:

Art. 3º A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País.

Parágrafo único. Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social (BRASIL, 1990).

Na mesma perspectiva da OMS, a Lei Orgânica da Saúde destaca o bem-estar físico, psíquico e social, mas igualmente como fatores essenciais a alimentação, a educação e o lazer. Se a definição de saúde engloba muitas variáveis, é complexa a definição de doença.

De acordo com Foucault (1994), a doença não é mais vista segundo o modelo dualista-cartesiano.

Quer suas designações primeiras sejam psicológicas ou orgânicas, às doenças concerniria, de qualquer modo, a situação global do indivíduo no mundo - em vez de ser essência fisiológica *ou* psicológica, é psicológica e fisiológica. Em todas essas formas recentes de análise médica pode-se, então, ler uma significação única: quanto mais se encara a unidade do ser humano, mais se dissipa a realidade de uma doença que seria unidade específica; e mais se impõe, para substituir a análise das formas naturais da doença, a descrição do

indivíduo reagindo à sua situação de modo patológico (FOUCAULT, 1994, p. 11).

O processo de entrada no asilo traz ao idoso uma mudança radical no estilo de vida, começando pela mudança de ambiente. Ele, acostumado a viver em outra realidade, é colocado em um espaço que possui arquitetura, alimentação, organização, normas e pessoas que até então desconhecia. O processo de habituação varia de indivíduo para indivíduo, e depende de vários fatores, como a forma da internação. Se a internação for contra sua vontade e consentimento, o processo de adaptação é, normalmente, acompanhado de extremo sofrimento. A sensação de abandono é característica presente em quase a totalidade da população interna, observações coerentes com alguns estudos relacionados ao processo de institucionalização (GOFFMAN, 1961; SOARES et al., 2010; SUZUKI; DEMARTINI; SOARES, 2009; SOARES; COELHO; CARVALHO, 2012).

Mediante as observações e vivências se constata que grande parte dos idosos institucionalizados apresenta incapacidade de realizar, sem supervisão, atividades da vida diária, como banho, troca de roupa, higiene da boca, ingestão correta de medicamentos, dentre outras tarefas. Ainda foi observado que o processo de institucionalização do idoso contribui para o agravamento de quadros depressivos, ansiosos, demenciais e para a piora no estado geral de saúde desse indivíduo (SOARES et al., 2010; SUZUKI; DEMARTINI; SOARES, 2009; SOARES; COELHO; CARVALHO, 2012). Inúmeros aspectos da institucionalização corroboram para haver um efeito negativo sobre a saúde mental do interno, dadas as condições e nuances supracitados.

A questão do envelhecimento tem que ser amplamente debatida no país e no mundo, e observa-se com otimismo que cresce o número de pesquisas ligadas ao tema. Vários avanços foram obtidos na defesa dos direitos do idoso como cidadão, mas a institucionalização, com melhores condições de vida, ainda está distante da realidade brasileira.

Baseando-se no quadro geral dos asilos, a ILPI ideal deveria oferecer ao idoso alguns itens que lhe proporcionariam melhores condições de vida, com maior participação na sociedade - inclusive divulgando o trabalho institucional -, na tentativa de trazê-la para “dentro” dela, para conhecer os malefícios e os benefícios da situação do idoso asilado.

Em suma, as condições adversas são imensas; contudo, é urgente repensar o processo de institucionalização a fim de promover um maior bem-estar do idoso concebido em toda a sua complexidade e individualidade.

Conclusão

A partir da revisão bibliográfica e participação nas atividades do LaNeC nas ILPIs, tivemos melhor dimensão dos aspectos concernentes ao envelhecimento e à institucionalização. Observou-se que o processo de institucionalização é multifatorial, como citado por Goldfarb (1998), e está sempre associado a algo

negativo, relacionado às perdas e carências. Realmente, com o processo de institucionalização o sujeito, não raras vezes, se torna isolado ou se isola, e a privação do núcleo familiar, voluntária ou não, é praticamente regra geral. O ambiente institucional é empobrecido em termos de estímulos, mesmo os mais necessários, como os sociais, de afeto, rotinas e ambiente familiar, suprimidos em troca de horários fixos, rotinas e perda da individualidade.

A situação gera o que Skinner (1970, p. 473) definiu como depressão:

“[...] o resultado de um debilitamento do comportamento devido à interrupção de sequências estabelecidas do mesmo que haviam sido reforçadas positivamente pelo ambiente social”.

Ou seja, o indivíduo para de ser reforçado nas contingências que antes eram reforçadoras. Assim, ele passa por um processo de extinção dos comportamentos previamente emitidos, instaurando o que se chama de quadro depressivo.

Para minimizar os danos, pois somente a profilaxia é relevante, tendo em vista que a situação é imutável, uma modificação dos estímulos ao idoso é sugerida. Estímulos em forma de “atendimento” multidisciplinar, como aplicados pelo LaNeC, são as alternativas viáveis para a manutenção da saúde mental do idoso e/ou prevenção de seu declínio (SOARES et al., 2010; SUZUKI; DEMARTINI; SOARES, 2009; SOARES; COELHO; CARVALHO, 2012). Salientamos ainda que a atenção às necessidades humanas básicas deveria ocorrer a partir do contexto individual do idoso, considerado como ser multidimensional.



Destacamos que as atividades cognitivas e as atividades físicas deveriam ser incentivadas. O ambiente físico das ILPIs deve ser planejado de forma a contribuir para a melhor interação do idoso. Não somente em seu aspecto adaptativo - corrimãos, tapetes antiderrapantes etc -, mas ambientes que propiciam o convívio e atividades, estimulando novos comportamentos, favorecendo maior respeito à individualidade.

A fim de aumentar a gama de estímulos, sugere-se a implementação de atividades que fujam à rotina, como oficinas de dança, teatro, artesanato e outras formas de evitar a instalação de transtornos de humor, melhorar a capacidade cognitiva, por meio de atividades da vida diária, favorecedoras da autonomia. Esses estímulos visam ao aumento do repertório de comportamentos do indivíduo, resgatando o que foi perdido no processo de

institucionalização. E para isto se torna imprescindível a abordagem multidisciplinar.

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria n° 810 de 22 de setembro de 1989*. Dispõe sobre Normas para o Funcionamento de Casas de Repouso, Clínicas Geriátricas e Outras Instituições Destinadas ao Atendimento do Idoso. Brasília: Imprensa Oficial: 1989.

_____. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as Condições para a Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde, a Organização e o Funcionamento dos Serviços Correspondentes e dá Outras Providências. Brasília: Imprensa Oficial: 1990.

_____. Secretaria de Assistência Social. *Portaria n° 73, de 10 de maio de 2001*. Estabelece Normas de Funcionamento de Serviços de Atenção ao Idoso no Brasil. Brasília: Imprensa Oficial: 2001.

_____. Lei nº 11.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências.

CALDAS, C.P. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 19, n. 3, p. 73-781, 2003.

CRUZ, D.T., CAETANO, V.C.; LEITE, I.C.G. Envelhecimento populacional e bases legais da atenção à saúde do idoso. *Cadernos de Saúde Coletiva*, v. 18, n. 4, p. 500-508, 2010.

DIAS, I.G. *A institucionalização asilar na percepção do idoso e de sua família: o estudo do “Lar dos Velhinhos”*. [Dissertação Mestrado]. Viçosa: Universidade Federal de Viçosa; 2007.

FOULCAULT, M. *Doença mental e psicologia*. 5ed. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro; 1994.

GOFFMAN, E. *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo: Perspectiva; 1961.

GOLDFARB, D.C. *Corpo, tempo e envelhecimento*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 1998.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Projeção da população brasileira*. Rio de Janeiro: IBGE, 2004. Recuperado em 18 de fevereiro, 2007, de: www.ibge.gov.br.

IBGE. *Projeção da população do Brasil por sexo e idade - 1980–2050*. Revisão 2008. Rio de Janeiro: IBGE – DEPIIS, 2008. Recuperado em 23 de abril, 2010, de: www.ibge.gov.br.

NERI, A.L.; QUEIROZ, N.C. Bem-estar psicológico e inteligência emocional entre homens e mulheres na meia-idade e na velhice. Campinas. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, v. 18, n.2, p. 185-189, 2005.

OMS. Organização Mundial da Saúde. *WHO definition of health*. [Internet] [citado 2013 mar 15], 2001. Disponível em: <http://www.who.int/about/definition/en/print.html>.

OMS. *Planificación y organización de los servicios geriátricos: Informe Técnico, 843*. Genebra (Suíça), 1994.

RODRIGUES, R.A.P.; MARQUES, S. FABRÍCIO, S.C.C. Envelhecimento, saúde e doença. *Arquivos de Geriatria e Gerontologia*, n. 4, p. 15 –20, 2000.

ROSA, T.E.C. Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos. *Cadernos de Saúde Pública*, n. 37, p. 40-48, 2003.

SKINNER, B.F. *Ciência e comportamento humano*. Brasília: Ed. UnB/FUNBEC; 1970.

SOARES, E.; COELHO, M.O.; CARVALHO, S.M.R. Capacidade funcional, declínio cognitivo e depressão em idosos institucionalizados: possibilidade de relações e correlações. *Revista Kairós Gerontologia*, v. 15, n. 5, p. 117-139, 2012.

SOARES, E., OLIVEIRA, T., KOMATSU, P., DEMARTINI, S., SUZUKI, M., RODRIGUES, M., REIS, E.G. HORIMOTO, A. Projeto Memória e Envelhecimento: capacitando profissionais e aprimorando aspectos cognitivos em idosos institucionalizados. *RBCEH*, v. 7, n. 1, p. 62-73, jan./abr. 2010.

SUZUKI, M. M.; DEMARTINI, S.M.; SOARES, E. Perfil do idoso institucionalizado na cidade de Marília: subsídios para elaboração de políticas de atendimento. *Revista de Iniciação Científica da FFC*, v. 9, p. 256-268, 2009.

TEIXEIRA, M.B. *Empoderamento de idosos em grupos direcionados à promoção da Saúde*. [Dissertação]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, FIOCRUZ; 2002.

VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Revista de Saúde Pública*, v. 43, n. 3, p. 548-554, 2009.

VIEIRA, R.F. *Identidade arquivada: análise da identidade e da mortificação do eu dos velhos pelas práticas asilares*. [Dissertação]. Belo Horizonte: Universidade Federal de Minas Gerais; 1997.

Data de recebimento: 06/07/2013; Data de aceite: 18/07/2013.

Luã Carlos Valle Dantas – Psicólogo pela Universidade de Marília - Unimar, mestrando em Filosofia pela Unesp – Marília SP. Psicólogo voluntário no Laboratório de Neurociência Cognitiva – LaNeC - da Faculdade de Filosofia e Ciências – Unesp, de Marília, SP. E-mail: luandantas@hotmail.com

Luiz Augusto Knafelç Ferreira – Psicólogo pela Universidade de Marília - Unimar. Psicólogo voluntário no Laboratório de Neurociência Cognitiva – LaNeC - da Faculdade de Filosofia e Ciências – Unesp, de Marília, SP. E-mail: lknafelc@gmail.com

Carmen Valéria dos Santos Andrade – Mestre em Ciências Gerenciais pela Universidade de Marília – Unimar. Coordenadora e professora do curso de Psicologia da Universidade de Marília – Unimar. E-mail: andradecarm@gmail.com

Sandra Maria Souza e Silva - Mestre em Ciências Florestais e Ambientais pela Universidade Federal do Amazonas – UFA. Professora do curso de Psicologia da Universidade de Marília – Unimar. E-mail: sandramss@gmail.com

Edvaldo Soares – Doutor em Neurociências pela Universidade de São Paulo – USP. Coordenador do Laboratório de Neurociência Cognitiva – LaNeC - da Faculdade de Filosofia e Ciências da Unesp de Marília, SP. E-mail: edsoares@marilia.unesp.br