

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA  
CENTRO DE EDUCAÇÃO FÍSICA E DESPORTO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GERONTOLOGIA**

**Adonai Mejia Costa**

**IDOSOS COM TRANSTORNOS MENTAIS EM UNIDADE FECHADA:  
PERCEPÇÃO DE PROFISSIONAIS DA ENFERMAGEM  
DE UMA INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA**

**Santa Maria, RS  
2019**

**Adonai Mejia Costa**

**IDOSOS COM TRANSTORNOS MENTAIS EM UNIDADE FECHADA:  
PERCEPÇÃO DE PROFISSIONAIS DA ENFERMAGEM  
DE UMA INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gerontologia, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM-RS), como requisito parcial para obtenção do título de **Mestre em Gerontologia**.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Margrid Beuter

Coorientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Leila Mariza Hildebrandt

Santa Maria, RS  
2019

Costa, Adonai Mejia

IDOSOS COM TRANSTORNOS MENTAIS EM UNIDADE FECHADA:  
PERCEPÇÃO DE PROFISSIONAIS DA ENFERMAGEM DE UMA  
INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA / Adonai Mejia Costa.-  
2019.

72 p.; 30 cm

Orientadora: Margrid Beuter

Coorientadora: Leila Mariza Hildebrandt

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa  
Maria, Centro de Educação Física e desportos, Programa de  
Pós-Graduação em Gerontologia, RS, 2019

1. Profissionais de Enfermagem 2. Instituição de Longa  
Permanência para Idosos 3. Transtornos Mentais 4. Idoso  
I. Beuter, Margrid II. Hildebrandt, Leila Mariza III.  
Título.

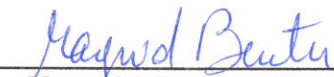
Sistema de geração automática de ficha catalográfica da UFSM. Dados fornecidos pelo autor(a). Sob supervisão da Direção da Divisão de Processos Técnicos da Biblioteca Central. Bibliotecária responsável Paula Schoenfeldt Patta CRB 10/1728.

Adonai Mejia Costa

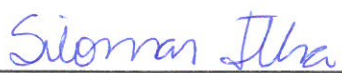
**IDOSOS COM TRANSTORNOS MENTAIS EM UNIDADE FECHADA:  
PERCEPÇÃO DE PROFISSIONAIS DA ENFERMAGEM  
DE UMA INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gerontologia, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM-RS), como requisito parcial para obtenção do título de **Mestre em Gerontologia**.

Aprovado em 16 de janeiro de 2019:

  
\_\_\_\_\_  
**Margrid Beuter, Dra. (UFSM)**  
(Presidente/ Orientadora)

  
\_\_\_\_\_  
**Leila Mariza Hildebrandt, Dra. (UFSM)**  
(Coorientadora)

  
\_\_\_\_\_  
**Silomar Ilha, Dr. (UFN)**

  
\_\_\_\_\_  
**Marinês Tambara Leite, Dra. (UFSM)**

  
\_\_\_\_\_  
**Caren da Silva Jacobi, Dra. (UFSM)**

Santa Maria, RS  
2019

## DEDICATÓRIA

*Dedico este trabalho às pessoas mais importantes em minha vida:*

*À minha mãe, pelo exemplo de pessoa, pela mulher que eu vivo a admirar;*

*Ao meu pai, homem simples, mas de um caráter inquestionável;*

*À minha noiva, luz de minha vida, parceira em todos os momentos.*

**AMO MUITO VOCÊS!**

## **AGRADECIMENTOS**

*Esta dissertação não teria sido possível sem a colaboração, estímulo e empenho de diversas pessoas. Por isso gostaria de expressar minha total gratidão a todos àqueles que, direta ou indiretamente, contribuíram para que este projeto se tornasse uma realidade.*

*Agradeço primeiramente a Deus, por ter colocado pessoas tão incríveis no meu caminho e por ter me iluminado neste percurso.*

*À minha orientadora, Prof<sup>a</sup> Doutora Margrid Beuter, pela confiança depositada em minha pessoa, por ter partilhado de seu conhecimento, pela paciência e apoio em todas as etapas.*

*À minha coorientadora Prof<sup>a</sup> Doutora Leila Mariza Hildebrandt, pelo grandioso e inigualável auxílio e generosidade em compartilhar de seu conhecimento para o aprofundamento da temática.*

*A minha banca, Prof<sup>a</sup> Doutora Marinês Tambara Leite, presente desde a seleção para o mestrado, sempre com palavras de incentivo e motivação. Ao Prof<sup>o</sup> Doutor Silomar Ilha, profissional ao qual tenho grande admiração pela sua trajetória profissional. A também Doutora Caren da Silva Jacobi, profissional a qual admiro, pelo seu vasto conhecimento e comprometimento.*

*Ao grupo de estudos do NIEPE, por partilharem momentos de estudo e experiências, pelo carinho com o qual fui recebido e pela ajuda sempre espontânea e fundamental de todos.*

*À minha noiva, pessoa que foi por diversas vezes meu porto seguro, a calma em meio a minha agitação, sempre acreditando, amparando e motivando.*

*A meus pais, por serem o alicerce necessário em todas as etapas de minha vida, dando a tranquilidade para que hoje pudesse realizar este sonho.*

*À Instituição Lar das Vovozinhas, através de sua direção e funcionários, pelo apoio irrestrito para a realização deste trabalho.*

*À direção do Hospital São Vicente Ferrer, por sempre ajustarem a minha escala, entendendo a grandiosidade deste momento.*

*Peço desculpas a todos pelos momentos de ausências, estresse, reclusão, mas saibam que todos auxiliaram para que este momento fosse único e especial.*

*A todos, meus mais sinceros agradecimentos.*

*Ninguém vence sozinho...Obrigado!*

*O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.*

## RESUMO

### **IDOSOS COM TRANSTORNOS MENTAIS EM UNIDADE FECHADA: PERCEPÇÃO DE PROFISSIONAIS DA ENFERMAGEM DE UMA INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA**

AUTOR: Adonai Mejia Costa  
ORIENTADORA: Margrid Beuter  
COORIENTADORA: Leila Mariza Hildebrandt

Tem-se observado a necessidade crescente de cuidados a idosos com patologias debilitantes - como transtornos mentais - que devem ser prestados por equipe multiprofissional. Muitos desses idosos residem em instituições de longa permanência para idosos (ILPI) e são assistidos em unidades fechadas. O estudo teve por objetivos: descrever a percepção de profissionais da enfermagem de uma ILPI acerca da presença de uma unidade fechada em que residem idosos com transtornos mentais e descrever como profissionais de enfermagem realizam o cuidado a idosos com transtornos mentais que residem em unidade fechada de uma ILPI. A pesquisa foi realizada em uma ILPI, localizada na região sul do Brasil. Para coleta dos dados, foi utilizada a técnica de criatividade e sensibilidade (TCS) e a entrevista semiestruturada com 15 profissionais de enfermagem da instituição. Os aspectos éticos da pesquisa com seres humanos foram respeitados. Os dados foram analisados seguindo os passos da análise temática. Os resultados, acerca da percepção dos profissionais de enfermagem sobre a unidade fechada da ILPI, demonstram a precariedade da estrutura física desse local, entendendo-o como um lugar de exclusão, triste, com falta de atividades, mas necessário para garantir a segurança e proteção das idosos. Sobre o cuidado de enfermagem prestado às idosos com transtorno mental na unidade fechada, os participantes referiram dificuldades na prestação do cuidado em função do receio, medo e insegurança ao assistir idosos com transtorno mental. Também houve menção de que cuidar das idosos na unidade fechada foi tranquilo. Considera-se que este trabalho pode contribuir para conhecer a realidade do trabalho dos profissionais de enfermagem em uma unidade fechada de uma ILPI, que assiste idosos com transtorno mental. Além disso, aponta suas dificuldades e estratégias para “sobreviver” neste ambiente – mesmo que busque oferecer cuidado qualificado.

**Palavras-chave:** Profissionais de Enfermagem, Instituição de Longa Permanência para Idosos, Transtornos Mentais, Idoso.



## ABSTRACT

### AGED WITH MENTAL UPHEAVALS IN CLOSED UNIT: PERCEPTION OF PROFESSIONALS OF THE NURSING DE UMA INSTITUTION OF LONG PERMANENCE

AUTHOR: Adonai Mejia Costa  
ADVISOR: Margrid Beuter  
CO ADVISOR: Leila Mariza Hildebrandt

It has been observed the growing need for care for the elderly with debilitating pathologies - such as mental disorders - that must be provided by a multiprofessional team. Many of these elderly people live in long-term care facilities for the elderly (ILPI) and are assisted in closed units. The objective of the study was to describe the perception of nursing professionals of a LTUPI about the presence of a closed unit in which elderly people with mental disorders reside and to describe how nursing professionals provide care for the elderly with mental disorders residing in a closed an ILPI. The research was carried out in an ILPI, located in the southern region of Brazil. To collect the data, the technique of creativity and sensitivity (TCS) and semi-structured interview with 15 nursing professionals of the institution were used. The ethical aspects of human research have been respected. The data were analyzed following the steps of the thematic analysis. The results, about the perception of the nursing professionals about the closed unit of the ILPI, demonstrate the precariousness of the physical structure of this place, understanding it as a place of exclusion, sad, with lack of activities, but necessary to guarantee safety and protection of the elderly. Regarding nursing care provided to the elderly with mental disorder in the closed unit, the participants reported difficulties in providing care due to fear, fear and insecurity when assisting elderly women with mental disorder. There was also mention that caring for the elderly in the closed unit was quiet. It is considered that this work can contribute to know the reality of the work of nursing professionals in a closed unit of an ILPI, which assists elderly women with mental disorder. In addition, it points out its difficulties and strategies to "survive" in this environment - even if it seeks to offer qualified care.

**Key words:** Nursing Professionals, Long-Term Care Institution for the Elderly, Mental Disorders, Elderly.

## LISTA DE SIGLAS

|             |   |
|-------------|---|
| <b>CEP</b>  | Comitê de Ética e Pesquisa                    |
| <b>GAP</b>  | Gabinete de Projetos                          |
| <b>ILPI</b> | Instituições de Longa Permanência para Idosos |
| <b>OMS</b>  | Organização Mundial de Saúde                  |
| <b>QV</b>   | Qualidade de Vida                             |
| <b>RDC</b>  | Resolução de Diretoria Colegiada              |
| <b>TCLE</b> | Termo de Consentimento Livre Esclarecido      |
| <b>UFSM</b> | Universidade Federal de Santa Maria           |

## SUMÁRIO

|  |    |
|--|----|
| <b>1 INTRODUÇÃO</b> .....  | 12 |
| 2.1 ASPECTOS RELATIVOS À LOUCURA E SUA INTERFACE COM O<br>PROCESSO DE ENVELHECIMENTO .....   | 18 |
| <b>3 PERCURSO METODOLÓGICO</b> .....   | 27 |
| 3.1 TIPO DE ESTUDO .....   | 27 |
| 3.2 CENÁRIO E PARTICIPANTES DO ESTUDO .....  | 28 |
| 3.3 COLETA DE DADOS .....  | 29 |
| 3.4 ANÁLISE DOS DADOS .....  | 32 |
| 3.5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS .....   | 32 |
| <b>4 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....  | 35 |
| 4.1 PERCEPÇÃO DE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM EM RELAÇÃO<br>À UNIDADE FECHADA EM QUE PERMANECEM IDOSAS COM<br>TRANSTORNOS MENTAIS ..... | 35 |
| 4.1.1 Lugar com estrutura física precária e de exclusão .....  | 36 |
| 4.1.2 Lugar triste .....   | 38 |
| 4.1.3 Lugar de falta de atividades e de ocupação .....   | 41 |
| 4.1.4 Lugar necessário para segurança das idosas com transtorno mental ....  | 43 |
| 4.2 O CUIDADO DE ENFERMAGEM A IDOSAS COM TRANSTORNO<br>MENTAL EM UMA UNIDADE FECHADA .....   | 45 |
| 4.2.1 Cuidado tranquilo: normal .....  | 46 |
| 4.2.2 Cuidado com dificuldade permeado pelo medo, receio e frustração .....  | 50 |
| <b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....  | 54 |
| <b>REFERÊNCIAS</b> .....   | 57 |
| <b>APÊNDICE A - ROTEIRO DA ENTREVISTA</b> .....  | 65 |
| <b>APÊNDICE B: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO –<br/>TCLE</b> .....   | 66 |
| <b>APÊNDICE C – TERMO DE CONFIDENCIALIDADE</b> .....   | 68 |
| <b>ANEXO A - AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL</b> .....   | 69 |
| <b>ANEXO B – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA</b> .....  | 70 |

## 1 INTRODUÇÃO

Entende-se que o processo de envelhecimento é um evento progressivo e segue as teorias sociológicas, psicológicas e biológicas existentes, havendo diversas maneiras de percebê-lo (NERI, 2001). Também, é visto como um fenômeno natural, pelo qual todos os seres passarão, uma vez que seus corpos são finitos (FERNANDES; RAIZER; BRÊTAS, 2007).

É importante ressaltar que a Organização Mundial de Saúde (OMS) caracteriza a pessoa idosa, como aquela com idade igual ou superior a 65 anos em países desenvolvidos e 60 anos para países em desenvolvimento (OMS, 2005). Para Santos; Pelzer; Rodrigues (2007), o envelhecimento é um fenômeno mundial, sendo percebível em todos os países, sejam estes desenvolvidos ou em desenvolvimento, como é o caso do Brasil. Contudo, o envelhecimento populacional tem causado impactos sociais importantes, devido à necessidade de serviços e tecnologias que deem suporte a essas pessoas. Isso porque a velhice, muitas vezes, está atrelada ao desenvolvimento de doenças. Nesse cenário, o profissional de saúde deve atentar para o uso correto das tecnologias disponíveis, observando para não despersonalizar o idoso, respeitando a humanização do cuidado (SILVEIRA; CIAMPONE; GUTIERREZ, 2014).

Ainda é importante destacar que o envelhecimento acontece de maneiras distintas - de forma natural (senescência) ou patológica (senilidade). A senescência é considerada saudável, desejável para qualquer idoso, fazendo com que possa continuar a desenvolver as suas atividades rotineiras, sem interferências. Já, a senilidade é caracterizada pela presença de alguma patologia que pode estar acompanhando o idoso desde a sua infância ou ter começado na vida adulta. No envelhecimento patológico, são frequentes os transtornos psiquiátricos, os quais repercutem em sofrimento e dificuldades para os familiares, principalmente ao lidar com idosos acometidos por tais enfermidades (NERI, 2001). Desse modo, o transtorno mental pode ser definido como uma síndrome ou padrão psicológico clínico, associado a um mal-estar e/ou incapacidade. É uma alteração dos processos cognitivos e afetivos, os quais

trarão perturbações de raciocínio, comportamento, compreensão da realidade e da vida da pessoa com uma enfermidade dessa natureza (NERI, 2001).

Frente a esse contexto, tem-se observado a busca crescente pela institucionalização de idosos com patologias debilitantes, incluindo os transtornos mentais, que exigem diversos cuidados por parte da equipe multiprofissional. Destaca-se que a institucionalização ocorre em espaços como as Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI's), que podem ser de caráter governamental ou não governamental, de residência coletiva, para abrigar pessoas com idade igual ou superior a 60 anos. Vale dizer, ainda, que são caracterizadas como híbridas por consistirem em espaços de assistência social e de saúde (BRASIL, 2005a). Nesses locais, os idosos precisam adaptar-se a normas, rotinas, limites da instituição, deixando para trás seu estilo de vida, o seu cotidiano e suas referências (FALEIROS; MORANO, 2009).

Por conseguinte, as ILPIs têm o papel de desconstrução e de reconstrução para o idoso, uma vez que este perde seu lugar na sociedade e o reconstrói dentro da instituição – em uma nova realidade. O processo de adaptação do idoso na instituição depende muito da interação do sujeito com os demais residentes e com a equipe que trabalha no local (SOUZA, 2003).

Geralmente, os idosos institucionalizados percebem a mudança do lar para a ILPI como um desafio, em muitos casos, associados a sentimentos de abandono por familiares, perda de liberdade e autonomia, de identidade, de isolamento e inatividade física, quando essas instituições têm caráter apenas de assistência social (HARTMANN, 2012). Para tanto, os profissionais devem estar atentos para preservar a identidade, liberdade, autoestima desse idoso, procurando amenizar os efeitos ocasionados pela mudança, para que todas essas alterações não influenciem de forma negativa em sua qualidade de vida (PIZARRO, 2004).

É notório comentar que muitos idosos são encaminhados às ILPIs por questões de necessidade, sobrevivência, por estarem acometidos de patologias como demências, transtornos psiquiátricos e necessitam receber cuidados específicos que a família não tem condições de oferecer (PAVAN; MENEGHEL; JUNGES, 2008). Assim, compreende-se que as ILPIs não deveriam mais ser vistas como espaços para idosos rejeitados ou esquecidos pela família e/ou

sociedade, mas como locais em que eles têm possibilidade de ter atenção e cuidado especializado por parte de profissionais qualificados.

É interessante destacar que, quando não existiam instituições específicas para idosos, estes eram abrigados em asilos junto a pobres, doentes mentais, crianças abandonadas e desempregados. Salienta-se que o modelo asilar brasileiro mantém semelhanças com as chamadas instituições totais, locais de residência e trabalho sob controle, de rotina rígida e ultrapassada no que diz respeito à administração de serviços de saúde e/ou habitação para idosos. Dentre as semelhanças, está a barreira imposta da instituição com o mundo externo, ocorrendo a “mutilação do eu”. As instituições impõem aos residentes um isolamento em relação ao ambiente externo, com instrumentos de controle, dominação e dessubjetivação, levando os indivíduos a perder suas habilidades sociais (GOFFMAN, 2010).

Vale salientar que muitos idosos com transtornos mentais também eram recolhidos em instituições psiquiátricas, com características manicomiais, cuja atenção se assemelhava àquela descrita por Goffman (2010). Muitos deles permaneciam nesses locais até a sua morte, visto que as instituições manicomiais se constituíam em espaços, quase sempre, sem infraestrutura adequada, com função de adestramento da pessoa nesse local, ficando alheia ao mundo que os cerca (FOUCAULT 2012).

No entanto, novas políticas de atenção ao idoso foram sendo construídas no sentido de qualificar a atenção a esse contingente populacional. Nesse contexto, surge a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) 283/2005, a qual define o atendimento asilar como sendo aquele prestado ao idoso que não dispõe das condições necessárias para a manutenção de sua sobrevivência e/ou aqueles que não possuem família (BRASIL, 2005). Assim, para que a institucionalização não acarrete em perdas para o idoso, é necessário que as ILPIs ofereçam condições dignas à população de idosos, fazendo com que se sintam verdadeiramente residentes na instituição, como parte integrante do local (SANTOS, 2002). Por conseguinte, o profissional deverá estar habilitado para atender tais demandas da população idosa, uma vez que a velhice não é homogênea e sim heterogênea (DIOGO; DUARTE, 2002).

Ainda, nessa perspectiva, o governo, juntamente com o Programa de Envelhecimento e Saúde da Organização Mundial de Saúde (OMS), organizou no ano de 1996, o Seminário Internacional de Envelhecimento Populacional. Nesse ano, também foi regulamentada pelo Decreto nº 1948 de 3 de julho de 1996, a Lei nº 8.842 de 4 de janeiro de 1994, a qual dispõe sobre a Política Nacional do Idoso (PNI), assegurando os direitos sociais e amparo legal ao idoso. No que tange à educação e à saúde, sugere capacitação e educação continuada dos profissionais que trabalham com esse estrato populacional, com programas educativos tanto na graduação, como na pós-graduação (PASCHOAL, 2006; DIOGO; DUARTE, 2002).

Já, no ano de 2003, foi criado o Estatuto do Idoso, por meio da Lei nº 10.741 de 1º de outubro, regulamentando os direitos assegurados a todas as pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, estabelecendo deveres e medidas punitivas. O Estatuto assegura também direitos de atenção integral à saúde do idoso, por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), garantindo acesso universal e igualitário, bem como atendimento preferencial ao idoso (BRASIL, 2003).

Aliado a isso, o Movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil que teve por objetivo a desconstrução do manicômio, a partir da desinstitucionalização do residente, também contribuiu para que o idoso que ali estivesse pudesse receber uma assistência de acordo com suas demandas. O referido movimento defende a substituição de manicômios por outras terapêuticas e um cuidado mais humanizado ao indivíduo com transtorno mental (BRASIL, 2005b).

Nesse sentido, salienta-se que, atualmente, ainda existem resquícios dessa estrutura manicomial em instituições asilares, como da instituição que foi realizada a presente pesquisa, a qual apresenta uma unidade fechada para tratar pessoas com transtornos mentais. Nessa unidade encontram-se idosas que viveram desde jovens nesse local e envelheceram residindo nesta instituição, ou ainda as que passaram a residir neste local já idosas. Essa realidade constituída parece se naturalizar, pois trabalhadores convivem com essa condição há várias décadas, ficando difícil a ruptura desse modelo assistencial. Destaca-se a importância da mudança desse modelo assistencial, tendo em vista que a reforma

psiquiátrica é contrária à exclusão social como tratamento clínico da pessoa com doença mental.

Entretanto, tudo isso encontra resistência devido aos estigmas e preconceitos em relação à doença mental, ou seja, levantam-se questões de como inserir idosos com transtornos mentais nos espaços de convívio com as demais idosas da ILPI, sem correr o risco de agressões e conflitos entre as moradoras e trabalhadores ou até mesmo a vigilância quanto ao risco de fuga destas idosas. Sabe-se que essas colocações remetem à necessidade de conhecimento de todos os trabalhadores, em especial aos profissionais de enfermagem, acerca do que seja o transtorno mental, para que, assim, possam prestar um cuidado qualificado a esse estrato populacional.

À vista disso, elucida-se que o transtorno mental causa perturbação significativa na cognição, na regulação emocional e no comportamento de um indivíduo, que reflete em disfunções no seu funcionamento mental. Os transtornos podem ser causados por fatores biológicos, ambientais ou psicológicos (APA, 2013). Para tanto, compreende-se que a equipe multidisciplinar que atua com pessoas com transtornos mentais precisa qualificar-se para o atendimento, melhorando assim, a qualidade de vida desses idosos.

Ressalta-se aqui a experiência profissional do pesquisador, que atua há cinco anos em ILPI, deparando-se com idosos com transtornos mentais vivendo em unidade fechada. Essa realidade tem suscitado questionamentos sobre a necessidade de manter ou não as idosas isoladas do convívio social da instituição. Essa inquietação se acentuou com a entrada no curso de mestrado em Gerontologia, gerado pela apropriação de maior conhecimento sobre o processo de envelhecimento e suas implicações na vida das idosas e, conseqüentemente, a repensar sua prática profissional.

Desse modo, destaca-se a relevância do estudo, tendo em vista as discussões que permeiam a reforma psiquiátrica e o fato de a instituição possuir uma unidade fechada, impossibilitando o livre acesso das residentes com transtornos mentais às demais dependências da ILPI. Ainda, o pesquisador, na sua experiência prática, tem identificado outras idosas que residem nas demais unidades, também com diagnóstico de transtornos mentais, no entanto não se encontram em unidade fechada. A partir dessas reflexões emergem



questionamentos sobre a necessidade de manter uma unidade fechada para idosas com transtorno mental, visto que a ILPI já é um espaço restritivo. Assim, pondera-se como será para os profissionais conviver no dia a dia laboral com idosas com transtornos mentais em unidade fechada?

Somado a isso, o pesquisador tem observado, durante a sua prática profissional, carência de conhecimentos acerca dos transtornos mentais por parte dos trabalhadores da ILPI. Sabe-se que isso pode gerar insegurança no cuidado a essas idosas e dificuldades em manejar as situações de crise e conflito que emergem em decorrência da doença.

Assim sendo, considera-se ser importante a busca permanente por uma assistência mais qualificada, que repercuta no bem-estar de todas as idosas que residem na ILPI, bem como na satisfação dos profissionais. Desse modo, o estudo tem como proposta mobilizar os profissionais que atuam em uma ILPI a pensarem/ refletirem sobre a assistência/ cuidado prestado a idosas com transtornos mentais em uma unidade fechada.

A partir do exposto, tem-se como **objeto** do estudo a percepção de profissionais de enfermagem de uma ILPI acerca da presença de uma unidade fechada em que residem idosas com transtornos mentais. Para desvelar esse objeto formula-se a seguinte **questão de pesquisa**: Como profissionais de enfermagem de uma ILPI percebem a presença de uma unidade fechada nesta instituição em que residem idosas com transtornos mentais?

Frente a esse questionamento foi delineado os seguintes **objetivos** do estudo:

- Descrever a percepção de profissionais da enfermagem de uma ILPI acerca da presença de uma unidade fechada em que residem idosas com transtornos mentais.

- Descrever como profissionais de enfermagem realizam o cuidado a idosas com transtornos mentais que residem em uma unidade fechada de uma ILPI.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

Este tópico apresenta a revisão de literatura, que tem a finalidade de fundamentar este relatório de dissertação, o qual compreende os aspectos relativos à loucura e sua interface com o processo de envelhecimento.

### 2.1 ASPECTOS RELATIVOS À LOUCURA E SUA INTERFACE COM O PROCESSO DE ENVELHECIMENTO

Em vistas de descrever o cuidado efetuado às idosas com transtornos mentais em uma unidade fechada, torna-se necessário compreender os aspectos históricos que ampararam o entendimento e manejo da “loucura” e dos chamados “loucos”. Tais aspectos assumem importância devido às mudanças radicais sobre a concepção da “loucura” desde a antiguidade até os dias atuais – com novas percepções, conceitos e tratamentos.

Da antiguidade clássica, até a era cristã, a loucura era vista sob diferentes formas e envolvia o enfoque mitológico-religioso (Homero), a concepção psicológica (Eurípedes) e, ainda, as disfunções somáticas (Hipócrates e Galeno). Na Idade Média, passou a ser vista como possessão diabólica, ora como alojamento do diabo no corpo da pessoa, ora como obsessão, vista como alteração das percepções e emoções da pessoa sob influência do demônio (RAMMINGER, 2002).

Ainda, segundo o autor, com o tempo, descartou-se o enfoque demoníaco, prevalecendo a teoria de Hipócrates, na qual as perturbações intelectuais eram direcionadas para o diagnóstico da loucura. Em 1801, a psiquiatria passou a ser uma especialidade médica. A loucura era associada à pessoa com desvio das funções mentais, intelectuais, ou seja, àquela pessoa extravagante, perturbada, que perdeu o juízo. Entretanto, o conceito de loucura sofreu grandes alterações nos últimos séculos (RAMMINGER, 2002).

Para Foucault (2012), houve significativas diferenças de conceitos sobre doença e loucura entre os séculos XVII e XIX. A mudança da loucura para doença mental reflete a modificações de concepção sobre essa temática. A partir do

século XIX, o enfoque passou a ser o tratamento/diagnóstico da loucura, gerando espaço para a parte clínica. Corroborando com os dados, Castro (2009) afirma que as obras de Michel Foucault trazem uma visão de que a clínica responde a uma reestruturação da forma do ver e do falar sobre a loucura, por meio de observações empíricas, ensaios, prescrições terapêuticas, entre outros.

De acordo com Ramminger (2002), Pinel, médico francês, trouxe novas compreensões sobre a loucura e apontou que um diagnóstico deve ser baseado na observação prolongada, rigorosa e sistêmica das transformações do paciente, sejam elas biológicas, mentais e sociais, com objetivo do tratamento e cura. Foi Pinel que criou o hospício, separando os loucos dos demais desvalidos da sociedade, que eram recolhidos nos porões das instituições hospitalares. Destaca-se que, nos tempos de crise na Europa, durante o século XVII, o internamento servia para proteger a sociedade contra revoltas, fora da crise, os internos eram utilizados como mão de obra barata e obrigatória, ou seja, os loucos tinham seu lugar na sociedade ao lado dos pobres (RAMMINGER, 2002).

Compreende-se que, nessas instituições, as condições eram desumanas, diante da precariedade a que as pessoas eram expostas. Muitos dos que ali eram mantidos, não tinham diagnóstico de doença mental, como os epiléticos, os alcoolistas, os homossexuais e as prostitutas (ARBEX, 2013). O autor ainda destaca que essas pessoas morriam por frio e fome, ou por doenças, já que bebiam água de esgoto, urina e comiam ratos.

Vale dizer que essas instituições se mantinham, pois utilizavam a argumentação da limpeza social, e que, de alguma forma, livravam a sociedade do convívio com uma categoria tida como desprezível, indesejável, alheia à “normalidade”. Ou seja, tais instituições eram vistas como protecionistas da sociedade, visto que os loucos causavam temor e eram considerados perigosos (FOUCAULT, 2012).

Nesse cenário, Pinel primou pela medicalização da loucura, passando-a ao patamar de doença e sob intervenção exclusiva do médico (ENGEL, 2001). Portanto, foi no século XIX que surgiram os manicômios, locais próprios para abrigar os doentes mentais, com tratamento médico especializado e sistêmico (RAMMINGER, 2002).

Na sua obra, Foucault (2012) enfatiza críticas a essas estruturas, uma vez que considera estas instituições não como estabelecimento médico, mas como um aparato semijurídico, já que decide, julga e executa. Ainda, evidencia-se a preocupante naturalização de como era tratada a loucura e a internação, segregando os doentes mentais, bem como acontecera na Idade Média, com os leprosos. O autor também expressa que a internação dessas pessoas não se dava por preocupação com a cura somente, mas sim, e, principalmente, para controle sobre essa população, condenação à ociosidade, pois havia uma série de obrigações entre a sociedade e o doente mental: enquanto ele era alimentado, deveria aceitar a coação física e moral.

A partir do século XIX, houve um aumento no número de instituições manicomiais na Europa, uma vez que passaram a ser consideradas a terapêutica mais eficaz a ser utilizada, apesar de todos os pontos negativos, como isolamento, violência (RAMMINGER, 2002). A rotina desses espaços lembra o conceito de instituições totais descrito por Goffman (2010), pois passou a haver a busca da homogeneização de comportamentos.

No Brasil, as instituições manicomiais foram criadas seguindo o modelo europeu. Em 1841, foi criado o primeiro manicômio, no Rio de Janeiro, denominado Hospício Pedro II, o qual foi inaugurado em 1852. Possuía 350 leitos e destinava-se a receber as pessoas de todo o Império. Em 1890, passou a ser denominado Hospício Nacional dos Alienados (RESENDE, 2007). Muitos outros hospícios foram criados e instalados e espalharam-se em nível de país. No ano de 1926, foi criada a Liga Brasileira de Higiene Mental, a qual fazia reflexo ao pensamento psiquiátrico brasileiro, em que as instituições buscavam normalizar os comportamentos, por meio de intervenções psiquiátricas.

Em 1934, por meio do Decreto 24.559, promulgou-se a segunda Lei Federal de Assistências aos Doentes Mentais, fiscalizando e regulamentando os hospitais psiquiátricos como único local para tratamento das pessoas com transtorno mental. Esse decreto contribuiu para que houvesse um aumento exponencial de internações em manicômios/hospitais psiquiátricos (BRASIL, 1934).

Dessa maneira, sabe-se que a visão de saúde mental vigente na época, só mudaria após a Segunda Guerra Mundial, período em que houve preocupação

com os direitos humanos. A partir daí, houve questionamentos em relação à resolutividade do modelo manicomial e diversos movimentos em nível mundial ocorreram, propondo mudanças na atenção à pessoa com transtorno mental. Nesse cenário, a reforma psiquiátrica brasileira foi tomando corpo e tencionando mudanças na assistência psiquiátrica (AMARANTE, 2016). Contudo, a assistência manicomial no Brasil se manteve hegemônica até a década de 1980, pois até então os hospitais psiquiátricos ainda eram vistos como espaços para disciplinar os doentes, com normas e rotinas obsoletas (RAMMINGER, 2002).

As políticas de saúde no Brasil em relação a Saúde Mental tiveram alguns marcos teóricos e políticos na 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986), na 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental (1987), na 2ª Conferência Nacional de Saúde Mental (1992) e na 3ª Conferência Nacional de Saúde Mental (2001). Cita-se as décadas de 1980 e 1990, como as mais virtuosas para a reestruturação da assistência psiquiátrica no Brasil (HIRDES, 2009). A Conferência Regional para Reestruturação da Assistência Psiquiátrica, ocorrida em Caracas/Venezuela, foi um dos marcos fundamentais para a reforma psiquiátrica brasileira, cuja proposta foi reestruturar a assistência psiquiátrica, rever o papel centralizador do hospital psiquiátrico e, acima de tudo, zelar pelos direitos civis, dignidade pessoal, direitos humanos e permanência da pessoa no seu meio comunitário (OMS, 1990).

No Rio Grande do Sul, em 1992, ocorreu a aprovação da Lei da Reforma Psiquiátrica, Lei Estadual Nº 9.176, que trata da reforma psiquiátrica no âmbito estadual, enquanto que somente no dia 6 de abril de 2001, foi sancionada a Lei nº 10.216, que trata da reforma psiquiátrica em âmbito nacional (CONSOLI; HIRDES; COSTA, 2006). Tais legislações convergem na concepção de desconstrução do hospital psiquiátrico e na criação de serviços substitutivos em nível local, mais atenção às pessoas com transtornos mentais, ou seja, a desinstitucionalização, com vistas a transferir o centro da atenção da instituição para outros setores, seja comunidade, distrito, território (AMARANTE, 1994). Um dos movimentos que representou um dos pilares para a reforma psiquiátrica no Brasil foi a Psiquiatria Democrática Italiana, que tinha em Franco Basaglia, médico psiquiatra, o responsável por mudanças de concepção da psiquiatria tradicional (AMARANTE, 2016).

Para Rotelli *et al.* (1990), a desinstitucionalização caracteriza-se como uma transformação baseada na ruptura de paradigmas, uma nova política de saúde, a mudança do processo de “cura” para a “invenção de saúde”; a construção de estruturas externas substitutivas ao manicômio; mudanças na relação entre a instituição e os residentes; investimento maior em pessoas e não em aparatos. Este último ponto produz maior comunicação, solidariedade, já que o cuidado é elemento fundamental para transformar o modo de viver e sentir o sofrimento do residente.

Tais mudanças no modelo manicomial repercutiram na atenção aos idosos, já que muitos deles eram assistidos em hospitais psiquiátricos. De acordo com Maia; Pavarini (2002), os idosos institucionalizados representam uma grande parcela da população inserida em hospitais psiquiátricos, apresentando dificuldades de reinserção social, por consequência da perda de vínculo familiar e, também, devido ao comprometimento físico e/ou cognitivo, causados tanto pelo processo inevitável do envelhecimento, como pela longa permanência na instituição. Muitos envelheceram de forma institucionalizada, tornando-se pessoas idosas nesses espaços, o que representa um desafio aos profissionais de saúde. Entretanto, são muitos os profissionais que têm dificuldade de entender o processo de envelhecimento ou diferenciar o envelhecimento ativo do patológico.

Nesse contexto, reforça-se o papel da enfermagem, especialmente quando se têm idosos com uma condição patológica relacionada ao adoecimento mental. Assim sendo, vale destacar que a enfermagem é essencial, uma vez que tem como base o cuidar do indivíduo tanto de forma individual, como coletiva (SILVA, 2005). As ações do enfermeiro estão voltadas à inclusão social do doente mental, criando condições necessárias para tanto. Deve-se pensar na reabilitação desses indivíduos, ou seja, assegurar maior autonomia e independência em suas ações (MOTA; BARROS, 2008).

Com as mudanças no modelo manicomial e a desinstitucionalização dos manicômios, muitos idosos com doenças mentais foram institucionalizados em Instituições de Longa Permanência para Idoso (ILPIs). As ILPIs receberam essa denominação, segundo Lima (2005), pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG), em detrimento do termo anteriormente utilizado: asilo. São espaços para cuidados de longa duração, ou seja, espaços onde haverá atenção

para serviços de saúde, sociais e pessoais, destinados prioritariamente a pessoas com certo grau de dependência funcional (KANE, 2001). A sociedade brasileira, em sua maioria, rejeita as instituições geriátricas, principalmente por associarem à imagem negativa das mesmas, já que, em sua origem, eram destinos de pobreza e segregação (BORN, 2001).

De acordo com Rezende (2001), a origem de tais espaços se deu na Grécia Antiga, com os chamados *gerontokomeions* (cuidar de velho). Destinavam-se aos velhos, funcionando como hospício, hospital, asilo, abrigo ou albergue. As primeiras instituições para abrigar idosos são do Império Bizantino, século V a.C. Já no Ocidente, a primeira residência geriátrica foi fundada pelo Papa Pelágio II (520-590), o qual utilizou sua própria residência, para abrigar os idosos (ALCÂNTARA, 2004).

Surgiram também as *almshouses*, na Inglaterra (séc. X d.C), localizadas próximas a monastérios, mantidas por doações da comunidade e igreja, destinando-se ao abrigo de idosos desamparados (CHRISTOPHE, 2009). Diante do aumento significativo das *almhouses*, no século XVI, o governo, por meio da criação da *Poor Laws* (Lei dos Pobres), assumiu a responsabilidade pela assistência dos excluídos, sejam eles pobres, mendigos, órfãos, loucos, idosos, entre outros. Essa homogeneização entre os excluídos pela sociedade resultou na imagem negativa dos abrigos, que ainda prevalece nos dias atuais (BORN; BOECHAT, 2006).

Os países europeus passaram a tratar os idosos como um grupo diferenciado dos demais. Apenas no século XVII passaram a ver que os idosos tinham necessidades especiais e precisavam de um local específico para sua velhice. Foram criados espaços para essa população, como os *hoffies* na Holanda, destinados primeiramente ao abrigo de idosas religiosas (NOVAES, 2003).

Na América Latina, segundo Christophe (2009), os espaços destinados a idosos são mais recentes se comparados à Europa, entretanto se assemelham pelo fato de também terem sua origem associada a atividades filantrópicas de instituições religiosas. No Brasil, no ano de 1782, a igreja católica criou o primeiro asilo para idosos, na cidade do Rio de Janeiro, com capacidade para 30 pessoas (POLLO; ASSIS, 2008). Em 1790 começou a construção da chamada Casa dos

Inválidos, que funcionaria a partir do ano de 1794. Destinava-se apenas aos soldados portugueses, como recompensa pelos serviços prestados. Com a chegada da Família Real Portuguesa, no ano de 1808, a casa foi cedida ao médico do Rei e os internos foram transferidos para a Casa de Santa Misericórdia, a qual mantinha-se por doações, esmolas, dízimos cedidos pelo Rei. Além disso, abrigavam não somente idosos, mas todos aqueles excluídos pela sociedade, como pobres, indigentes, marinheiros, entre outros (LIMA, 2005).

De acordo com este autor, essa diferenciação dos excluídos só mudou com o desenvolvimento da medicina, no século XIX, surgindo assim os espaços para institucionalização. A sociedade encarava com desprezo esses excluídos, pois acreditava que eles representavam algum risco ao bem-estar de todos, como possíveis transmissores de doenças. Foi diante desse receio que, no ano de 1879, foi criado o “Asilo de Mendicidade”, que recebia todos aqueles que não se enquadravam na internação do Hospício Dom Pedro II (GROISMAN, 1999).

De fato, segundo Groisman (1999), o primeiro asilo destinado exclusivamente a idosos, foi o “Asilo São Luiz para a Velhice Desamparada”, criado em 1890, no Rio de Janeiro. Foi uma instituição pioneira e modelo para a época, além da visibilidade social que alcançou. O Asilo São Luiz retratou o modo como o idoso era visto, de forma homogeneizada e igualitária, como o encontro do homem branco e rico com a mulher negra e pobre. Também, segundo o autor, a velhice, apesar de ganhar notoriedade aos meios de comunicação e sociedade, era vista como um período de decrepitude, degeneração física e mental. Segundo Groisman (1999), no final do século XIX e início do século XX, a velhice foi separada das outras categorias minoritárias (mendigos, crianças e loucos) e segmentada em asilos de velhos, destacando assim os idosos como um grupo específico.

Os estudos realizados não destacam, de acordo com Camarano *et al.* (2010), uma linha histórica contínua sobre a implantação de instituições geriátricas no Brasil. O que se sabe é que elas, originalmente, eram destinadas à população carente e desamparada. Os autores também destacam que tais instituições eram, em sua maioria, filantrópicas e de iniciativas religiosas.

Para Junges (2004), a velhice ainda é vista com estereótipo, pois estampa rugas, vai de encontro a eterna juventude pregada por certos setores da mídias.



Entretanto, para Camarano; Kanso; Mello (2009), o aumento da expectativa de vida da população brasileira faz com que os asilos ofereçam algo a mais do que simples abrigo, que integrem uma assistência voltada às necessidades dessa população.

É interessante ressaltar que as ILPIs são caracterizadas segundo a Resolução da ANVISA/RDC nº 283, como instituições governamentais ou não governamentais, de caráter residencial ou coletivo, para pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, com ou sem suporte familiar (BRASIL, 2005a). A RDC 283/05 cria critérios quanto ao grau de dependência da população idosa: dependentes, independentes ou semidependentes. Grau de dependência I: idosos independentes para o autocuidado, mesmo que necessitem de alguns equipamentos de autoajuda (bengala, andador, etc). Nessa situação, as instituições necessitam de, ao menos, um cuidador para cada 20 idosos. Grau de dependência II: idosos com dependência em até três atividades do autocuidado (alimentação, mobilidade, higiene), sem comprometimento cognitivo ou com alteração cognitiva controlada. Considerando esse grau de dependência, as instituições necessitam de, ao menos, um cuidador para cada 10 idosos. Grau de dependência III: idosos com dependência em todas as atividades do autocuidado ou com comprometimento cognitivo, em que as instituições necessitam de um cuidador para cada seis idosos.

Tendo em vista que o transtorno mental é considerado um comprometimento cognitivo, seguindo esses critérios, idosos acometidos deveriam receber cuidados de mais profissionais do que aqueles idosos sem transtornos mentais. No entanto, isso não foi realizado na história do cuidado aos “loucos”, sendo então mais importante o cumprimento da resolução. A contratação de mais profissionais encontra um impedimento na limitação de recursos disponíveis – principalmente para as instituições filantrópicas – tornando difícil ou impossível o pleno cumprimento do número de profissionais para atender este público.

Dessa forma, a história da loucura acaba por predispor as percepções e atitudes frente aos transtornos mentais a ponto de prejudicar as ações de cuidados. O isolamento acaba por adquirir um teor higienista e desprovido da proteção que deveria orientar sua aplicação. A permanência em ambiente

fechado em caráter definitivo encontra ressonância nas práticas centenárias dos manicômios e pouca ou nenhuma semelhança com as propostas das reformas de saúde mental. Assim, assume-se maior importância para a percepção que os profissionais têm das práticas efetuadas em uma unidade fechada de uma ILPI.

### 3 PERCURSO METODOLÓGICO

Neste item estão descritas as etapas do percurso metodológico seguidas na realização desta pesquisa que são: tipo de pesquisa, cenário e participantes do estudo, coleta de dados, análise dos dados e considerações éticas.

#### 3.1 TIPO DE ESTUDO

O presente estudo caracteriza-se como uma pesquisa exploratória e descritiva, do tipo qualitativa. Sabe-se que a pesquisa qualitativa trabalha com significados, motivos, crenças, valores, atitudes, aprofundando as relações, processos e fenômenos. Ela compreende os aspectos da realidade que não podem ser quantificados, centrando-se na compreensão e explicação da dinâmica das relações (MINAYO, 2014).

A pesquisa descritiva, segundo Gil (2010), tem como objetivo a descrição das características de determinada parcela da população, ou ainda de algum fenômeno. Esse tipo de pesquisa objetiva o registro e a análise de fatos de determinada situação, com a premissa de não intervir sobre eles, buscando somente conhecer as características de um determinado grupo ou indivíduo isoladamente (CERVO; BERVIAN, 2002).

Já a pesquisa exploratória tem como fundamentação proporcionar uma melhor familiaridade com a problemática, com o intuito de tornar o problema mais explícito, podendo inclusive construir hipóteses. O seu planejamento é bastante flexibilizado, pois se deve considerar o fenômeno ou o fato estudado nos mais variados aspectos. Através deste tipo de pesquisa, realiza-se o levantamento bibliográfico; entrevistas com pessoas com experiências no campo prático do problema abordado e a análise de exemplos que propulsionem a compreensão, ou seja, assume as formas de pesquisa bibliográfica e estudo de caso (GIL, 2010).

### 3.2 CENÁRIO E PARTICIPANTES DO ESTUDO

O estudo foi realizado na ILPI Amparo Providência Lar das Vovozinhas, localizada no município de Santa Maria, Rio Grande do Sul. A Instituição possui 71 anos de existência, destinada a idosas em situação de vulnerabilidade social, com capacidade para 200 idosas (PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA MARIA, 2015).

O Lar das Vovozinhas foi fundado pelo Diácono Constantino Cordiole em 16 de outubro de 1946. A organização interna da instituição fica a cargo das irmãs Filhas de Santa Maria da Providência (FANTINEL, 2014). Atualmente, a instituição acolhe apenas mulheres, contando com praticamente 100 funcionários. A estrutura física é formada por quatro alas, sendo duas destinadas a idosas semidependentes, uma para idosas totalmente dependentes e uma ala psiquiátrica, para idosas acometidas por patologias psiquiátricas.

A instituição conta com o serviço dos seguintes profissionais da área da saúde: enfermeiros (6), técnicos de enfermagem (37), médicos (2), fisioterapeuta (1), farmacêutico (1), nutricionista (1), psicóloga (1), assistência social (1) e gerente executiva (1). Desses profissionais, os médicos (clínico geral e psiquiatra) atendem nos turnos manhãs e tardes, em dias alternados. A fisioterapeuta, o farmacêutico, a nutricionista e a psicóloga atendem no turno da manhã. A assistente social e a gerente executiva atuam nos turnos manhãs e tarde. Os integrantes da equipe de enfermagem atende nas 24 horas do dia, ficando um enfermeiro por turno para gerenciar a equipe de enfermagem (técnicos de enfermagem e bolsistas de enfermagem) da instituição. O enfermeiro faz a escala de 6 horas diárias nos turnos manhãs e tarde, e de 12 horas no turno da noite. A ala psiquiátrica tem em sua escala dois técnicos de enfermagem nos turnos da manhã e da tarde e no turno da noite há um técnico de enfermagem.

A escolha da ILPI ocorreu por ser uma instituição de referência no município e região e por possuir uma ala psiquiátrica isolada, abrigando 47 mulheres com transtornos mentais.

Os participantes da pesquisa foram 15 profissionais, dois enfermeiros e 13 técnicos de enfermagem. Os critérios de inclusão dos participantes foram: ser profissional de enfermagem; ter vínculo empregatício há pelo menos três meses;

possuir carga horária mínima de trabalho de 20 horas semanais; e realizar ou ter realizado atividades na ala psiquiátrica. Os profissionais que estavam em férias ou licença saúde no período da coleta de dados foram excluídos da pesquisa.

Vale dizer que a seleção dos participantes da pesquisa foi por amostra de conveniência, seguindo os critérios de inclusão e exclusão estabelecidos. De acordo com a disponibilidade de cada participante, eles eram convidados a participar da pesquisa e agendado um horário mais adequado. Todos os profissionais que foram convidados aceitaram participar da entrevista, a qual foi realizada em horário distinto ao trabalho, para não prejudicar o andamento e funcionamento das atividades laborais na Instituição.

### 3.3 COLETA DE DADOS

Para a produção de dados, foi utilizada a Técnica de Criatividade e Sensibilidade (TCS) denominada “Almanaque”, com a entrevista semiestruturada (APÊNDICE A). A TCS consiste na busca da subjetividade em temas diversos, auxiliando na interação do pesquisador e na profundidade do tema, utilizando-se de instrumentos como figuras, recortes, frases, para alcançar o propósito almejado (FONTES; ALVIM, 2008). Já, a entrevista semiestruturada privilegia a obtenção de informações por meio de falas individuais e possibilita ao entrevistado falar sobre suas experiências, por meio de um roteiro definido, buscando no entrevistado respostas livres e espontâneas, tornando o diálogo um instrumento de aprofundamento da comunicação (MINAYO, 2014).

A TCS necessita de valorização da criatividade e da sensibilidade, muitas vezes ultrapassando a racionalidade do sujeito, para o alcance dos objetivos (SILVA; ALVIN; FIGUEIREDO, 2008). O ato criativo, acrescido das técnicas de coleta de dados, tem por finalidade instigar a subjetividade dos participantes da pesquisa, por meio da interação com o pesquisador e do aprofundamento do tema (FONTES; ALVIM, 2008).

Para a produção dos dados utilizou-se uma sala reservada localizada na instituição. A técnica foi desenvolvida oportunizando aos participantes a seleção de gravuras para assim confeccionar o seu “Almanaque”. Primeiramente foi

realizada a apresentação pelo pesquisador, dos objetivos e da temática central. Em seguida foi realizada a explanação da técnica e da organização do espaço físico disponível.

Foram selecionadas aproximadamente 60 figuras, provenientes de jornais, revistas e outras mídias físicas as quais foram apresentadas a todos os participantes, de modo individual. As gravuras eram dos mais diversos temas, como natureza, objetos abstratos, pessoas, relações afetivas, segmentadas nas diversas faixas etárias, ficando dispostas sobre uma mesa (FIGURA 1).

Figura 01 - Fotografia da disposição das gravuras para TCS Almanaque



Fonte: Próprio autor (2019)

Os participantes tinham acesso a todas as imagens disponibilizadas, deixando que selecionassem livremente as gravuras correspondentes a sua percepção quanto ao tema: “qual a minha percepção de idosos com transtornos mentais em unidade fechada?”, e que montassem o seu próprio Almanaque. A partir das escolhas das gravuras (poderiam escolher quantas achassem necessárias) os participantes expuseram e discursaram sobre as figuras escolhidas. Não havia tempo pré-determinado quanto ao tempo disponível para a escolha das gravuras, sendo que ao término da entrevista, o Almanaque era fotografado, e as gravuras escolhidas disponibilizadas para as posteriores entrevistas.

Entende-se que essa técnica desenvolve-se por meio do recorte de gravuras, desenhos, fotos, de diversas naturezas que podem auxiliar os participantes na escolha do material para o “Almanaque”. Essa construção ocorreu tendo por base o tema principal apresentado pelo pesquisador, que neste estudo, foi a percepção dos profissionais de enfermagem acerca de idosos com transtornos mentais em uma unidade fechada. O entrevistado realizou a escolha do material que considerou pertinente ao tema, confeccionando assim, seu próprio almanaque e, posteriormente, justificou suas preferências, dando início ao diálogo do pesquisador com o entrevistado. Para o desenvolvimento da técnica, algumas etapas foram seguidas: primeiramente a apresentação entre o pesquisador e o participante, enunciando os objetivos e o tema central do estudo. Após, foi explicado o funcionamento da técnica e a organização do espaço físico. Dessa forma, por meio do uso da TCS, foi conversado sobre a permanência e a implicação de idosos com transtornos mentais em ambiente fechado.

A entrevista semiestruturada foi desenvolvida juntamente com a apresentação e discussão do Almanaque, sendo abordadas as condutas da equipe diante da questão de idosos com transtornos mentais em ambiente fechado. Esse tipo de entrevista permitiu um foco mais direcionado com o objetivo do estudo e possibilitou também a retomada do tema pelo entrevistador, por meio de novas perguntas de acordo com a direção que a entrevista seguiu (MINAYO, 2014). Na etapa da coleta de dados, houve a necessidade do pesquisador estar atento na interação com o entrevistado, por meio de interação verbal, mas também social. O objetivo da pesquisa permeou o momento da entrevista (MANZINI, 2006).

Com o intuito de validar o roteiro da entrevista, esta foi aplicada a dois participantes da amostra, anterior à produção dos dados, para mensurar se existia alguma dificuldade na compreensão das questões. Não houve necessidade de readaptação do instrumento de produção de dados, estas entrevistas também foram incluídas no estudo.

Para identificação dos participantes, foi utilizado a letra “E” para o entrevistado, juntamente com a numeração sequencial (ex. E1, E2, ...), preservando assim a identidade de cada um e para melhor organização da pesquisa.

As entrevistas foram gravadas em áudio (celular e gravador) e transcritas, para a fidedignidade dos dados e para extração do maior número de informações possíveis. Para a participação do entrevistado foi respeitada sua rotina e horário de trabalho, agendando previamente um momento para a entrevista, após o aceite dele em participar. As entrevistas foram realizadas na ILPI em uma sala que permitia privacidade, observando o bem-estar do pesquisado e a manutenção do sigilo dos dados. A coleta de dados foi realizada nos meses de fevereiro a maio de 2018.

### 3.4 ANÁLISE DOS DADOS

A análise de dados foi desenvolvida em dois níveis de interpretação, seguindo a análise temática proposta por Minayo (2014). No primeiro nível, foi realizado um levantamento das determinações da pesquisa, correspondendo a fase exploratória da investigação, em que está o contexto sócio-histórico do grupo estudado (MINAYO, 2014)

Já o segundo nível, conhecido como interpretativo, ocorreu no encontro com eventos empíricos, quando se buscou, nos relatos, o sentido, a lógica, as projeções e interpretações. Esse nível foi dividido em duas etapas, sendo a primeira a etapa da organização dos dados (transcrição das informações obtidas nas entrevistas, releitura dos materiais e ordenação dos relatos em alguma sequência), formando-se assim o corpus da pesquisa. A segunda etapa foi a de classificação dos dados, quando se realizou a leitura horizontal e extenuante dos textos, leitura transversal, análise final e o relatório (MINAYO, 2014). Nessa etapa, as ideias primordiais das falas foram destacadas, as falas alocadas por temas, para formar as categorias de discussão, que constituíram o relatório final com os resultados alcançados durante a trajetória da pesquisa.

### 3.5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Durante a realização da pesquisa, os direitos dos participantes foram assegurados, seguindo os dispostos legais da Resolução do Conselho Nacional de Saúde, nº 466/2012, a qual define diretrizes e normas regulamentadoras das



atividades de pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012). Assim, a autonomia dos participantes foi garantida e respeitada, sendo assegurada a vontade de permanecer e de contribuir, ou não, na pesquisa, por meio de suas manifestações expressas, livres e esclarecidas, por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B). O TCLE e o Termo de Confidencialidade (APÊNDICE C) dos dados garantiram a confidência e o anonimato dos participantes.

A participação dos profissionais ocorreu de forma voluntária, após convite prévio para participarem do estudo. Eles foram informados sobre os preceitos éticos e legais que envolvem a pesquisa, como autonomia e anonimato, bem como a respeito do uso e armazenamento do material a ser gerado nas entrevistas. Em relação à autonomia, os profissionais tiveram garantidos a voluntariedade na participação e puderam, a qualquer momento da entrevista, desistir da participação. Foram expostos os objetivos da pesquisa, respeitando o sigilo quanto à identidade. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi entregue em duas vias para os profissionais, uma cópia ficou com os participantes e a outra com o pesquisador, sendo que ambas as vias foram assinadas pelos entrevistados.

Com base nos princípios que norteiam a justiça e a equidade, todas as etapas que envolvem a pesquisa ocorreram de modo a contemplar os profissionais que, de forma voluntária, aceitaram participar, sendo respeitado àqueles que recusaram o convite. Assegurou-se também ao profissional, que em nenhum momento suas respostas ocasionariam prejuízos trabalhistas de qualquer natureza.

Aos participantes ficou garantida a privacidade de suas informações por parte dos pesquisadores responsáveis. Em nenhum momento haverá identificação dos participantes, mesmo quando da divulgação dos resultados. Os profissionais participantes terão benefícios indiretos, uma vez que o estudo permitirá a reflexão dos participantes acerca do cuidado realizado a idosas com transtornos mentais em ambiente fechado, assim como aprofundar conhecimentos acerca da temática.

Quanto aos riscos, assegura-se que a participação na pesquisa representou mínimos riscos de ordem física ou psicológica, comparáveis a uma

conversação informal, como cansaço e expressão de emoções diante da temática abordada. Quando ocorreu alguma dessas alterações, o pesquisador abordou de maneira individualizada o participante, ofereceu maior atenção a ele, sendo que nenhum entrevistado desistiu de dar continuidade à entrevista.

Salienta-se que a pesquisa foi registrada, inicialmente, no Gabinete de Projetos (GAP) do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), assim como apresentada à direção da ILPI, da qual recebeu a autorização institucional (ANEXO A). Posteriormente, o projeto foi registrado na Plataforma Brasil, encaminhado ao Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria (CEP/UFSM) sendo aprovada de acordo como Parecer 2.439.184 e sob o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética Nº 80679617.3.0000.5346 (ANEXO B). Destaca-se que a coleta de dados somente iniciou após a aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética.

## 4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A leitura e organização das informações obtidas no campo empírico da pesquisa permitiu a construção de duas temáticas. A primeira aborda a percepção dos profissionais de enfermagem sobre a ala fechada da ILPI, local em que residem idosas com transtornos mentais. Essa temática está subdividida em quatro subtemas, que versam sobre a precariedade da estrutura física da ala fechada, bem como suas características, entendendo-a como um lugar de exclusão, triste, com falta de atividades, porém necessário para garantir a segurança e proteção das idosas.

O segundo tema, por sua vez, discute sobre o cuidado de enfermagem prestado às idosas com transtorno mental na ala fechada. Esse tema foi dividido em dois subtemas, um deles discorre sobre a tranquilidade percebida e sua influência no cuidado por parte dos profissionais de enfermagem e o outro disserta sobre as dificuldades no cuidado em função do receio, medo e insegurança ao assistir idosas com transtorno mental.

Os participantes do estudo foram dois enfermeiros e 13 técnicos de enfermagem. Destes, 13 eram do sexo feminino e dois do sexo masculino. A idade dos participantes variou de 27 a 53 anos.

Quanto ao tempo de serviço na instituição, variou de um a oito anos. Observou-se que, do total de profissionais, todos estavam na instituição há pelo menos, um ano e apenas dois possuíam curso de especialização na área da gerontologia.

### 4.1 PERCEPÇÃO DE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM EM RELAÇÃO À UNIDADE FECHADA EM QUE PERMANECEM IDOSAS COM TRANSTORNOS MENTAIS

Nos relatos dos participantes sobressaíram falas que permitiram a construção dos subtemas: referentes à condição física do local; ser uma ala “de

tristeza”; à ausência de atividades e de ocupação das idosas; e a um local necessário para a segurança das idosas. A condição física precária da unidade agrava o sentimento de exclusão das idosas. É um local triste pela condição de abandono familiar e desvinculação vivida pelas institucionalizadas. A ausência de atividades e de ocupação remete às possibilidades restritas decorrentes de uma visão retrógrada do transtorno mental. Pela condição psíquica das idosas residentes na ala, muitas delas necessitam de acompanhamento constante para impedir atos prejudiciais a elas mesmas.

#### **4.1.1 Lugar com estrutura física precária e de exclusão**

A percepção dos profissionais de enfermagem relacionados à ala fechada é de que ela apresenta uma estrutura física com poucas condições para o cuidado e conforto das idosas, denotando negligência com as idosas institucionalizadas.

[...]quando tu chegas pra trocar de noite, geralmente elas estão urinadas, as cobertas estão no chão, ou as cobertas estão urinadas e elas acabam ficando no colchão puro (E5).

Aqui é uma cama desorganizada e suja, sem colchão, muitas vezes, sem lençol e elas fazem bastante xixi, o cuidado lá é meio, não sei, muito assim, meio jogado também (E 11).

É uma ala diferente das outras, não tem as mesmas condições. As paredes são feias, as camas sem condições, maçanetas quebradas (E15).

Os entrevistados relataram um ambiente insalubre, o que reforça a estigmatização das pessoas com transtorno mental, ainda mais por estarem institucionalizadas. Para Davim *et al.* (2004), as ILPIs normalmente são estruturadas em locais inapropriados e inadequados às necessidades do público idoso, não sendo disponibilizados nesses espaços cuidados básicos de higiene e de alimentação, além de carência de assistência social, imprescindíveis para um atendimento de qualidade a esse estrato populacional. A RDC 283/2005 aponta que as instituições de longa permanência para idosos têm o dever de

proporcionar instalações físicas em condições de higiene, salubridade, segurança e habitabilidade a todos os residentes, devendo os ambientes serem planejados, projetados e analisados para posterior aprovação do projeto pela equipe da Vigilância Sanitária, os quais verificarão as normas e padrões em cada ambiente da ILPI visando à redução de riscos ao idoso (BRASIL, 2005a).

Outro aspecto que diz respeito à exclusão das idosas com doença mental é a percepção de a ala fechada assemelhar-se a uma “prisão”.

Na ala três, a ala psiquiátrica é como se fosse uma prisão ali pra elas, tem pouca, elas têm pouca socialização com as outras assistidas, não socializam, não interagem. É como se fosse uma ala excluída (E 13).

[...] pra mim significa uma prisão, que é como eu me sinto quando eu entro lá dentro, porque é uma ala fechada (E 5).

Isso aqui é uma penitenciária, ala fechada (E 6).

Aqui ficam presas, só veem o movimento e as pessoas do lado de fora, pelas grades da frente e pelas janelas do lado, pois elas ficam sempre isoladas, poucas saem de lá (E 7).

As falas ressaltaram a semelhança da ala onde residem as idosas com uma prisão, porque a unidade é mantida fechada, com acesso restrito somente a funcionários e pessoas autorizadas. Essas características elencadas pelos participantes se assemelham a de uma instituição manicomial que, no olhar de Luchmann; Rodrigues (2007) representam exclusão, violência e sofrimento psíquico ao ser humano. Nesse cenário, a sociedade se isenta com o que acontece no cotidiano do institucionalizado, por entender que ele não tem condições de conviver além dos muros da instituição.

Grahan *et al.* (2007) destacam que segregar ou estigmatizar as pessoas com transtornos mentais pode provocar a perda de sua dignidade e a exclusão da participação ativa em sociedade. As ILPIs, embora realizem um importante serviço de cuidado e assistência à saúde do indivíduo institucionalizado, acabam por isolar o idoso, limitando assim suas possibilidades de aprendizagem e convívio em sociedade (ARAÚJO; COUTINHO; SANTOS, 2006).

A ala fechada foi destacada como um lugar trancado, restrito e bloqueado que pode prejudicar ainda mais a saúde mental das idosas com transtorno mental residentes na Instituição.

Tem uma porta tá, além da porta tem uma grade, aí depois da grade, tem um pátio fechado com grade, um cadeado, mas é muito fechado, é muito bloqueado (E 10).

A gente tem o poder de ir e vir, e elas não têm. Aí lá elas ficam num menor, num lugar menorzinho ainda, sabe? Eu acho muito restrito pra elas, isso também pra mim, pode até prejudicar a cabecinha delas. É chaveado, literalmente, né, com chave a porta, a geladeira onde elas comem, o refeitório, o banheiro (E 11).

Os entrevistados frisaram que o espaço físico da unidade se assemelha ao modelo prisional e manicomial. Isso se deve ao fato de que as idosas não têm a liberdade de adentrar outros espaços da instituição, ficando restritas a esse espaço fechado. Essa semelhança com modelo prisional e manicomial corrobora com o pensamento de Debert (1999), que faz uma associação de asilo de idosos com Instituições Totais, fundamentado no pensamento de Goffman (2010), que define a Instituição Total como um local onde os residentes são separados da sociedade por um período de tempo variável, levando uma vida fechada e formalmente administrada, em que uma pequena parcela dita as regras e define rotinas que a grande maioria deve seguir. O autor também destaca que, na Instituição Total, ocorre a “mutilação do eu”, pois o sujeito perde sua autonomia, suas vivências anteriores à institucionalização, não sendo levadas em consideração e passa a seguir uma rotina restrita e rígida.

#### **4.1.2 Lugar triste**

Um dos grandes desafios encontrados nas ILPIs é o abandono do idoso por parte da família e perda do vínculo familiar, infligido ao residente uma situação de desamparo em que – na ILPI – é necessário criar novos laços com outras pessoas. Esse recomeço precisa lidar com a tristeza e a solidão, o que exige um cuidado individualizado e qualificado por uma equipe multiprofissional.

Pode-se afirmar que a ala foi percebida pelos profissionais entrevistados como um local de tristeza em função do distanciamento das idosas em relação à sua família e pelo fato de não receberem visitas.

Uma ala meio triste, os familiares não visitam muito elas. Elas ficam sem muito carinho, sem muito contato. Não tem mais o contato com os familiares (E3).

Tristeza, eu acho, há muita tristeza lá dentro. Ficam presas. Solidão. A falta da família (E 7).

Os entrevistados enfatizam a tristeza como predominante nesse ambiente devido ao isolamento das idosas em decorrência do adoecimento mental e do pouco contato com familiares. Leme (2002) salienta que a manutenção de relacionamentos familiares harmônicos está associada ao bem-estar psicossocial do idoso e da própria família sendo, então, uma possibilidade de melhora que deve ser estimulada dentro da instituição. A separação do idoso de sua vida normal e a convivência com estranhos causa nele sentimentos de solidão, potencializados quando ele está desvinculado de sua família (ELIAS, 2001). Para Tier; Fontana; Soares (2004), a solidão do idoso está associada às modificações na estrutura familiar atual e nas condições de vida moderna, com a diminuição do tamanho das famílias, maior mobilidade das famílias e grande número de separações. As alterações da estrutura familiar têm distanciado os idosos de seus familiares, não sendo incomum a perda de contato entre eles, contribuindo para o aumento de idosos institucionalizados (NERI, 2007).

Segundo Souza; Rosa; Souza (2011), o sentimento de abandono e tristeza do idoso institucionalizado é ainda mais visível diante de datas comemorativas como dia das mães, dos pais, Natal, Páscoa, Ano Novo: a ausência da família é a manifestação explícita do abandono.

Outra preocupação constante é que os familiares dos idosos institucionalizados, na maioria das vezes, não retornam para visitá-los, deixando a cargo da ILPI o cuidado de seu familiar. Contudo, por melhores que sejam as condições da ILPI, em relação a conforto e condições físicas, nada é equiparável ao ambiente familiar, convívio com amigos e comunidade – em termos psicossociais -, condição que o idoso perde após a institucionalização e que influi negativamente no processo de envelhecimento (TIER; FONTANA; SOARES, 2004)

Os profissionais entrevistados mencionaram os efeitos do isolamento em função da permanência em ala fechada – o que implica em solidão e tristeza.

As condições que elas ficam. Elas não são felizes lá dentro, isso tu olha e tu nota nelas (E 5).

Por ser uma ala fechada, eu acho que elas ficam muito isoladas das outras vós e do convívio das pessoas, no caso. Daí ficam mais tristes, se sentem mais sós (E 9).

Aqui a solidão que elas sentem, eu noto assim que há muita tristeza por causa, de estar nesse lugar fechado (E 10).

Falta a presença da família. Elas ficam tristes sem eles (E 15).

Compreende-se que a doença mental por si só já gera tristeza e isolamento e tem seu efeito agravado pelo fato de residirem em espaço fechado, infligindo solidão, perda de identidade, de liberdade, de autoestima. Essa situação pode ocasionar até mesmo recusa da própria vida, o que justifica ainda mais a alta prevalência de idosas com doenças mentais institucionalizadas (PIZARRO, 2004). Corroborando com essa análise, Lopes; Lopes; Camara (2009) destacam que a solidão provoca sentimento de vazio e isolamento ainda mais presente na velhice, uma vez que o idoso convive com inúmeras perdas nesta etapa da vida.

Dessa forma, tem-se que a solidão é um sentimento presente nas instituições de longa permanência, haja vista que as pessoas importantes de sua vida não estão presentes no seu cotidiano, pois, embora os idosos estejam rodeados de outras pessoas em igual situação, o fato de estarem sozinhos é evidenciado por estes outros lhes serem estranhos (BISPO; LOPES, 2010).

No intuito de contribuir, Brito *et al.* (2013) aludem que os idosos asilados e abandonados pela família enfrentam situação de miséria espiritual, pois embora estejam dividindo o espaço com outros idosos, sentem-se solitários, situação distinta daqueles nas quais as famílias têm participação ativa na vida diária do residente. De acordo com Cortelletti; Casara; Herédia (2010), a redução de visitas da família do idoso acontece concomitantemente com o aumento do tempo de institucionalização e torna-se um fator determinante para o aumento do sentimento de abandono. Já, para Papaleo (2000), é importante que a instituição desenvolva instrumentos para o idoso “ultrapassar os muros” da ILPI, para exercer seu papel social, não segregando ou apenas limitando o convívio dentro de um espaço fechado.



Assim, em razão do sentimento de tristeza pela solidão ser o mais frequente nas falas – e na realidade das idosas da ala psiquiátrica – pode-se perceber esse espaço como equivalente, em efeito, à solitária de uma prisão. Sendo frequentemente associada a uma penitenciária, a ala ocupa um local análogo à solitária: uma unidade fechada dentro de uma instituição fechada, com uma população que necessita de cuidados diferenciados devido a suas características – na solitária da prisão, internos violentos; na ala psiquiátrica da ILPI, idosas com transtornos mentais.

Vale ressaltar que o desamparo enfrentado pelo idoso abandonado na ala é perpetuado pelo isolamento com os outros idosos e profissionais. A ausência da formação de novos vínculos – sobretudo os benéficos – mantém o isolamento e a solidão do idoso, instaurando, assim, a tristeza como estado permanente.

#### **4.1.3 Lugar de falta de atividades e de ocupação**

A falta de diversidade e quantidade de atividades está nos relatos dos entrevistados, que percebem a ociosidade e o tédio aos quais as residentes acabam condenadas – sem nenhum objetivo ou ocupação.

A rotina seria de estarem presas a uma ala: só levantam, tomam banho, comem, almoçam, sentam, vão para fora (pátio interno da ala) - a mesma coisa todos os dias (E 12).

Elas só têm o pátio e a sala e nada mais. Todos os dias essa mesma rotina. Banho, sala, refeitório, sala e quarto. Sempre a mesma coisa (E 2).

A vivência do dia a dia é sempre a mesma coisa – a rotina do dia a dia é a mesma coisa que elas fazem: acordar, tomar banho, tomar o café, medicação e não tem uma atividade (E 4).

Falta ocupação. Elas ficam olhando umas pras outras, sem ter o que fazer (E 15).

Os entrevistados salientaram que as idosas com transtornos mentais são restringidas a cumprir a rotina determinada pela instituição – sem variação perceptível. Essa condição pode ser considerada um fator que prejudica a melhora da sua condição mental e favorece a instabilidade emocional. A velhice

tem a tendência a ser vista como uma fase sem nada a fazer, entretanto deve ser percebida por suas possibilidades e limitações. Segundo Del Duca *et al.* (2012), a inatividade física é uma das responsáveis por acelerar o declínio funcional do idoso por diminuir a frequência de atividade física em sua vida. O tempo ocioso do idoso em ILPI e o não fazer atividades causa perdas irreparáveis, levando inclusive ao declínio de sua capacidade física pelo “desuso” das funções do corpo, comprometendo as atividades de vida diária e de vida prática (LIMA, 2005). Pode-se imaginar o agravamento de tal situação com um idoso com transtorno mental em ala fechada de uma ILPI.

Anda, convém lembrar que a rotina das instituições de longa permanência para idosos é caracterizada pela existência de regras e horário determinados, com pouca flexibilidade, o que é diferente da rotina vivida em vários ambientes familiares. Essas características da ILPI se assemelham às apresentadas pelas instituições totais: locais em que grande número de indivíduos permanece isolado socialmente e tem em comum a reclusão e as rotinas diárias, o que dificulta a comunicação interpessoal e limita a vida social e afetiva (FALCÃO; DIAS, 2006). Ressalta-se que a rigidez na manutenção das regras, remetendo às instituições totais, precisa ser flexibilizada em determinado grau para possibilitar a implantação de novas atividades e propiciar um ambiente mais benéfico para as idosas.

Os entrevistados consideraram importante que ocorra uma quebra na rotina – o propiciar momentos de lazer para as idosas que residem na ala fechada.

Eu acho que tinham que ter um momento assim pra sair. Sair, dar uma passeada né. Elas também têm direito, ir na missa, que elas não vão mais. Ir ali fora, tomar mate, que elas gostam de tomar mate (E 1).

Eu acho que elas deveriam ter mais atividades ali dentro, aí elas ficam muito assim pra lá e pra cá, pra lá e pra cá assim, porque elas ficam entre si brigando e procurando coisinha, porque ficam pra lá e pra cá, e não tem nada pra elas fazerem (E 6).

As falas expressaram que a falta de atividades na ala suscita brigas, provocações entre elas, devido ao tédio nascido da ociosidade. De acordo com Silvestre; Costa Neto (2003), a ILPI restringe o idoso em atividades que, antes da

internação, costumavam ser rotineiras, causando a perda de autonomia e de capacidade funcional. Em se tratando de uma ala fechada em uma ILPI, a situação se agrava em relação a essas restrições. Com isso, as Instituições permitem a existência de desamparo do idoso, devido à inatividade física e mental provenientes da ociosidade, produzindo consequências negativas a sua qualidade de vida (DAVIM *et al.*, 2004; NOVAES, 2003).

A oferta de atividades de lazer é baixa nas instituições asilares, ficando restrita, na maioria das vezes, a serviços oferecidos de forma voluntária, os quais não são realizados de forma regular. Essa baixa oferta de atividades recreativas ocorre pelas instituições priorizarem as enfermidades ou limitações dos residentes, não levando em consideração suas capacidades, habilidades, potencialidades, interesses ou vontades, para que possam experimentar novas possibilidades de entretenimento (CAMARANO; KANSO, 2010).

Por conseguinte, a maioria das ILPIs, por conviver com problemas financeiros, tende a disponibilizar poucas atividades de lazer aos idosos, embora, muitas vezes, reconheça a importância do lazer na qualidade de vida do idoso (CREUTZBERG *et al.*, 2007).

#### **4.1.4 Lugar necessário para segurança das idosas com transtorno mental**

Para os entrevistados, a manutenção de idosas com transtornos mentais em um espaço fechado se faz necessário para segurança delas, a exemplo da manifestação a seguir:

Se a porta não tá fechada (trancada) elas abrem a porta e saem. E se ela chega a passar pelo porteiro ela morre, é atropelada e isso não é difícil de acontecer (E 8).

A fala revela preocupação, receio e medo de deixar as idosas em espaço aberto devido à insegurança com relação às ações das idosas – possivelmente, realizando atos que as colocam em risco de vida. Diferente da função dos asilos em sua origem, que não tinham o propósito de tratamento dos “loucos”, mas sim o de separar os indesejáveis (FOUCAULT, 2012). Dessa maneira, o isolamento na ala psiquiátrica, na percepção dos entrevistados, tem a função de proteger as

idosas de perigos do meio externo, uma vez que muitas delas estão incapacitadas para tomar, até, decisões que preservem a própria vida.

Outra justificativa expressa para manter as idosas em ala fechada vem da concepção de que a loucura gera falta de entendimento, por isso as idosas fogem, portanto, há necessidade de serem mantidas em espaço fechado para a própria proteção.

Ficam fechadas porque há necessidade, porque não tem como deixar livre, porque têm umas que não entendem, elas fogem, não tem como ter uma vida normal a não ser a estrutura fechada pra proteção. Proteção por causa de fuga. Elas podem fugir, elas podem se machucar, então elas tão mais, mais, bem protegidas. Pela proteção, porque se soltar, elas vão se machucar, então por isso a existência de ser fechada (E 14).

A unidade fechada é compreendida como um espaço benéfico no qual as idosas ficam protegidas, de riscos de fuga, de se ferirem ou serem machucadas. No entanto, destaca-se que são algumas idosas que não entendem e é por isso que elas fogem se estiverem em ambiente aberto. Isso levanta dúvida, se não haveria idosas que não teriam necessidade de estarem em unidade fechada, pois teriam capacidade de circular livremente na instituição, logo, sem risco de fuga. Todavia, para muitos a representação do “louco” ainda é daquela pessoa agressiva, violenta, com atitudes intempestivas e imprevisíveis, associando-o a situações de perigo (GOFFMAN, 2010).

Outra razão para manter as idosas fechadas na ala vem do fato que elas podem ficar agressivas, causando risco a sua integridade física e aos demais.

As vós ficam trancadas, chaveadas, pra segurança delas mesmas, porque elas fogem. Porque elas, elas podem ficar agressivas, né! (E 1)

A loucura normalmente é associada a situações de agressividade e a comportamentos agressivos que, segundo Barros; Oliveira; Vasconcelos (1998) fazem com que ela seja vista de forma estigmatizada. Isso contribui para a noção de que a pessoa com transtorno mental seja isolada, por representar perigo aos demais, coibindo a capacidade de expressar e exercer sua cidadania.

Quando o idoso apresenta a agudização dos sintomas relativos ao transtorno mental, este pode manifestar crises de agitação e agressividade, o que colabora para a decisão da família em interná-lo em instituições de longa

permanência. Entretanto, essa conduta adotada pela família pode agravar o quadro psiquiátrico, pelas modificações que o idoso passa a experienciar no seu cotidiano (TAVARES, 2009).

Pode-se questionar o quanto o isolamento e solidão vivenciados pelas idosas – assim como o abandono pelos familiares – estão associados à postura agressiva delas. Com o estigma do comportamento agressivo do paciente, com transtorno mental e somado com a situação das idosas, não se pode precisar quando um começa e outro termina. Tal também é o caso da justificativa da restrição à ala fechada pelo risco de fuga – sendo difícil saber posteriormente se esse desejo de fuga aparece após a restrição e não antes. Em relação à vinculação das idosas, nas falas é perceptível a inexistência vínculos entre elas, e dificuldade de vinculação aos profissionais – seja pela função exercida, carga horária ou relacionado à própria idosa.

Para Alencar (2009), a residência deveria estar associada ao termo “lar”, entendida como um local de moradia, intimidade, sentimento de pertencimento, com o intuito de criar vínculos. Todavia, esse sentimento é difícil de ser atingido em uma institucionalização em ILPI pelo fato de os idosos conviverem com pessoas até então desconhecidas e estarem sujeitos a rotinas impostas e baseadas em um modelo de assistência que não assiste a pessoa de forma individualizada.

#### 4.2 O CUIDADO DE ENFERMAGEM A IDOSAS COM TRANSTORNO MENTAL EM UMA UNIDADE FECHADA

Quando os profissionais foram questionados sobre a prática de cuidados com idosas com transtornos mentais, em uma ala fechada, as opiniões foram contrastantes. Alguns se sentem à vontade no cuidado, por muitas vezes serem retribuídos com carinho e afeto aos cuidados oferecidos. Outros relataram sentir medo, receio, insegurança no cotidiano de uma ala fechada, por não se sentirem seguros no espaço e, também, por não se considerarem capacitados ao manejo de idosas com transtornos mentais.

#### 4.2.1 Cuidado tranquilo, normal

Diversos participantes caracterizaram a prática de cuidar de idosas com transtornos mentais como tranquila, normal, destacando essa característica como facilitadora do trabalho no cuidado.

Pra mim é tranquilo trabalhar porque eu gosto dali, gosto daquela ala ali, entendeu. Não tenho aquela, não tenho dificuldade em interagir com elas (E 13).

Pra mim é tranquilo, adoro. É muito bom. É muito bom. Elas têm transtorno, mas elas têm aquele momento que elas gostam de carinho, fazem carinho, se aproximam. Acho que elas são mais verdadeiras (E 1).

É normal. Elas são carinhosas, amorosas. Eu me sinto bem. Pra mim se tornou algo que eu não imagino o contrário (E 2).

Alguns entrevistados salientaram o quanto gostam ou apreciam trabalhar na ala psiquiátrica. Um relacionou esse sentimento na facilidade em interagir com as idosas, enquanto os outros o associaram ao carinho que as idosas dedicam aos profissionais. Chama atenção a ênfase dedicada em indicar a agradabilidade de trabalhar em tal ambiente – sendo que é o mesmo ambiente descrito pelos profissionais como triste, precário e permeado pelo abandono familiar.

Pra mim é tranquilo. Não tem, não tem tanta dificuldade no cuidar delas. Eu saberia como agir com elas, como falar com elas (E 3).

Pra mim é tranquilo. Elas ouvem a gente, não preciso gritar, não é o caso de tu se exaltar, mas de tu chamar a atenção sabe, dizer: “Ei fulana, não sei o que”. Não, é tranquilo. Tu tens que ter um jeito (E 6).

Para mim a rotina de cuidar delas é tranquila, só que não tenho a autonomia de pegar elas e sair, pegar todas elas e sair, não tem tempo (E 12).

As falas descrevem um grau de facilidade no trato com as idosas, mas denota-se uma maneira específica de agir para que seja tranquilo. A tranquilidade não é apenas um estado da ala, mas resultado das ações dos profissionais na postura e trato com as idosas. Para obter resultados positivos, um trabalho

“tranquilo”, o profissional deverá saber se expressar, de forma clara, objetiva e simples o que quer saber, ou seja, se fazer entender, pois o idoso com transtorno mental tem dificuldades na compreensão de mensagens, resultante, muitas vezes, do déficit cognitivo causado pelas patologias mentais (SANTANA *et al.*, 2008).

Sabe-se que a pessoa com transtorno mental exige mais atenção da equipe de enfermagem, devendo ter uma comunicação objetiva e eficaz, com vistas a construir uma relação de confiança com a idosa. O profissional corre o risco de tornar-se insistente e repetitivo, quando não consegue transmitir o seu pensamento, podendo causar desgaste na equipe diante da falta de diálogo e/ou da incompreensão causada. De acordo com Wingester; Castro; Castro (2013), a pessoa com transtorno mental precisará de uma comunicação diferenciada para que se faça entender, uma vez que, em diversos momentos, não conseguirá compreender as mensagens a ele informadas pelo cuidador. É imprescindível então, formar vínculos, laços afetivos, porque, por meio da relação de confiança, o idoso contribuirá para sua assistência. Um relato indica a inclinação dos profissionais em ampliar essa maneira de agir da ala psiquiátrica – flexibilizar o rol de ações de cuidado possíveis.

E outros entrevistados encontraram maneiras diferentes de contribuir para obter a “tranquilidade” na ala:

Pra mim é bem tranquilo. Porque eu acho assim, eu sou uma pessoa bem flexível, bem calma, pra mim é tranquilo. Por mais assim que eu tenha pouco conhecimento, trabalhado com eles, eu acho assim - pela pessoa que eu sou - não que seja assim tranquilo, tranquilo. Tu tem que ter também uma paciência, tem que ser bastante ouvinte deles; independente do tipo de queixa, tu tem que ser uma pessoa bastante tranquila e ouvinte pra poder compreender e poder ajudar eles, e também entender a reação deles porque senão tu não consegue (E 10).

Novamente, a fala afirma com veemência a tranquilidade do entrevistado, creditada a características do temperamento dele. Uma vez mais, estar “tranquilo” é possível por atitudes fundamentadas em algum conhecimento – mesmo pouco -, paciência, escuta e capacidade de compreensão. Questiona-se o que o entrevistado elencaria como obstáculo, quando ele silencia em sua fala e retorna a elencar elementos para possibilitar o cuidado – no caso, entender a reação das idosas.

O espaço da ala tem suas próprias características, que precisam ser enfrentadas para que o trabalho no local seja tranquilo:

É bem tranquilo, é bem tranquilo. Tem a carência, tem o amor, tem tudo ali. (E14) Como assim tranquilo? (Pesquisador) Tranquilo porque eu gosto. É uma área que é boa, uma área que é bem legal, não tem palavras. Tem que ter mais paciência, tem que ter um pulso firme porque eu tenho que mostrar autoridade - elas são que nem crianças - se tu não mostrar autoridade, elas ficam mais agitadas, mas se tu mostrar que tu é o profissional ali, daí elas ficam mais calmas (E14).

O local “tem tudo ali”: desde a carência – transtorno mental, tristeza e abandono – até o amor. O amor não é especificado. E o primeiro elemento descrito no local é o fato de ser tranquilo. Surge a dúvida a que essa tranquilidade se refere: ao profissional ou um estado constante da ala.

O entrevistado indica ser tranquilo o trabalho na ala por ele gostar dele. Caracteriza a área psiquiátrica com boas qualidades – até lhe faltando palavras. E ele descreve a atuação para realizar o trabalho de cuidado com as idosas com paciência e “pulso firme” – uma vez que, para ele, as idosas “são que nem crianças”. A autoridade, segundo ele, é necessária para evitar que elas fiquem “agitadas”, assim, mantendo as idosas “mais calmas”.

Essa associação feita pelo entrevistado entre criança e velhice, embora tão cronologicamente distante, é significativa na medida em que essa noção está no inconsciente de muitas pessoas. A justaposição entre o idoso e criança acentua os aspectos de degeneração física da velhice, pela dependência física ou mental, revelando, assim, como a sociedade trata o problema da dependência no envelhecimento (GROISMAN, 1999). Todavia, segundo Hockey; James (1995), essa infantilização da velhice ocorre de forma distinta, pois enquanto a dependência física e mental das crianças é tratada de forma positiva, aceitável e até mesmo valorizada – sendo ela temporária, uma etapa de desenvolvimento -, o mesmo não acontece em relação à velhice, pois nessa etapa de vida esta dependência possui um teor definitivo, terminal.

Um relato destaca-se pela preferência em trabalhar na ala psiquiátrica:

Eu gosto, me sinto bem. Gosto mais da ala fechada, de lá, do que de outras alas, me sinto melhor lá dentro. Tem momentos que é difícil você cuidar delas, de entender elas, mas com carinho, com amor a gente



consegue cuidar delas, tratar bem elas, e elas tratarem bem a gente (E 7).

O fato de gostar da ala fechada e sentir-se bem é salientado na fala. Os momentos de dificuldade no cuidado são superados ao adotar componentes do cuidado – nominalmente, amor e carinho – para possibilitar a assistência às idosas e, conseqüentemente, receber a retribuição delas. Para Lancman, Sznelwar (2011), o reconhecimento dos idosos ao serviço prestado pelos profissionais causa sensação de prazer na prática realizada, pois é um sentimento de retribuição. Esse reconhecimento infere ao trabalhador a execução do bom trabalho realizado, gerando motivação para continuar a desenvolver as atividades com dedicação e qualidade. Ter esse reconhecimento estimula o profissional a permanecer nessa área de atuação do trabalho de enfermagem. Outra fonte de satisfação acontece com a relação afetiva entre profissionais e idosos, criando vínculos, pela longa convivência entre eles e, assim, melhorando a qualidade na assistência prestada.

Outro entrevistado enfatizou gostar da psiquiatria repetidamente, mas descreve seu cansaço:

Eu gosto sabe, eu gosto, mas tem vezes assim que tu fica estressado né, porque a tua cabeça cansa. Porque elas querem a tua atenção e gritam e falam aqui e ali e tu cansa. Mas, eu gosto da psiquiatria, eu gosto (E 4).

Começando e terminando a fala com as afirmações de gostar da psiquiatria, enquanto relatava a situação que lhe cansa, levanta-se a dúvida de quanto ele realmente aprecia trabalhar em tal ambiente. As condições que provocam cansaço não possuem amenização, maneira de suprimi-las ou uma conduta para cessá-las: são condições inerentes a pacientes com transtornos mentais graves em ambiente de instituição total. As condições inerentes são definidas por Goffman (2010) como: local onde indivíduos estão asilados, separados da sociedade, por um período considerável de tempo – no caso das idosas, em caráter definitivo -, levando uma vida encerrada e formalmente administrada.

Assm, a necessidade de atenção das idosas pode ser relacionada com a desvinculação e abandono familiar, buscando vínculo com qualquer pessoa ao alcance delas – neste caso, com o profissional – de maneira incessante.

#### **4.2.2 Cuidado com dificuldade permeado pelo medo, receio e frustração**

O receio, medo e frustração no trato com as idosas em ala fechada podem ser relacionados a pouca habilidade no manejo do cuidado e pelos profissionais não se sentirem à vontade em um lugar fechado.

É, eu me sinto mal, tanto é que eu prefiro. Não é que eu não prefira ficar lá, eu prefiro outras alas porque tem portas abertas - tu tem direito de ir e vir a hora que quiser e lá não. Lá, se tu chegar lá agora tá tudo chaveado, tem que tá abrindo todas as portas. Tu entra, tu não pode sair se tu não tem chave, tem que esperar alguém ir lá e abrir a porta. Tu pode entrar, entrar tu entra, mas sair tu não sai, a não ser que alguém abra a porta pra ti ou tu tenha a chave (E 5).

O entrevistado salientou a importância de livre movimentação das outras alas, sentindo-se restrito tanto física – com as diversas portas trancadas – como em sua independência, uma vez que precisa sempre de outro para abrir as portas para ele sair. A falta de autonomia para decidir quando sair provoca sentimentos de insegurança e receio, devido à espera de alguém que não se sabe quando virá. Compreende-se que essas condições poderão repercutir na qualidade do cuidado prestado pelo profissional. Muitos trabalhadores de enfermagem não se sentem à vontade em trabalhar com idosos com transtornos mentais, devido ao isolamento que estes sofrem, por estarem fechados, limitando a livre circulação. Segundo Debert (1999), a associação entre asilos e Instituições Totais é automática, pois todo asilo é visto como um espaço fechado, com regras rígidas para limitar e tornar homogêneo os residentes.

Outro entrevistado indicou que profissionais podem ser agredidos pelas idosas e, com receio, evitam voltar a trabalhar nessa ala:

Tem alguns profissionais que tem receio de entrar numa ala fechada. Eu acho que independe aí de qualquer um. Eu, no meu caso, não teria problema nenhum na ala fechada ou na aberta. Tem pessoas que tu nota que tem um receio. Que por ser uma ala fechada, ainda mais uma psiquiatria, ali eles vão se sentir mais receosos porque tem aqueles

gritos e tem vós que até batem em algum profissional, então eles já ficam com receio. Olha, eu já vivenciei isso aí e já vi do pessoal não querer ir porque acontecem delas partirem pra agressão, agredirem eles, então eles acabam não indo pra essa ala (E 9).

A fala afirma que ter receio para entrar na ala independe do indivíduo. O profissional diz não ter qualquer problema na ala fechada. As pessoas receosas são descritas como profissionais que evitam a ala por medo de agressões e do ambiente – gritos -, ou seja, sem capacitação para trabalhar neste local. Os sentimentos de medo dos profissionais surgem quando eles desconhecem o que fazer em situações de adversidade, como aquelas que fogem do seu controle. O idoso com transtorno mental é visto, muitas vezes, como alguém violento, agressivo e perigoso, sendo que essa caracterização dificulta o manejo do profissional (MACIEL *et al.*, 2008).

Corroborando com os autores, Silva *et al.* (2012) destacam que muitos profissionais se sentem inseguros em lidar com pacientes em crise, por falta de preparo adequado, fazendo-se necessário uma capacitação para que possam enfrentar tais situações, pois uma equipe preparada e qualificada estará habilitada a lidar com as situações de forma segura. Campos; Teixeira (2001) evidenciam que, quando a equipe é incapaz de manejar plenamente o paciente acometido por transtorno mental, o seu atendimento acaba sendo restrito aos cuidados técnicos, como medicação, banhos, trocas de fraldas, dentre outros – relegando os aspectos psicoafetivos do cuidado. Para Waldow (2001), a falta de identificação com a atividade desempenhada, torna o trabalho apenas mecânico, constringindo-se ao básico, ou seja, o trabalho passa a ser encarado apenas como uma fonte de remuneração, um meio de sobrevivência do profissional.

Uma profissional descreveu o desgaste em trabalhar na ala psiquiátrica:

Eu saio muito transtornada de lá, eu sou uma pessoa que não consigo trabalhar lá, saio assim exausta, sabe, parecia que tinha um peso nas minhas costas. Eu sinto muito desgastante, fico muito estressada, saio desanimada, assim, tu pensa: “podia ter falado tanta coisa”. Mas a gente se sente de mãos atadas, de não conseguir: pelo tempo, por falta de gente, por falta de organização dos chefes. Eu acho, pra pensar num plano assim de ajuda, de alguns psicólogos, não sei, sabe, acho que poderia sim fazer alguma coisa, mas só que não sei como, não consigo ter uma ideia melhor (E 11).

O desânimo e desgaste da profissional – frustração – são relacionados às limitações impingidas ao cuidado pela realidade da instituição: falta de pessoal, falta de tempo e falta de organização dos superiores. A entrevistada afirmou que precisa de ajuda, de psicólogos ou outros profissionais, sem saber como encontrar uma ideia para superar as limitações e seu desânimo.

Outra fala destacou as dificuldades ao cuidado provocadas por atributos inerentes a um transtorno mental grave:

Pra mim é diferente com relação as outras né. As outras que não são fechadas. Como eu me sinto trabalhando com elas? Elas têm problemas mentais, elas não obedecem, elas não têm o entendimento. Tu vai trocar uma roupa, tu vai fazer qualquer coisa com elas, elas não interagem contigo como uma pessoa normal (E8).

Salienta-se que o entrevistado afirmou que elas não interagem como uma pessoa normal. Ele valoriza a obediência e entendimento de quem recebe o cuidado, indicando uma falta de capacitação para lidar com essas idosas. A falta de qualificação dos profissionais prejudica o cuidado a idosas com transtornos mentais, levando-os a empregar práticas tradicionais, sem considerar as particularidades e necessidades desses idosos, contrárias ao que rege a Política de Atenção Integral à Saúde Mental. A referida política propõe a transformação da assistência psiquiátrica em ações que promovam as atividades de inserção social da pessoa com transtorno mental na sociedade (BRASIL, 2001).

Somado ao que foi citado, evidencia-se a falta de capacitação dos profissionais de enfermagem para o manejo adequado das idosas com transtornos mentais, já que elas são vistas com o estigma de serem violentas e perigosas. Isso prejudica a construção de vínculos do profissional com o idoso (PAES; MAFTUM; MANTOVANI, 2010). Os profissionais enfrentam grandes desafios e dificuldades no manejo com idosos com transtornos mentais, devido à carência na formação acadêmica, já que se prioriza a objetividade de condutas, por meio de uma relação impessoal autoritária e desigual com a pessoa cuidada. Corrobora-se com essa relação também, a caracterização que muitas pessoas têm desses idosos, vistos de forma depreciativa, negando muitas vezes a velhice, talvez pelo medo de envelhecer, não levando em consideração suas histórias de vida. (SOUZA, 2015)

De acordo com Kondo *et al.* (2011), os profissionais sentem-se, de maneira geral, despreparados para atender pessoas com transtornos mentais, principalmente aqueles com pouco tempo de experiência - os quais apresentam falta de capacitação como uma dificuldade enfrentada. Campos; Teixeira (2001) consideram que é necessário ampliar a formação profissional referente à Saúde Mental.

Torna-se evidente a falta de soluções para o medo vivido pelos profissionais que difiram de uma capacitação para conviver com os sintomas dos transtornos mentais das idosas. A ênfase parece recair na capacidade do profissional em “sobreviver” neste ambiente: enfrentando as mais variadas formas de manifestações de sintomas de transtornos mentais graves - por si mesmas. Chama atenção a rigidez dessa percepção do papel do profissional de enfermagem em tal ambiente – suportando tudo e cuidando de todos.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente pesquisa possibilitou conhecer a percepção de profissionais da enfermagem de uma ILPI acerca da presença de uma unidade fechada em que residem idosas com transtornos mentais. Também oportunizou conhecer como profissionais de enfermagem realizam o cuidado a idosas com transtornos mentais que residem em uma unidade fechada de uma ILPI.

Os dados acerca da percepção dos profissionais de enfermagem sobre a ala fechada da ILPI, local em que residem idosas com transtornos mentais, demonstram a precariedade da estrutura física desta ala, bem como suas características. Tudo isso faz entender como um lugar de exclusão, triste, com falta de atividades, todavia necessário para garantir a segurança e proteção das idosas.

Na percepção dos profissionais de enfermagem, a unidade fechada é um lugar com estrutura física precária e de exclusão, visto que apresenta restritas possibilidades físicas para o cuidado e conforto das idosas, indicando um caráter de negligência com as idosas institucionalizadas. Os dados salientam a semelhança entre o espaço físico da unidade ao modelo prisional e manicomial. Tal fato ocorre pelas idosas estarem limitadas aos espaços da instituição, ficando restritas ao espaço da ala fechada.

A unidade fechada também foi percebida pelos profissionais como um local triste devido ao afastamento das idosas de sua família e ausência de visitas. A tristeza foi enfatizada em razão do isolamento das idosas em consequência do adoecimento mental. Outros fatores que agravam a tristeza são o fato das conviverem em um ambiente fechado que predispõe a solidão, perda de identidade, liberdade e autoestima.

Convém, além disso, salientar que os relatos dos profissionais evidenciam que as idosas seguem uma rotina previsível e rígida, sem alterações, elaborada pela instituição. Elas acabam por ser condenadas a uma ociosidade infrutífera que elicitá brigas e provocações pelo tédio nascido dessa condição permanente.

Para os entrevistados, manter idosas com transtornos mentais em um espaço fechado é necessário para segurança delas. Os dados revelam

preocupação, receio e medo em permitir que as idosas tenham acesso a espaço aberto, devido ao risco quanto às ações das idosas. Pode-se apontar que manter as idosas em ala fechada vem da concepção de que a loucura degenera as capacidades do sujeito – sem “noção”, senso comum -, justificando a necessidade de as idosas serem confinadas em espaço fechado para a própria segurança. Outra razão relatada para manter as idosas segregadas do convívio com outras idosas decorre da possibilidade de elas ficarem agressivas, causando risco à integridade física delas e dos outros.

Demais achados sobre o cuidado de enfermagem prestado às idosas com transtorno mental na ala fechada apontam sobre uma tranquilidade percebida e sua influência no cuidado por parte dos profissionais de enfermagem. Outro fator existente diz respeito às dificuldades deles na prestação do cuidado em função do receio, medo e insegurança ao assistir idosas com transtorno mental.

Salienta-se a ênfase dedicada em indicar a agradabilidade de trabalhar no ambiente da ala fechada – sendo que é o local descrito pelos profissionais como triste, precário e permeado pelo abandono familiar. A tranquilidade parece ser um ideal a ser buscado pelo esforço de quem pretender trabalhar na ala, uma vez que os dados demonstram diferentes meios para contribuir para obtê-la. Amor, paciência e gostar da psiquiatria são elementos elencados como motivadores – fatores que possibilitam trabalhar – no local, sendo repetidos pelos entrevistados em diferentes momentos. Obstáculos não são impeditivos, são pouco ou sequer relatados, sendo o cansaço o único que parece corroer a imagem do local “tranquilo”. Considerando que não há alterações perceptíveis de melhora no quadro de saúde mental das idosas – em determinados casos, há piora – torna-se difícil conceber a tranquilidade relatada pelos profissionais, quando há tantos aspectos que dificultam o cuidado. Tal situação denota uma necessidade de mascarar o sofrimento vivido no trabalho a fim de manter o emprego, frente a uma conjuntura de poucos recursos financeiros da instituição e poucos recursos psíquicos das idosas com transtornos mentais.

Outro aspecto saliente nos dados é a percepção dos profissionais em relação ao receio, medo e frustração no trato com as idosas como decorrentes do despreparo do colega para trabalhar com esse público. Há relatos de dificuldade para trabalhar na ala fechada, devido aos protocolos inerentes a um ambiente de

movimentação restrita, mas sobressai a solução para o medo e outros problemas desse cunho ser direcionada a capacitações ou pulso firme. Questiona-se o quanto uma qualificação poderia preparar os profissionais para lidar com o ambiente de um local fechado com uma população com transtornos mentais graves a ponto de sanar o medo, receio e frustração ao tentar oferecer cuidado a eles.

Espera-se que o estudo traga esclarecimentos sobre o cotidiano das idosas institucionalizadas, implicando e instigando abordagem mais humanizada e integral. Torna-se mais premente considerar as necessidades das idosas após o advento da Reforma Psiquiátrica. A existência de atitudes e rotinas em instituições que remetem a práticas anteriores à Reforma deve ser reduzida e, por fim, eliminadas – promovendo os preceitos da Saúde Mental.

Diante de tudo o que foi relatado, percebe-se que o conhecimento sobre os transtornos mentais não possibilita por si só mudança de atitude, visto que foi necessário um movimento social para impulsionar a reforma psiquiátrica e, historicamente, a psiquiatria como um todo não fez movimentos para melhorar as condições dos doentes por avanços de conhecimento – seguindo a imposição popular e favorecendo estudos em diferente visão a partir da reforma, e não antes. Primeiramente é necessário ter a disposição para ver o doente mental como um ser humano e estudar o transtorno e não acreditar que, somente a partir do estudo sobre o transtorno mental, o doente seja visto como um ser humano.



## REFERÊNCIAS

ALCÂNTARA, A. O. **Velhos institucionalizados e Família: entre abafos e desabafos**. Coleção Velhice e Sociedade. São Paulo: Alínea, 149 p. 2004.

ALENCAR, B. L. **Serviços de residências terapêuticas: entre a tutela e a autonomia, a incansável busca pelo cuidado...** [dissertação]. Recife: Universidade Federal de Pernambuco, 2009.

AMARANTE, P. Uma aventura no manicômio: a trajetória de Franco Basaglia. **Hist. cienc. saude**, v. 1, n. 1, p. 61-77, 1994.

AMARANTE, P. **Loucos pela Vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. 8ª reimpressão. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2016.

APA. American Psychiatric Association. **DSM 5**, 2013.

ARAÚJO, L. F.; COUTINHO, M. P. L.; SANTOS, M. F. S. O idoso nas instituições gerontológicas: um estudo na perspectiva das representações sociais. **Psicol. Soc.**, v. 18, n. 2, p: 89-98, 2006.

ARBEX, Daniela. **Holocausto Brasileiro**. São Paulo: Geração, 2013.

BARROS, P. M. R.; OLIVEIRA, M. V. C.; VASCONCELOS, E. M. R. Política de atenção institucionalizada ao idoso. In: **50º Congresso Brasileiro de Enfermagem**; 1998. setembro 20-25; Salvador, Bahia. Salvador: ABEn; 1998. p. 128.

BISPO, N.; LOPES, R. A solidão entre idosos institucionalizados e o efeito do atendimento de fisioterapia. **Revista Brasileira De Ciências Do Envelhecimento Humano**, v. 7, n. 1, p: 74-83, 2010. Disponível em: <<http://seer.upf.br/index.php/rbceh/article/view/409/924>>. Acesso em 28 de dez de 2018.

BORN, T. Quem vai cuidar de mim quando eu ficar velha? **Revista Kairós Gerontologia**. São Paulo, v. 4, n. 2, p.135-148, 2001.

BORN, T.; BOECHAT, N. S. A qualidade dos cuidados ao idoso Institucionalizado. In: FREITAS, E. V. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 768-77, 2006.

BRASIL. Senado Federal. Decreto N. 24.559, de 3 de julho de 1934. **Dispõe sobre a profilaxia mental, a assistência e proteção à pessoa e aos bens dos psicopatas, a fiscalização dos serviços psiquiátricos e dá outras providências**. Disponível em: <http://senado.gov.br> Acesso em 20/02/2019.

\_\_\_\_\_. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. RDC nº 283, de 26 de setembro de 2005a. **Regulamento técnico para o funcionamento das instituições de longa permanência para idosos**. Brasília: ANVISA; 2005a. 46 p.

\_\_\_\_\_. Lei. 10.741, de 1º de outubro de 2003. **Estatuto do Idoso**. Brasília, 2003. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2003/L10.741.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741.htm): Acesso em: 9 set. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Reforma Psiquiátrica e política de Saúde Mental no Brasil**. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Brasília, 2012. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466\\_12\\_12\\_2012.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html). Acesso em: 15 ago. 2017.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. **Lei n. 10.216, de 06 de abril de 2001**. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília (DF) 2001.

BRITO, M. C. C. *et al.* Envelhecimento populacional e os desafios para a saúde pública: análise da produção científica. **Revista Kairós Gerontologia**, v.16, n. 3, p:161-178, 2013. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/viewFile/18552/13738>. Acesso em: 28 de dez 2018.

CAMARANO, A. A. *et al.* As instituições de longa permanência para idosos no Brasil. In: CAMARANO. A.A (Org.). **Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido?** Rio de Janeiro: IPEA, 2010. p. 187-212. cap. 7.

CAMARANO, A. A.; KANSO, S. As instituições de longa permanência para idosos no Brasil. **Rev. bras. estud. popul.**, São Paulo , v. 27, n. 1, p. 232-235, 2010. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-30982010000100014&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-30982010000100014&lng=en&nrm=iso). Acesso em 23 dez 2018.

CAMARANO, A. A.; KANSO, S.; MELLO, J. L. Diagnóstico e desempenho recente das ações governamentais de proteção social para idosos dependentes no Brasil. In: Brasil em Desenvolvimento: **estado e planejamento de políticas públicas**, v. 3. Brasília: IPEA, p. 712- 738. 2009.

CAMPOS, C. J. G; TEIXEIRA, M. B. O atendimento do doente mental em pronto-socorro geral: sentimentos e ações dos membros da equipe de enfermagem. **Rev Esc Enf. USP**, v. 35, n. 2, p. 141-9, 2001.

CASTRO, E. **Vocabulário de Foucault**: um percurso pelos seus temas, conceitos e autores. Belo Horizonte: Autêntica, 2009.

CERVO, A. L.; BERVIAN, P. A. **Metodologia Científica**. 6ª ed. São Paulo: Prentice Hall, 2002.

CHRISTOPHE, M. **Instituições de Longa Permanência para Idosos no Brasil**: uma opção de cuidados de longa duração? 2009. 178f. Dissertação (Mestrado em Estudos Populacionais e Pesquisas Sociais), Escola Nacional de Ciências Estatísticas, Rio de Janeiro, 2009.

CONSOLI, G. L.; HIRDES, A.; COSTA, J. S. D. Saúde Mental nos Municípios do Alto Uruguai, RS, Brasil: um diagnóstico da Reforma Psiquiátrica. **Ciênc. saúde coletiva**. v. 14, n.1, p: 117-128. 2006. Disponível em: <http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos>. Acesso em: 03 nov 2017.

CORTELLETTI, I. A.; CASARA, M. B.; HERÉDIA, V. B. M. **Idoso asilado**: um estudo gerontológico. 2ª ed. Caxias do Sul, RS: EDIPUCRS, 2010.

CREUTZBERG, M. *et al.* A comunicação entre a família e a instituição de longa permanência para idosos. **Rev Bras Geriatr Gerontol**. v.10, n. 2, p: 147-60, 2007.

DAVIM, R. M. B. *et al.* Estudo com idosos de instituições asilares no Município de Natal/RN: características socioeconômicas e de saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. v. 12, n. 3, p: 518-524, 2004.

DEBERT, G. G. **A reinvenção da velhice**: socialização e processos de reprivatização do envelhecimento. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo/Fapesp, 1999.

DEL DUCA, G. F. *et al.* Indicadores da institucionalização de idosos: estudo de casos e controles. **Revista Saúde Pública**, v. 46, n.1, p.147-153, 2012. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v46n1/3431.pdf>>. Acesso em: 07.06.2013.

DIOGO, M. J. D.; DUARTE, Y. A. O. Cuidados em domicílio: conceitos e práticas. In: FREITAS, E. V. *et al.* **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. Cap.92. p.762-767.

ELIAS, N. **A solidão dos moribundos**: envelhecer e morrer. Rio de Janeiro, RJ: Jorge Zahar, 2001.

ENGEL, M. G. **Os delírios da razão**: médicos, loucos e hospícios (Rio de Janeiro, 1830-1930) [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2001. 352 p.

FALCÃO, D. V. S. DIAS, C. M. S. B. (org.). **Maturidade e Velhice**: pesquisa e intervenções psicológicas. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006. 1 v.

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

FANTINEL, V. A. **Um lar para sempre**. Santa Maria, 152 p., 2014.

FERNANDES, F. S. L.; RAIZER, M. V.; BRÊTAS, A. C. P. Pobre, idoso e na rua: uma trajetória de exclusão. Ribeirão Preto (SP): Revista **Latino-Americana de Enfermagem**, v. 15, n. esp., p: 755-761, 2007.

FONTES, C. A. S.; ALVIM, N. A. T. A relação humana no cuidado de enfermagem junto ao cliente com câncer submetido à terapêutica antineoplásica. **Acta paul. enferm.**, São Paulo , v. 21, n. 1, p. 77- 83, 2008.

FOUCAULT, M. **História da loucura: na idade clássica**. 9.ed., São Paulo: Perspectiva, 2012.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5ª edição. São Paulo: Atlas S.A, 2010.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. 8ª ed. São Paulo, SP : Perspectiva, 2010. 312 p.

GRAHAM, N. *et al* . Redução da estigmatização e da discriminação das pessoas idosas com transtornos mentais: uma declaração técnica de consenso. **Rev. psiquiatr. clín.**, São Paulo , v. 34, n. 1, p. 39-49, 2007 . Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-60832007000100006&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832007000100006&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em : 19 nov. 2018.

GROISMAN, D. Asilos de velhos: passado e presente. **Estudos interdisciplinares sobre o envelhecimento**. v. 2, p: 67-87,1999.

HARTMANN, J. A. S. **Depressão em idosos institucionalizados**. Tese de doutorado. Centro de Ciências da Saúde. Universidade Federal de Pernambuco, Pernambuco, 2012

HIRDES, A. A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re) visão. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.14, n.1, p: 297-305, 2009.

HOCKEY, Jenny; JAMES, Allison. Back to our Futures: imaging second childhood. In: FEATHERSTONE, Mike; WERNICK, Andrew (Orgs.). **Images of Aging: cultural representations of later life**. London, Routledge, 1995. p.135-148.

JUNGES, J. R. Uma leitura crítica da situação do idoso no atual contexto sociocultural. **Estudos interdisciplinares sobre Envelhecimento**, , v.6, p.123-144, 2004.

KANE, R. A. Long-Term Care and a Good Quality of Life: Bringing Them Closer Together. **The Gerontologist**, v. 41, n. 3, p. 293-304, 2001.

KONDO, E. H. *et al.* Abordagem da equipe de enfermagem ao usuário na emergência em saúde mental em um pronto atendimento. **Rev Esc. Enferm USP**, v. 45, n. 2, p: 501-7, 2011.

LANCMAN, S.; SZNELWAR, L. (org.). **Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho**. 3ª Edição. Brasília (DF): Paralelo 15/Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011. 507 p.

LEME, L. E. G. O idoso e a família: PAPALÉO NETO, M. **Gerontologia: A velhice e o envelhecimento em visão globalizada**. São Paulo: Editora Atheneu, 2002.

LIMA, M. A. X. C. **O fazer Institucionalizado: O cotidiano do asilamento**. Dissertação de mestrado.. São Paulo (SP): PEPGG/PUC-SP, 2005.

LOPES, R. F.; LOPES, M. T. F.; CAMARA, V. D. Entendendo a solidão do idoso. **RBCEH**, Passo Fundo, v. 6, n. 3, p. 373-381, 2009.

LÜCHMANN, L. H. H.; RODRIGUES, J. O movimento antimanicomial no Brasil. **Ciênc Saúde Coletiva** [Internet].]. v. 12, n. 2, p: 399-407, 2007. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-1232007000200016&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-1232007000200016&lng=en). Acesso em: 8 nov 2018.

MACIEL, S. C. *et al.* Exclusão social do doente mental: discursos e representações no contexto da reforma psiquiátrica. **Psico-USF**, Paraíba, v. 13, n. 1, p.115-124, 2008.

MAIA, R. F.; PAVARINI, S. C. I. O processo de enfermagem na psiquiatria: a percepção de enfermeiros de uma instituição de moradia asilar. **Acta Paul Enferm**. v. 15, n. 4, p: 55-65, 2002.

MANZINI, E. J. Considerações sobre a entrevista para a pesquisa social em educação especial: um estudo sobre análise de dados. In: JESUS, D. M.; BAPTISTA, C. R.; VICTOR, S. L. **Pesquisa e educação especial: mapeando produções**. Vitória: UFES, 2006, p. 361-386.

MINAYO, M. C. S. **O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 14. edição. São Paulo: Hucitec: 2014.

MOTA, T. D.; BARROS, S. Saúde Mental, Direitos, Cidadania: o escritório de advocacia como agência para inclusão social. **Rev Esc Enferm USP**. v. 42, n. 2, p: 220-6, 2008.

NERI, A. L. Paradigmas contemporâneos sobre o desenvolvimento humano em Psicologia e em sociologia. In: NERI, AL L. (Org.). **Desenvolvimento e Envelhecimento: perspectivas biológicas, psicológicas e sociológicas**. Campinas-SP: Papyrus, 2001.

NERI, A. L. (org.). **Idosos no Brasil: vivência, desafios e expectativas na terceira idade**. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2007.

NOVAES, R. H. L. **Os asilos de idosos no Estado do Rio de Janeiro: Repercussões da (não) integralidade no cuidado e na atenção à saúde dos idosos**. 2003. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva), Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/UERJ, 2003.

OMS. Organização Mundial de Saúde. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. 2005.

OMS. Organização Mundial de Saúde/Organização Panamericana de Saúde. **Declaração de Caracas**. Conferência Regional para a Reestruturação da Atenção Psiquiátrica na América Latina no Contexto dos Sistemas Locais de Saúde (SILOS). 1990 nov 14; Caracas, Venezuela. Caracas: OMS/OPAS; 1990.

PAES, M. R.; MAFTUM, M. A.; MANTOVANI, M. F. Cuidado de enfermagem ao paciente com comorbidade clínico-psiquiátrica em um pronto atendimento hospitalar. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre (RS). v. 31, n. 2, p: 277-84, 2010. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/12501/10236>>. Acesso em: 30/09/2018.

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

PASCHOAL, S. M. P. Qualidade de vida na velhice. In FREITAS, E. V. *et al.* (orgs.). **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

PAVAN, F.J.; MENEGHEL, S. N.; JUNGES, J. R. Mulheres Idosas Enfrentando a Institucionalização. **Cad. Saúde Pública**. v. 24, n. 9, p: 2187-2190, 2008.

PIZARRO, R. A. S. **A importância da atuação do profissional enfermeiro na qualidade de vida dos idosos institucionalizados: uma avaliação qualitativa nas casas de repouso da Cidade de São Paulo**. 2004, 89f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade de Santa Catarina, Santa Catarina, 2004.

POLLO, S. H. L.; ASSIS, M. Instituições de longa permanência para idosos - ILPIS: desafios e alternativas no município do Rio de Janeiro. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 29-44. 2008.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA MARIA. **Superintendência da Vigilância Sanitária**, Santa Maria, 2015.

RAMMINGER, T. A saúde mental do trabalhador em saúde mental: um estudo com trabalhadores de um hospital psiquiátrico. **Bol. da Saúde**, v.16, n.1, 2002

RESENDE, N. Políticas de saúde mental no Brasil: uma visão histórica . In COSTA, S. (Ed.). **Cidadania e loucura**: políticas de saúde mental no Brasil. Rio de Janeiro: Vozes, 2007.

REZENDE, J. M. **Linguagem Médica**: Institucionalização do idoso. 2001. Disponível em: <<http://usuarios.cultura.com.br/jmrezende/idoso..htm>>. Acesso em: 19 out. 2017.

ROTELLI, F. *et al.* **Desinstitucionalização**. São Paulo: Hucitec; 1990.

SANTANA, J. *et al.* Envelhecimento, lazer e instituições de longa permanência. In: **Anais** - IX Seminário O Lazer em debate. Belo Horizonte: Imprensa Universitária da UFMG, 2008. p. 309-16.

SANTOS, C. S. S.; PELZER, M. T.; RODRIGUES, T. C. M. Condições de enfrentamento dos familiares educadores de idosos portadores de doença de Alzheimer. **RBCEH**, Passo Fundo, v. 4, n. 2, p. 114-126, 2007.

SANTOS, S. S.C. **Enfermagem gerontogeriatrica**: da reflexão à ação cuidativa. São Paulo: Robe; 2002. 200 p.

SILVA, A. T. M.C. A Saúde Mental no PSF e o trabalho de enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.** v. 58, n. 4, p:411-5, 2005.

SILVA, D. C.; ALVIM, N. A. T.; FIGUEIREDO, P. A. Tecnologias leves em saúde e sua relação com o cuidado de enfermagem hospitalar. **Esc Anna Nery Rev Enferm** [periódico na internet]. v. 12, n. 291, p: 298, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v12n2/v12n2a14.pdf>>. Acesso em: 07 nov 2017.

SILVA, H. H. S. *et al.* Intervenção de enfermagem ao paciente em crise psiquiátrica nos centros de atenção psicossocial. **Cogitare Enferm**, v.17, n.3, p.464-70, 2012.

SILVEIRA, M. H.; CIAMPONE, M. H. T.; GUTIERREZ, B. A. O. Percepção da equipe multiprofissional sobre cuidados paliativos. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v.17, n.1, p.7-16, 2014.

SILVESTRE, J. A.; COSTA NETO, M. M. Abordagem do idoso em programas de saúde da família. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 839-847, 2003.

SOUZA, J. L. C. **Asilo para idosos**: o lugar da face rejeitada. Trilhas, Belém, v. 4, n. 1, p. 77-86, set. 2003.

SOUZA, D. M.; ROSA, D. O. S.; SOUZA, M. M. Representações do Idoso Asilado sobre os Cuidados da Família. **Revista Temática Kairós Gerontologia**, v.14, n.3, p:149-165, 2011.

SOUZA, L. C. A. Equipe de saúde e o cuidado da saúde mental do idoso. **Revista Portal de Divulgação**, n. 45, Ano V, 2015.

TAVARES, S. M. G. A saúde mental do idoso brasileiro e sua autonomia. **Boletim do Instituto de Saúde**, n.47, p: 87-9, 2009

TIER, C. G.; FONTANA, R. T; SOARES, N. V. Refletindo sobre idosos institucionalizados. **Rev. Bras Enfermagem**. v. 57, n. 3, p: 332-335, 2004. Disponível em: <<http://www.sicelo.br/pdf/reben/v57n3/a15v57n3.pdf>>. Acesso em 8 de dezembro de 2018.

WALDOW, V. R. Cuidado humano: o resgate necessário. 3 ed. Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 2001.

WINGESTER, E. L. C.; CASTRO, M. S. R.; CASTRO, W. S. O cuidado com o idoso portador de transtorno mental institucionalizado. **SynThesis Revista Digital FAPAM**, v. 4, n. 4, p: 220-234, 2013.



**APÊNDICE A - ROTEIRO DA ENTREVISTA**

Data da coleta: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**1) DADOS DO PROFISSIONAL:**

Formação Profissional: \_\_\_\_\_

Especialização na área do idoso: ( ) Sim ( ) Não

Especialização na área da saúde mental: ( ) Sim ( ) Não

Data de nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ Sexo: ( )Fem ( )Masc

Há quanto tempo trabalha na instituição: \_\_\_\_\_

**2) QUESTÕES**

- Fale como você percebe a existência de uma unidade fechada dentro da instituição?

- Como é para você cuidar de idosas com transtorno mental em uma unidade fechada?

**APÊNDICE B: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE**  
 UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA  
 CENTRO DE EDUCAÇÃO FÍSICA E DESPORTO  
 PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GERONTOLOGIA

**PESQUISA:** IDOSOS COM TRANSTORNOS MENTAIS EM UNIDADE FECHADA: PERCEPÇÃO DE PROFISSIONAIS DA SAÚDE DE UMA INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA.

**PESQUISADOR:** Enf. Adonai Mejia Costa

**PESQUISADORA RESPONSÁVEL/ ORIENTADORA:** Enf.<sup>a</sup> Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Margrid Beuter

**COORDINADORA:** Enf.<sup>a</sup> Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Leila Mariza Hildebrandt

**INSTITUIÇÃO/DEPARTAMENTO:** Universidade Federal de Santa Maria – Centro de Educação Física e Desporto e Programa de Pós-Graduação em Gerontologia.

**LOCAL DE COLETA DE DADOS:** Associação de Amparo Providência Lar das Vovozinhas

**Caro participante:**

- ✓ Você está convidado a participar dessa pesquisa, na qual irá passar por uma entrevista, de forma totalmente **voluntária**.
- ✓ Antes de concordar em participar é importante que você compreenda as informações e instruções contidas neste documento.
- ✓ O pesquisador deverá responder todas as suas dúvidas antes de você se decidir a participar.
- ✓ Você tem o direito de **desistir** da participação da pesquisa a qualquer momento, sem nenhuma punição e sem perder os benefícios aos quais tem direito.

**Sobre a Pesquisa:** a pesquisa tem como objetivo: **Descrever como profissionais da saúde de uma ILPI percebem a presença de uma ala fechada em que residem idosos com transtornos mentais.**

Sua participação na pesquisa consiste em participar de uma entrevista com questionamentos acerca **da percepção de profissionais da saúde de uma ILPI acerca da presença de uma ala fechada em que residem idosos com transtornos mentais.** A entrevista será gravada somente em áudio. Fica a ressalva de que os dados da pesquisa somente poderão ser divulgados de forma anônima.

---

<sup>1</sup> **Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM:** Av. Roraima, 1000 - Prédio da Reitoria - 7º andar – Campus – 97105-900 – Santa Maria - RS. Telefone: (55) 3220-9362. E-mail: comiteeticapesquisa@mail.ufsm.br

Mestrando **Adonai Mejia Costa** pelo fone (55) 99978-4411 E-mail adonai58@terra.com.br  
 Orientadora responsável: Margrid Beuter - UFSM - Departamento de Enfermagem, fone (55)3220-8263 E-mail [margridbeuter@gmail.com](mailto:margridbeuter@gmail.com)

**Sobre a legislação vigente em pesquisa:**

**Benefícios:** Estão ligados diretamente à possibilidade de proporcionar aos participantes um maior conhecimento sobre o tema abordado, contribuindo na assistência das idosas com transtornos mentais residentes na ILPI.

**Riscos:** A participação na pesquisa representará riscos mínimos de ordem física ou psicológica para você, os quais se aproximam daqueles em que você estaria exposto em uma conversa informal, como cansaço e expressão de emoções decorrentes do assunto sobre o qual estaremos tratando. Caso ocorra algum desses riscos, o pesquisador irá fornecer atenção especial, escutando-o e será respeitado o desejo do participante em dar ou não continuidade à entrevista. Se quiser encerrá-la, sua opinião será respeitada.

**Sigilo:** As informações fornecidas por você serão confidenciais e de conhecimento apenas dos pesquisadores. Após a transcrição das falas, a gravação será destruída. A sua identidade não será revelada em nenhum momento, mesmo quando os resultados desta pesquisa forem divulgados.

Caso haja necessidade de maiores informações ou mesmo interesse pelos resultados obtidos, você poderá entrar em contato com o mestrando Adonai Mejia Costa e com a Professora Margrid Beuter (pesquisadora responsável), bem como, com a Comissão de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria nos endereços constantes deste Termo<sup>1</sup>.

Desde já, agradecemos pela colaboração,

Santa Maria/RS \_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de 2017.

---

Assinatura do(a) participante

---

Profa Dra Margrid Beuter  
(Pesquisadora responsável)

**Observação:** Este documento será apresentado em duas vias, uma para o pesquisador e outra para o participante.

---

<sup>1</sup> **Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM:** Av. Roraima, 1000 - Prédio da Reitoria - 7º andar – Campus – 97105-900 – Santa Maria - RS. Telefone: (55) 3220-9362. E-mail: comiteeticapesquisa@mail.ufsm.br

Mestrando **Adonai MejiaCosta** pelo fone (55) 99978-4411 E-mail adonai58@terra.com.br  
Orientadora responsável: Margrid Beuter - UFSM - Departamento de Enfermagem, fone (55)3220-8263 E-mail [margridbeuter@gmail.com](mailto:margridbeuter@gmail.com)

**APÊNDICE C – TERMO DE CONFIDENCIALIDADE**

33

**APÊNDICE C – Termo de confidencialidade**  
**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA**  
**CENTRO DE EDUCAÇÃO FÍSICA E DESPORTO**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GERONTOLOGIA**

**TÍTULO DO PROJETO DE PESQUISA:** IDOSOS COM TRANSTORNOS MENTAIS EM UNIDADE FECHADA: PERCEPÇÃO DE PROFISSIONAIS DA SAÚDE DE UMA INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA

**PESQUISADORA RESPONSÁVEL:** Profª Drª Margrid Beuter

**CONTATO:** (55)3220-8263 Email: margridbeuter@gmail.com

**INSTITUIÇÃO:** Universidade Federal de Santa Maria – UFSM

**LOCAL DA COLETA DE DADOS:** Associação de Amparo Providência Lar das Vovozinhas

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar a privacidade dos sujeitos do estudo, cujos dados serão coletados por meio de entrevistas com profissionais da Equipe de Enfermagem da Associação de Amparo Providência Lar das Vovozinhas. Também, firmam compromisso referente a privacidade, confidencialidade e segurança dos dados, no que diz respeito ao uso exclusivo das informações obtidas à finalidade científica.

As informações serão mantidas sob a responsabilidade da Profª Drª Margrid Beuter, pesquisadora responsável, em armário com chave na sala 1339, 3º andar do prédio 26, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Maria, localizado na Avenida Roraima nº 100, bairro Camobi, CEP 97105-900, Santa Maria-RS, durante o período de cinco anos e após este período serão destruídas. O anonimato dos participantes será mantido, mesmo quando os resultados desta pesquisa forem divulgados, em qualquer forma.

Este projeto de pesquisa, foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM em \_\_\_/\_\_\_/2017, com o número do CAAE \_\_\_\_\_.

Santa Maria 02 de dezembro de 2017.



Margrid Beuter  
Pesquisadora responsável  
COREN: 29136  
SIAPE: 379289

## ANEXO A - AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL



ASSOCIAÇÃO AMPARÓ PROVIDÊNCIA LAR DAS VOVOZINHAS

### AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Eu, Tiana Cristina Flores (Gerente Executiva), abaixo assinado, responsável pela Associação Amparo Providência Lar das Vovozinhas, autorizo a realização do estudo **IDOSOS COM TRANSTORNOS MENTAIS EM UNIDADE FECHADA: PERCEPÇÃO DE PROFISSIONAIS DA SAÚDE DE UMA INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA**, a ser conduzido pelos pesquisadores Enf. Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Margrid Beuter e Mestrando Enf<sup>o</sup> Adonai Mejia Costa.


Fui informado, pelo responsável do estudo, sobre as características e objetivos da pesquisa, bem como das atividades que serão realizadas na instituição a qual represento.

Esta instituição está ciente de suas responsabilidades como instituição co-participante do presente projeto de pesquisa e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutado, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

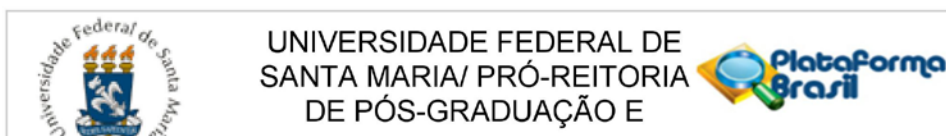
95.623.617/0001-70  
 ASSOCIAÇÃO AMPARO PROVIDÊNCIA  
 LAR DAS VOVOZINHAS  
 Av. Hêlvio Basso, 1250  
 Medianeira - CEP 97.070-805  
 Santa Maria - RS

Santa Maria, 01 de dezembro de 2017

**Tiana Flores**  
 Gerente Executiva

  
 Assinatura e carimbo do responsável institucional

## ANEXO B – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SANTA MARIA/ PRÓ-REITORIA  
DE PÓS-GRADUAÇÃO E

### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** IDOSOS COM TRANSTORNOS MENTAIS EM UNIDADE FECHADA: PERCEPÇÃO DE PROFISSIONAIS DA SAÚDE DE UMA INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA

**Pesquisador:** MARGRID BEUTER

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 80679617.3.0000.5346

**Instituição Proponente:** Universidade Federal de Santa Maria/ Pró-Reitoria de Pós-Graduação e

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 2.439.184

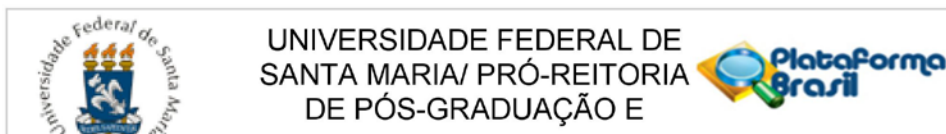
#### Apresentação do Projeto:

Há busca crescente pela institucionalização de idosos acometidos por patologias debilitantes, incluindo os transtornos mentais, que exigem diversos cuidados da equipe multiprofissional. Nota-se que a institucionalização está relacionada a práticas manicomial remanescentes. Estes resquícios da estrutura manicomial ainda estão presentes nas instituições asilares, como da instituição em que será realizada a presente pesquisa, a qual apresenta uma unidade fechada para tratar indivíduos com transtornos mentais. Frente a este contexto, o estudo tem por objetivo descrever como profissionais da saúde de uma ILPI percebem a presença de uma ala fechada em que residem idosos com transtornos mentais. O local da pesquisa será uma ILPI, localizada na região sul do Brasil. Para coleta dos dados será realizada uma entrevista semiestruturada com os profissionais de saúde da instituição, utilizando-se também a Técnica de Criatividade e Sensibilidade (TCS). Os resultados obtidos com a pesquisa auxiliarão a instituição, e por consequência os profissionais de saúde a refletirem sobre as consequências da segregação de idosos em uma ala psiquiátrica.

#### Objetivo da Pesquisa:

Descrever como profissionais da saúde de uma ILPI percebem a presença de uma ala fechada em que residem idosos com transtornos mentais.

**Endereço:** Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar  
**Bairro:** Camobi **CEP:** 97.105-970  
**UF:** RS **Município:** SANTA MARIA  
**Telefone:** (55)3220-9362 **E-mail:** cep.ufsm@gmail.com



Continuação do Parecer: 2.439.184

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos: assegura-se que a participação na pesquisa representa mínimos riscos de ordem física ou psicológica, comparáveis a uma conversa informal, como cansaço e expressão de emoções diante da temática abordada. Vindo a ocorrer alguma dessas alterações, o pesquisador abordará de maneira individualizada o participante, oferecendo maior atenção a ele, respeitando sua decisão de dar ou não continuidade a entrevista.

Benefícios: os profissionais participantes terão benefícios indiretos, uma vez que o estudo vem ao encontro de melhorar o atendimento prestado as idosas com transtornos mentais em Instituições de Longa Permanência para Idosos, assim como melhorar o conhecimento a cerca da temática.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Todos os termos obrigatórios da pesquisa foram apresentados adequadamente.

**Recomendações:**

Veja no site do CEP - <http://w3.ufsm.br/nucleodecomites/index.php/cep> - na aba "orientações gerais", modelos e orientações para apresentação dos documentos. ACOMPANHE AS ORIENTAÇÕES DISPONÍVEIS, EVITE PENDÊNCIAS E AGILIZE A TRAMITAÇÃO DO SEU PROJETO.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

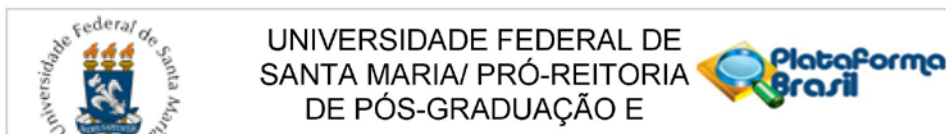
.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

| Tipo Documento                 | Arquivo   | Postagem               | Autor          | Situação |
|--------------------------------|---|------------------------|----------------|----------|
| Informações Básicas do Projeto | PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P<br>ROJETO_1046068.pdf | 04/12/2017<br>11:04:32 |                | Aceito   |
| Outros                         | Registro_GAP.pdf                                  | 04/12/2017             | MARGRID BEUTER | Aceito   |

Endereço: Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar  
 Bairro: Camobi CEP: 97.105-970  
 UF: RS Município: SANTA MARIA  
 Telefone: (55)3220-9362 E-mail: cep.ufsm@gmail.com



UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
SANTA MARIA/ PRÓ-REITORIA  
DE PÓS-GRADUAÇÃO E

Continuação do Parecer: 2.439.184

|   |                                      |                        |                |        |
|---|--------------------------------------|------------------------|----------------|--------|
| Outros  | Registro_GAP.pdf                     | 11:01:08               | MARGRID BEUTER | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLE_04_12_17.pdf                    | 04/12/2017<br>11:00:14 | MARGRID BEUTER | Aceito |
| Outros  | Autorizacao_da_Instituicao.pdf       | 04/12/2017<br>10:05:43 | MARGRID BEUTER | Aceito |
| Outros  | Termo_Confidencialidade_03_12_17.pdf | 04/12/2017<br>10:03:10 | MARGRID BEUTER | Aceito |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador                 | Projeto_Diss_Adonai_03_12_17.pdf     | 04/12/2017<br>10:01:10 | MARGRID BEUTER | Aceito |
| Folha de Rosto  | FolhadeRosto_03_12_17.pdf            | 04/12/2017<br>10:00:03 | MARGRID BEUTER | Aceito |

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

SANTA MARIA, 14 de Dezembro de 2017

---

Assinado por:  
**CLAUDEMIR DE QUADROS**  
(Coordenador)

**Endereço:** Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar  
**Bairro:** Camobi **CEP:** 97.105-970  
**UF:** RS **Município:** SANTA MARIA  
**Telefone:** (55)3220-9362 **E-mail:** cep.ufsm@gmail.com