A atuação do psicólogo na promoção da saúde mental e qualidade afetiva em idosos institucionalizados – uma proposta de intervenção

The performance of the psychologist in the promotion of the mental health and affective quality in aged institutionalized – an intervention proposal

El funcionamiento del psicólogo en la promoción de la salud mental y la calidad afectiva en envejecido institucionalizado – una oferta de la intervención

O texto propõe algumas reflexões sobre promoção de saúde mental em idosos institucionalizados, a partir da observação de seus comportamentos em uma Instituição asilar. Reafirma a importância desse tema para a atuação do psicólogo em instituições, destacando considerações referentes ao contexto sócio-cultural, no qual o idoso está inserido. Tratando das questões familiares e a compreensão de saúde como bem estar biopsicossocial. Nessa direção apresentamos os resultados da pesquisa realizada no abrigo Santa Luzia (Jacarepaguá, RJ), indicando as questões da pesquisa relacionada à promoção da saúde e qualidade afetiva dos idosos que vivem nesta instituição. Logo, tecemos considerações e propostas de desenvolvimento de novos conceitos sobre os cuidados, e as atividades que envolvem o trato do idoso e a inserção do trabalho do psicólogo nesta área profissional.

This article proposes some reflections about promotion of mental health in institutionalized senior, from the observation of your behaviors in an Asylum Institution. It reaffirms the importance of this theme for psychologist's performance in institutions, highlighting referring considerations to the context partner-cultural, in which the senior is inserted. Caring for the family matters and the health comprehension as well-being bio and social. In this direction, we present the research results

accomplished in the shelter Saint Luzia (Jacarepaguá, RJ), indicating the research matters related to health promotion and affective quality of the senior that live in this institution. Soon, we weave development considerations and proposals of new concepts on the cares, and the activities that involve the treatment of the senior and the psychologist work insert in this professional area.

El texto propone algunas reflexiones sobre la promoción de la salud mental en los ancianos institucionalizados, de la observación de su comportamiento en un asilo de ancianos. Reafirma la importancia de este tema para el papel de los psicólogos en las instituciones, poniendo de relieve las consideraciones relativas al contexto socio-cultural en el que los ancianos se inserta. Lidar con los problemas familiares y la comprensión de la salud como bienestar biopsicossocial. En este sentido se presentan los resultados de las investigaciones realizadas en el marco del Santa Luzia (Jacarepaguá, Río de Janeiro), con indicación de los temas de investigación relacionados con la promoción de la salud y la calidad afectiva de las personas mayores que viven en ella. Por lo tanto, consideramos que las propuestas de desarrollo y nuevos conceptos acerca del cuidado y las actividades relacionadas con el tratamiento de las personas mayores y la inserción de los psicólogos que trabajan en este ámbito profesional.

Palavras-chave: idoso, promoção de saúde, atuação do psicólogo.

Autores:

Professora Ms. Gláucia Pereira Braga
Leciona na Universidade Estácio de Sá, RJ. É Mestre em Psicologia, Psicóloga, Museóloga, Especialista em Metodologias do Ensino e Educação Especial. Formação em Psicodrama e autora do livro: "Metodologia Científica contemporânea", entre outros trabalhos, como: "Health Locus of control, personal alternative Beliefs and prevention Behaviors in Hypertension", apresentado no 9º Congresso Europeu de Psicologia e Apresentação de Trabalho Acadêmico no 2º Congresso de Psicologia da Universidade Estácio de Sá em 2009.
E-mail: glauciabraga@yahoo.com.br

Karla Beatriz dos Santos Pessanha
E-mail: kb.pessanha@ig.com.br

Lúcia de Lima Parada
E-mail: luparada@gmail.com
Alunas do curso de Psicologia, participantes do projeto de iniciação científica.

"Só existem dois dias no ano em que você não pode fazer nada pela sua vida: ontem e amanhã". Dalai Lama

Introdução

Algumas reflexões podem ser feitas sobre o tema "promoção da saúde mental e qualidade afetiva", que constitui aspecto significativo, tanto na formação, quanto no desenvolvimento do indivíduo, no que diz respeito ao seu psiquismo. Atualmente este é um dos temas mais discutidos.

A partir desta realidade, o estudo realizado como pesquisa bibliográfica e dados de uma observação participativa sobre o tema "o trabalho do psicólogo na

promoção da saúde mental e qualidade afetiva em idosos institucionalizados", pretende examinar a importância deste tema. Logo, as perspectivas relacionadas apresentam características que constituem a amplitude do presente estudo.

Segundo dados do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2008), a população brasileira envelhece em ritmo acelerado. Diante desta afirmativa, percebe-se um relativo despreparo da sociedade para lidar com o envelhecimento. Considerando este aspecto, entendemos tornar-se necessária uma maior inserção do psicólogo neste campo de trabalho, contribuindo com seu saber na proposição de reflexões e ações, com o objetivo da promoção de saúde e qualidade afetiva para idosos institucionalizados.

Este tema, além de atual e relevante, apresenta alternativas para a construção de novas formas de re-significação e contato com a representação social dos idosos, eliminando distâncias e oferecendo novas possibilidades de integração, inserção social e trabalho.

A revolução tecnológica e o consequente acesso às suas modernas ferramentas trouxeram, entre outros benefícios, a longevidade. Desta forma, temos uma necessidade premente da melhoria da qualidade de vida. Especificamente neste projeto, o foco foi dado à atuação profissional do Psicólogo na promoção de saúde e bem-estar de idosos institucionalizados, com propostas de intervenção neste campo de ação multidisciplinar.

A Gerontologia reflete estas mudanças como um novo campo do saber, que adota a multidisciplinaridade como o caminho para compreender o processo de envelhecimento sob seus vários pontos de vista: físico, psicológico e sociológico. O processo de envelhecimento envolve a adaptação do indivíduo às várias transformações e perdas que ocorrem ao longo do desenvolvimento humano, e as suas implicações físicas e mentais, que se evidenciam na terceira idade. A ciência Psicologia, entre outras ciências, participa ativa e efetivamente destas transformações, considerando "qualidade afetiva" como uma de suas áreas de trabalho. E é para a população institucionalizada, que por uma característica de sua condição possui menos acesso às transformações sociais, que destinamos este trabalho.

Partindo destas premissas, nossa pesquisa buscou investigar e propor através da ação profissional do psicólogo, estratégias de intervenção terapêutica que propiciem a melhoria da qualidade afetiva

de idosos institucionalizados.

A terceira idade preocupa e mobiliza o mundo moderno, dado o expressivo crescimento da população mundial acima dos 60 anos. A sociedade procura novas alternativas de atendimento e estimulação para idosos, a fim de não serem excluídos da força de trabalho e do convívio social. Contudo, percebe-se que essas alternativas ainda são deficientes, pois, ainda faltam dados e informações para a melhor compreensão do significado psicossocial dos idosos. Neste sentido, deve-se considerar a importância da re-configuração do cotidiano, da busca de sua identidade psicossocial, e da influência da imagem mental construída pela sociedade, do mundo em que vive o idoso no seu atendimento institucional; - que deve proporcionar a delimitação de novas perspectivas e caminhos para essa etapa da vida. (Novaes, 1995: 14)

Considera-se ainda, que:

Aposentar-se do trabalho remunerado ou do cuidado com os filhos não significa aposentar-se da vida. Com o tempo mais livre, novas oportunidades se abrem com as quais se dispõe de tempo para falar, escutar, observar e pôr em prática, também, vocações pessoais até então não-consideradas. Tentar reverter essa situação atual do idoso é tarefa não só do Estado e da comunidade, mas também e principalmente de cada um de nós. (Pereira & Vieira, 1996: 14)

A partir do pensamento teórico dos autores citados, é razoável supor que, a partir das nossas considerações anteriores, as transformações sociais, a longevidade e novas representações sociais do idoso contemporâneo e todo o contexto envolvido representam a análise atual. Entretanto, quais são as representações sociais dos idosos que permanecem internos nas várias instituições asilares distribuídas por todo país? Será que eles participam ativamente destes processos de transformação?

Nossa proposta como psicólogos é um trabalho de intervenção, com atividades terapêuticas identificadas a partir da demanda do grupo, desenvolvendo potencialidades e habilidades, que possibilitem ao idoso lidar qualitativamente com a sua condição e o atual contexto no qual está inserido.

O psicólogo deve considerar os diversos fatores que são próprios do processo de envelhecimento, ainda no contexto institucional, e as possíveis intervenções psicossociais que propiciem bem-estar e significativa melhoria na vida do idoso institucionalizado.

Cabe salientar que o processo de

envelhecimento envolve perdas e ajustes familiares que, para muitos, pode representar um "fardo", que indivíduos adultos sustentam. Logo, a internação pode ser a "melhor alternativa", e, em função desta crença, idosos "abrem mão" de sua individualidade e direitos, e duvidam de sua cidadania. Observa-se, então, o seguinte cenário: Esta população acaba se "conformando" (aceitando) o seu cotidiano.

Como todas as pessoas, o idoso é também agente de transformação da sociedade. Ledo engano científico e social afirmar que, apesar de não estarem mais incluídos como população "economicamente ativa", de fato, opera os meios sociais, econômicos e financeiros, de forma ativa, contribuindo efetivamente no rol da sociedade com sua experiência e retro-conhecimento, ainda que, relativamente, possuam delimitadores físicos.

Estes fatores possibilitam sua interação, estabelecendo trocas com o meio em que vivem, fazendo com que sejam estimulados os sentimentos de capacidade e funcionalidade social. E na medida em que estabelecem novos vínculos e convivem com pessoas de culturas e idades diferentes da sua, os idosos podem estabelecer trocas subjetivas, que é fundamental para a manutenção da saúde mental.

Desta maneira, é de significativa importância as atividades cognitivas e de convivência, que funcionam como tratativas terapêuticas neste momento da vida.

Cenário contemporâneo

Se pensarmos no momento histórico que estamos vivenciando, podemos perceber claramente que há uma valorização excessiva do que é novo e, consequentemente na mesma proporção, uma desvalorização daquilo que é velho, ultrapassado, obsoleto e isso se reflete tanto no modo como o indivíduo se relaciona com os objetos quanto na maneira com que estabelece relações de afeto.

Segundo afirmam Pereira & Vieira:

Não somente no Brasil o idoso passa por dificuldades. O mundo ocidental e sua cultura pós-industrial, centrada no consumismo, onde só o que é novo é bom, dão ao que é velho uma conotação de ultrapassado, de fora de uso ou 'fora de linha'... Existem, por conseguinte, a valorização do moderno e a consequente desvalorização do antigo, e essa atitude é transferida também para as pessoas. (Pereira & Vieira, 1996: 13)

Afirmam ainda, que:

Vivemos num momento de mudança de civilização e de cultura, uma nova visão

do mundo surge a partir de descobertas da física moderna. Vivemos também um momento de ampliação profunda da visão da pessoa humana, com a descoberta de novas dimensões da vida, por isso, algumas ideias poderão causar estranheza, o que é normal, considerando-se que a visão de mundo dominante ainda é aquela que nos veio dos séculos XVI e XVII, com ênfase no ter e não no ser, tendo a primazia o consumismo, o desejo pelo poder, pela dominação, pela ganância e pela competição, não importando as suas consequências". (Idem: 15)

Na sociedade pré-industrial, afirmam os historiadores e antropólogos, que a figura do ancião era respeitada e valorizada, como sinônimo de experiência, bom senso, sabedoria e equilíbrio. No Oriente, de um modo geral, essa cultura ainda persiste, e a velhice é vivenciada com maior aceitação e tranquilidade, como decorrência da consideração, da compreensão e do respeito que lhe são dispensados. (Pereira & Vieira, 1996: 13)

Em contraponto, no contexto do estudo analisado, a inexistência de um papel definido para as pessoas da terceira idade, faz surgir a sensação de inutilidade e peso, de que não se é mais necessário e, portanto, não se tem mais valor. É fácil aquilatar a extensão do problema, considerando que sentir-se útil é uma das necessidades básicas do ser humano. E quando a pessoa se sente inútil, alguma coisa começa a murchar dentro dela. O desejo de viver começa a fenece. Há queda de energia - à semelhança de uma flor que -, por falta de sol e água, começa a definhir. O amanhã se apresenta, então, sem sabor e sem luz. (Idem: 14)

Pereira & Vieira afirmam que:

Como se não bastassem as dificuldades por que passam os diversos segmentos da nossa sociedade, acrescente-se a esse - o dos idosos - toda uma gama de convenções sociais da pior qualidade, toda uma série de preconceitos que enfatizam a sua problemática e culminam na cristalização de uma auto-imagem negativa. (Pereira & Vieira, 1996: 13)

A visão fragmentária do ser humano, como se ele fosse apenas um ser mental, tão comum no Ocidente, não leva em consideração o desenvolvimento da percepção, da abertura e do contato com o espaço interno. Todo o enfoque está apenas no espaço externo. Descobrir o caminho da interiorização e dar um sentido à própria vida é fundamental para que sejam percebidos, nessa fase, os aspectos positivos e não só os negativos, como é costume atualmente. (Pereira & Vieira, 1996: 14)

Dentro dessa perspectiva Novaes, afirma que:

Não se pode falar da terceira idade ou da velhice como uma entidade isolada, uma doença, o término e o fim, pois, embora, a própria sociedade registre marcas e sinais nítidos como a aposentadoria compulsória e o seguro social para pessoas idosas, assinalando a chegada de tal etapa, as experiências do envelhecimento propriamente dito, e as perdas podem aparecer bem mais tarde do período sinalizado pela sociedade. (Novaes, 1995:8)

Neste sentido, observa-se que existem maneiras diferentes de considerar a velhice, já que estas premissas são formuladas pela sociedade, e que vêm se modificando ao longo dos anos. Isto se deve aos conceitos sociais tradicionais que existem sobre o idoso e que são passados ao longo das gerações. São crenças e valores que são adquiridos historicamente pelos indivíduos que determinam a maneira como eles agem e se comportam diante das situações. Desta forma, fica claro que a forma como vemos os idosos é própria desse processo de envelhecimento e por tanto natural.

Novaes afirma, ainda, que: "desnaturalizar" a noção de velhice que os cientistas utilizam nas concepções e nas suas práticas pode ser um passo importante, para a compreensão do processo do envelhecimento vivido por cada um a sua própria maneira". (Novaes, 1995:8)

Segundo Novaes, deve-se falar de experiências e não da experiência de envelhecimento, uma vez que a variabilidade das faixas etárias incluídas nesse período é muito grande. Logo, faz sentido pressupor que qualquer categoria de idade de um determinado grupo é parte de um conjunto mais amplo que está referido ao modo como, naquele caso específico, é pensada a trajetória da vida humana e sua visão de mundo. (NOVAES, 1995)

É escassa a existência de lugares possíveis para o exercício da subjetividade de quem envelhece. As mudanças de paradigmas culturais produziram um processo de grande exclusão social do velho durante um longo período, onde o sofrimento psíquico atrelado ao enclausuramento que produz a restrição do exercício da subjetividade, caracterizando um grande número de processos de envelhecimento. E não está obrigatoriamente relacionado à ocorrência de um transtorno psiquiátrico. (GOLDMAN, 2008)

Podemos perceber que todos querem viver mais, mas ninguém quer ser velho. Entretanto, nem sempre isso tem um signifi-

ficado positivo, afinal, conseguir viver mais não é sinônimo de viver melhor. A vivência primeira da velhice se dá no corpo. "O corpo por si só não se revela como atributo da velhice" (Goldman, 2008: 17).

Mas uma vez que a velhice, surge como estigma, se instala no corpo e passa a inquietar o idoso, onde se expressa o sentimento de um corpo imperfeito, em declínio, enfraquecido, enrugado, extrapola a visão do corpo, ampliando para a personalidade, o papel social, econômico e cultural do idoso (GOLDMAN).

Há, no estabelecimento dessa correlação, um imediatismo de características que são do corpo e vão para outras esferas: psíquica, social, política e econômica da vida. O envelhecimento evidencia uma concepção de subjetividade fundamentada na identidade individual, social, psíquica e de gênero (GOLDMAN).

Apresenta-se como dinâmica ou como histórica, apoiando seu dinamismo e retirando sua marca, seu símbolo, de uma história passada, nesse momento de trazer o símbolo para o presente. Assim, viver o presente implica repor, reproduzir o passado, entrar no campo da produção que se realiza com o desejo. A noção de subjetividade dá-se nas

ideias de invenção, de produção, de novas situações vividas pelo desempenho, tanto individual quanto grupal dos idosos, de suas decisões cotidianas. (Goldman, 2008: 17)

Em 2002, foi realizada a II Assembléia Mundial sobre o Envelhecimento (Madri/Espanha). Nela foram definidas as diretrizes prioritárias que orientam as políticas públicas relativas à população idosa para o século XXI. (CÔRTE, 2008)

Reforça o conceito de envelhecimento ativo (bem-estar físico, social e mental durante toda a vida) para ampliar a expectativa de vida saudável, produtividade e qualidade de vida na velhice. Foi ali que as primeiras diretrizes da criação de um ambiente propício para o envelhecimento foram criadas. (Idem, 2008: 53)

Ao longo desses anos, essas políticas oficiais e de âmbito internacional impactaram e comunicaram outras representações do envelhecimento. Elas já não se referem à velhice, como sinônimo de doença, ou apenas de perdas e declínio. (Idem, 2008: 53)

Comunicaram-nos outros "sobrenomes" (atributos) ao envelhecimento, tais como: saudável, bem-sucedido, produtivo, ativo. Termos que incluem a atividade, o ócio e a questão da continuidade e da vivência no próprio ambiente social. Termos que nos permitem entender essa etapa da vida, a velhice, de uma maneira diversa, e singular. (Côrte, 2008: 53)

Entretanto, predomina uma visão do envelhecimento como momento improdutivo. No entanto, considera-se que na gerontologia o envelhecimento e a velhice não se resumem a um estereótipo e nem podem ser reduzidos a um estigma, mesmo num contexto construído socialmente para o lugar do "improdutivo". (Faleiros, 2008: 91)

O envelhecimento, em sua diversidade e no alcance da longevidade, passou a ser visto não só como uma etapa de desenvolvimento, mas como uma conquista da sociedade, tanto no aumento da proteção social como na implementação do cuidado da saúde, inclusive com novas técnicas e drogas. (Faleiros, 2008: 91)

O Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento, aprovado em Madri, em 2002, coloca muito claramente o "aumento da expectativa de vida como uma das maiores conquistas da humanidade". Assim, a longevidade é um processo contraditório com a modernidade, pois, aumenta-se a longevidade e se coloca a questão da discussão da improdutividade e da finitude da vida, ou seja, a preocupação em se viver muito com qualidade e com a preocupação de não se viver sempre. (Idem, 2008: 91)

O papel dos familiares

Segundo Novaes, é freqüente os idosos queixarem-se do abandono dos filhos, sentindo-se rejeitados por eles, agressivos e revoltados. Por outro lado, também reprova uma presença invasiva, o controle exagerado acentuando uma incompreensão mútua. (Novaes, 1995:43)

Para a autora: "a estimulação do saber-fazer é básica, desde os pequenos movimentos até as grandes produções artísticas ou científicas, pois, a ausência de vontade e de motivações pode reduzir a atividade psíquica da pessoa idosa. A aposentadoria e o afastamento de situações sociais podem isolá-la, modificando o seu ritmo de vida e suas perspectivas". (Idem: 44)

Afirma ainda, que:

Conflitos familiares e dificuldades de relacionamento surgem com freqüência, pois, o idoso ocupa um lugar ambíguo no território da família por ser exigente, autoritário, lutando pela sua afirmação e manutenção do status, mas ao mesmo tempo, fraco, dependente, sem iniciativa; magoado pela perda de seu prestígio, não colabora e acarreta mais despesas e preocupações. A família, embora tenha por ele amor, carinho e respeito, vê-se corroída por um cotidiano desgastante de pressões, responsabilidades grandes, não sobrando tempo,

nem energia para resolver tais impasses. (Idem: 45)

Neste sentido, segue afirmando que: "estruturas familiares sólidas, equilibradas e bem compensadas nas quais o lugar dos pais e parentes mais velhos está assegurado, são favorecidas por circunstâncias, como um lugar amplo de moradia, facilidades econômicas, boas empregadas, dinâmica familiar saudável e divertida". (Idem: 46)

Entretanto, evidencia que:

O fato é que é preciso redesenhar as atitudes e comportamentos dos idosos, pois, terão que fazer um novo mapeamento de suas relações familiares e formas de convivência social. Ao perceberem que, embora a família seja a mesma, tudo mudou em volta, eles mesmos também compreenderão que tem que adquirir novos hábitos e rotinas de vida para poderem se ajustar às novas famílias, em suas diferentes alternativas de convívio. Morando junto às famílias, separadamente ou em instituições, o fato é que uma vez mantidos os laços e vínculos afetivos, as perdas e as rupturas não se acentuem dramaticamente. (Idem: 46)

Considerando o panorama descrito, as instituições como asilos e abrigos para idosos, tornam-se uma solução "simples", ou a mais adequada para solucionar os problemas que emanam destes processos. Nos asilos, os idosos podem envelhecer ou esperar a "morte", sem interromper a rotina e o cotidiano familiar, e de "certa forma", conformando-se com a sua condição de limitações generalizadas e aceitação do "lôcus" que lhe foi destinado pela sociedade e corroborado pela família.

Considerações sobre saúde

Pensar saúde em uma perspectiva mais complexa não diz respeito somente à superação de obstáculos no interior da produção de conhecimentos científicos. Não se trata de propor conceitos e modelos científicos mais inclusivos e complexos, mas de construir discursos e práticas que estabeleçam uma nova relação com qualquer conhecimento científico (Czeresnia, 2003:40).

Segundo Straub, a palavra saúde vem de uma antiga palavra da língua alemã que é representada, em inglês, pelas palavras *hale* e *whole*, as quais referem-se a um estado de "integridade do corpo". Os linguistas observam que essas palavras derivam dos campos de batalha medievais, em que a perda de *haleness*, ou saúde, normalmente resultava de um grave ferimento (Straub, 2005:23).

Afirma ainda, que:

Atualmente, somos mais propensos a pensar na saúde como a ausência de doenças. Como tal definição concentra-se apenas na ausência de um estado negativo, ela é incompleta. É bastante possível, e até comum, que uma pessoa esteja livre de doenças, mas ainda não desfrute de uma vida vigorosa e satisfatória. A saúde não se limita ao nosso bem-estar físico". (Straub, 2005:23)

Reconhecendo como inadequada e limitada a definição anterior de saúde, a Organização das Nações Unidas estabeleceu a Organização Mundial da Saúde. Em seu documento de criação, a OMS definiu *saúde* como "um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente como a ausência de doenças ou enfermidades". Essa definição afirma que saúde é um estado positivo e multidimensional que envolve três domínios: saúde física, saúde psicológica e saúde social. (Straub, 2005:23)

Dessa maneira, Straub segue definindo cada um dos três domínios elencados por ele, que são os seguintes:

Saúde física implica ter um corpo vigoroso e livre de doenças, com um bom desempenho cardiovascular, sentidos aguçados, sistema imunológico vital e a capacidade de resistir a ferimentos físicos. Ela também envolve hábitos relacionados com o estilo de vida que aumentem a saúde física. Entre estes, estão seguir uma dieta nutritiva, fazer exercícios regularmente e dormir bem; evitar o uso de tabaco e outras drogas; praticar sexo seguro e minimizar a exposição a produtos químicos tóxicos.

Saúde psicológica significa ser capaz de pensar de forma clara, ter uma boa auto-estima e um senso geral de bem-estar. Ela inclui a criatividade, as habilidades de resolução de problemas (como buscar informações sobre questões relacionadas com a saúde) e a estabilidade emocional. Ela também é caracterizada pela auto-aceitação, abertura a novas idéias e uma "tenacidade" geral na personalidade.

Saúde social envolve ter boas habilidades interpessoais, relacionamentos significativos com amigos e família, e apoio social em épocas de crise. Ela também está relacionada com fatores socioculturais em saúde, como o status socioeconômico, a educação, a etnicidade, a cultura e o gênero. (Straub, 2005:23)

O conceito moderno de Promoção da Saúde, assim como sua prática, surge e se desenvolve de forma mais vigorosa nos últimos 20 anos, nos países em desenvolvimento, particularmente no Canadá, nos

Estados Unidos e nos países da Europa Ocidental (Buss, 2003: 15).

Para além das motivações ideológicas e políticas dos seus principais formuladores, a promoção da saúde surge como reação à acentuada medicalização da saúde na sociedade e no interior do sistema de saúde (Buss, 2003: 15).

A configuração do discurso da 'nova saúde pública' ocorreu no contexto de sociedades capitalistas neoliberais. Um dos eixos básicos do discurso da promoção de saúde é fortalecer a ideia de autonomia dos sujeitos e dos grupos sociais. Uma questão que se apresenta é qual concepção de autonomia é efetivamente proposta e construída (Czeresnia, 2003: 39).

Ao mesmo tempo, afirmam-se perspectivas progressistas que enfatizam uma outra dimensão do discurso da promoção da saúde, ressaltando a elaboração de políticas públicas inter-setoriais, voltadas à melhoria da qualidade de vida das populações (Czeresnia, 2003: 40).

Promover saúde alcança, dessa maneira, uma abrangência muito maior do que a que circunscreve o campo específico da saúde, incluindo o ambiente em sentido amplo, atravessando a perspectiva local e global, além de incorporar elementos físicos, psicológicos e sociais (Czeresnia, 2003: 40).

Entretanto, considerando ainda, os três domínios que envolvem a definição de saúde elencados por Straub, pode-se pensar também na definição de promoção de saúde, já que, segundo o dicionário Larousse, promover significa dentre outras acepções, que no caso, não serviriam para clarificar o contexto em questão: "dar impulso a; pôr em execução. Ser a causa de; originar, provocar. Requerer solicitar."

Se tomarmos o significado de dar impulso a; pôr em execução estamos nos referindo à definição de saúde proposta pela OMS em que saúde significa ausência de doença, logo os termos supracitados nos permite inferir que existe saúde no indivíduo. Mas, ela precisa ser evidenciada, provocada com o objetivo de fazer nascer no sujeito o sentimento de bem-estar.

Considerando estes aspectos, no que tange ao saber do psicólogo, podemos intervir no ambiente asilar, promovendo saúde, em particular saúde mental. O estímulo a atividades cognitivas, como trabalhos em argila, "contar histórias", contar sua própria história, são atividades simples, que surtem grandes resultados terapêuticos na estimulação e na aplicação do conceito de saúde mental descrito no texto.

Com isso, o psicólogo, que é um pro-

fissional comprometido com a promoção da saúde mental, além de exercer sua prática profissional efetiva em um campo ainda "jovem", porque a longevidade e sua compreensão ainda estão em processo de absorção pela sociedade, também contribui com o seu saber para a modificação de conceitos sociais e mudanças de paradigmas no trato da população de idosos institucionalizados, sua funcionalidade e função social.

Metodologia

A pesquisa foi desenvolvida com os alunos da Universidade Estácio de Sá, onde as atividades foram propostas dentro do ambiente asilar Abrigo Santa Luzia (Jacarepaguá, RJ.), que revertam-se em Melhoria da Qualidade Afetiva dos idosos residentes.

Extraímos assim resultados que contribuem para o crescimento pessoal e profissional dos discentes. Foram desenvolvidos métodos e abordagens de intervenção com o intuito de agregar valor à qualificação profissional do Psicólogo e incentivar o seu papel na contribuição do desenvolvimento da sociedade.

A hipótese estudada foi que "mesmo institucionalizados, os idosos apresentavam baixa qualidade afetiva e convívio social". O que nos permitiu questionar:

- Quais os reais benefícios sociais para o desenvolvimento humano que a instituição realiza/ oferece?

- Seria esta instituição apenas um espaço social adequado para aqueles que não mais podem "contribuir com a sociedade"? Talvez um repositório social para esperar a morte?

- Será que os idosos institucionalizados, se estimulados e atendidos em suas necessidades, podem melhorar sua qualidade afetiva e prosseguir em seus processos de desenvolvimento?

A partir da aplicação de questionários, com a realização de atividades terapêuticas, tais como: argila, música, produção e socialização de histórias, e ainda, com a observação participante (in loco), esses questionamentos foram respondidos.

Os resultados obtidos, relativamente, do ponto de vista científico, evidenciam uma amostra composta por 28 (vinte e oito) pessoas que vivem nesta instituição, demonstrando:

- Universo de 100% (cem por cento), do sexo feminino.

- A aplicação dos primeiros questionários teve como objetivo, o conhecimento da amostra da pesquisa, com um levantamento sócio-econômico. Foram obtidas informações relevantes, contextualizadas a

instituição, sua população e os benefícios oferecidos.

Panorama cênico

A instituição em questão possui 60 anos de existência e há 45 anos trabalha com idosos. A decisão de trabalhar com idosos surgiu por vontade de seu fundador, já falecido, fruto de sua ideologia religiosa. Conta ainda com a ajuda (não remunerada) de uma administradora, uma presidente e uma vice-presidente, tendo formação em ensino fundamental e curso superior respectivamente.

Declaram que: "percebem o idoso como uma pessoa da família; um ente social normal, que passa a maior parte do tempo na instituição". Recebem doações de pessoas, que sensibilizadas, ajudam a manter o empreendimento social.

Existe ainda uma divisão arquitetônica/organizacional onde, parte dos internos contribui financeiramente (através de recursos próprios e da família); ainda existe uma área gratuita (fomentada pelos mesmos patrocinadores), denominada de "não pagantes".

Esta instituição se define como abrigo, possuindo variados quartos, alguns individualizados, outros coletivos com dois dormitórios e até cinco dormitórios na ala pagante. E, na ala não pagante, os quartos são coletivos com vários dormitórios (salão).

Os diretores desta instituição percebem a necessidade de profissionais, tais como: médicos, fisioterapeutas e outros. E quanto às atividades que julgam necessárias, limita-se a exteriorizar a percepção de que, esta população (*idosos*), somente necessita de boa alimentação e higiene básica.

Diante disto, cabe a sociedade uma reflexão: "SE, num ABRIGO PARTICULAR constatamos esta REALIDADE INFELIZ, FAZ SENTIDO PENSAR COMO É O DIA-A-DIA DA POPULAÇÃO IDOSA CONFINADA NOS (RAROS) LOCAIS PÚBLICOS..."

(Marcelo Brum, 2010)

Pode-se perceber que, diante do quadro analisado, na instituição visitada há uma preocupação com a saúde física, mas não foram mencionados "cuidados" com a saúde psicológica e qualidade afetiva nas relações interpessoais.

Esta instituição conta ainda com a ajuda de profissionais formados e contratados, com carteira assinada pela diretoria do abrigo, enfermeiros, nutricionistas, auxiliares de enfermagem, "cuidadores" de idosos. Nota-se, entretanto uma política, no mínimo, difusa, com relação aos tratamen-

tos fisioterapêuticos: O único fisioterapeuta (particular), atende preferencialmente à demanda da ala pagante, 3 (três) vezes por semana e, atende somente a ala pagante três vezes na semana, e quando necessário, atende a ala não pagante.

Segundo informações coletadas, as famílias dos internos participam dos eventos institucionais e a grande maioria dos idosos que ali residem possuem doenças como Alzheimer, Parkinson, derrame, hipertensão arterial.

A maioria é dependente parcial, ou seja: dependem de outras pessoas para uma necessidade, tal qual "o banho". Fora essa restrição, locomove-se sozinha e somente uma interna é dependente total, pois necessita de acompanhante para todas as atividades.

Foi levantado também que algumas caravanas fazem atividades no local, mas tais iniciativas acontecem geralmente na área filantrópica (não pagante). Entretanto, toda a população participa destes eventos. Também foi enfatizada a questão da regularidade das atividades, ou seja: segundo a diretora, algumas caravanas realizam atividades um ou dois dias e depois não aparecem mais. Considera-se, portanto, que não existe uma programação de eventos ou acompanhamento sistemático de atividades com a população idosa.

No que tange aos idosos que residem no abrigo, às informações colhidas por meio de interpretação dos questionários aplicados nos revelou os seguintes dados:

- A amostra foi realizada no abrigo Santa Luzia (Jacarepaguá, RJ.), com 28 idosos institucionalizados, com idade entre 58 e 103 anos.

- 35,7% entre 68 e 94 anos e 25% entre 80 e 84 anos.

- Faixa salarial de até dois salários mínimos, provenientes de pensão por viuvez, onde 71,43% são viúvas, com grau de instrução de 60,71% do ensino fundamental, sendo que 50% recebem visitas de terceiros e 32,14% recebem visitas de familiares.

Esses fatores podem ser comprovados pelas tabelas que se seguem a seguir:

TABELA: I

Idade	Total
58	1
61	1
62	1
68	2
72	1
75	1
77	1

78	2
80	4
81	1
83	1
84	3
85	2
86	1
89	1
93	1
94	2
102	1
103	1
TOTAL:	28
Modal mediano:	80 e 84

TABELA: II

Faixa salarial	frequência
1 - 1 a 2 salários mínimos	1
2 - 2 a 6 salários mínimos	0
3 - mais de 6 salários mínimos	1
4 - pensão viuvez	16
5 - pensão familiar	4
6 - outros	6
Total:	28
Média:	4,67

Na amostra total, 57,14% recebem pensão por viuvez

TABELA: III

Grau de instrução	Frequência
1 - não estudou	3
2 - fundamental	17
3 - médio	2
4 - superior	3
5 - outros	3
Total:	28
Média:	5,6
Interpretação:	60,71

60,71% possuem ensino fundamental

TABELA: IV

Estado civil	frequência
1 - solteira	7
2 - casada	0
3 - divorciada	0
4 - viúva	20
5 - outros	1
Total:	28
Média:	5,6
Interpretação:	71,43

71,43% são viúvas

TABELA: V

Número de visitas	frequência
1- parentes (filhos, netos, bisnetos)	9
2- laterais (irmãos)	0
3- colaterais (sobrinhos)	5
4- outros	14
Total:	28
Média:	7

50% desta amostra recebem visitas de terceiros
32,14% desta mesma amostra recebem visitas de parentes

De acordo com os dados obtidos na instituição, validamos a premissa de nosso trabalho, e observamos que o Abrigo é "um espaço social adequado para aqueles que não mais podem contribuir com a sociedade", "um depositário social para esperar a morte", e um de seus indicativos para esta afirmação é o número viúvas internas.

Atividades desenvolvidas: Oficinas com argila e música - "Socialização de histórias". O objetivo: a qualidade afetiva em idosos institucionalizados - foi observado com a realização destas atividades e aplicação de um questionário indicativo qualitativamente e mensurado quantitativamente os afetos descritos/percebidos antes, durante e depois das atividades, onde foram apresentados os seguintes resultados:

64,28% desta amostra participaram das atividades.

Conforme mostram as tabelas de pós atividade de intervenção, a comparação dos afetos sentidos/descritos antes, durante e após a atividade, nos permite perceber que houve indicativos de melhoria na qualidade da descrição/sentimentos destes. O que compreendemos como efetiva melhora na qualidade afetiva.

O que pode ser evidenciado nas tabelas a seguir:

TABELA: VI

Antes	Frequência
1- ótima	0
2- bem	9
3- triste	5
4- feliz	0
5- outros	4
Total:	18
Triste:	27,78
Feliz:	0

TABELA : VII

Durante	Frequência
1- emocionada	3
2- ótima	1
3- bem	5
4- triste	0
5- feliz	4
6- emoc. E feliz	1
7- bem e feliz	0
8- outros	4
Total:	18
Triste:	0
Feliz:	22,22

TABELA : VIII

Após	freqüência
1- ótima	0
2- bem	7
3- triste	2
4- feliz	3
5- bem e feliz	1
6- alegre e bem	1
7- muito bem	0
8- ótima, bem e feliz	2
9- outros	2
Total:	18
Triste:	11,11
Feliz:	16,67

Conforme dados apresentados nas tabelas acima, observa-se que antes da execução da atividade, 27,78% disseram sentirem-se tristes, e não houve percentual mensurável do quesito "sentir-se triste". Durante a atividade nessa mesma amostra, 22,22% disseram sentirem-se felizes. Após a atividade proposta, 11,11% se sentiram tristes e 16,67% se sentiram felizes. Com estes resultados, podemos perceber que nos três estágios da atividade, ou seja, antes, durante e depois, o número das pessoas (idosos) que se disseram felizes, excede o número dos que se declararam tristes. Tal contexto nos permitiu inferir que: "Houve melhoria na qualidade afetiva" e, dessa forma respondemos ao nosso último questionamento relativo à nossa hipótese: Atividades de intervenção desenvolvida por psicólogos com idosos, estimulados e atendidos em suas necessidades, podem melhorar sua qualidade afetiva, na continuidade de seu processo de desenvolvimento. Desta forma, chegamos à conclusão afirmativa de nossas bases iniciais de premissas, que ao longo do desenvolvimento do presente trabalho remetem aos resultados esperados.

Considerações finais

O aumento da longevidade, para além de significar desenvolvimento, pode constituir uma mais-valia econômica e social. Todavia, este fenômeno é habitualmente encarado de forma negativa, falando-se com frequência do peso que os idosos representam para a família, segurança social e saúde, e do seu tendencial agravamento (Jesus, 2007).

De fato, muito há ainda que mudar nas mentalidades das pessoas e das políticas públicas no sentido de se reverter este fenômeno considerado negativo (problema) para uma oportunidade de desenvolvimento e bem-estar social.

Segundo Jesus:

A maior parte das pessoas tem do idoso a idéia de um indivíduo doente, dependente, iletrado, demitido, submisso, infantilizado, demente, diminuído nas suas capacidades mentais, etc. Infelizmente, este ainda constitui um quadro de referência para a abordagem de muitos cidadãos e até mesmo de profissionais, fortemente influenciado pela imagem, não raras vezes veiculada por responsáveis de serviços de saúde e de segurança social. (Jesus, 2007)

É verdade que os problemas de saúde se acentuam com a idade, pois nenhum de nós é eterno. Também sabemos que o processo de envelhecimento varia de pessoa para pessoa, que nem todos os órgãos e sistemas envelhecem do mesmo modo nem ao mesmo tempo e que, sobretudo, o envelhecimento é fortemente influenciado pelo estilo de vida que se cultiva.

Ao analisarmos as condições atuais e, ainda, potenciais, somos levados a concluir que todo esse processo poderá ser diferente se mudanças estruturais aos diferentes níveis e setores forem devidamente implementadas. Referimo-nos particularmente aos sistemas de educação, segurança social e, mais determinante no curto e médio prazo, o da saúde (Jesus, 2007).

Uma transformação de mentalidades, em todos os níveis, julgou ser necessária, para que o problema dos mais idosos se revertsse numa oportunidade de desenvolvimento econômico, bem-estar e prosperidade social, em que todos nós (ou pelo menos o maior número possível) nos sintamos felizes e, por conseguinte, mais saudáveis.

Neste sentido, Novaes afirma que: "ter mais idade pode representar um ganho, uma ameaça e um desafio, sobretudo para pessoas potencializadas, uma vez que seu estado de dependência é confundido, muitas vezes, com o de decadência" (Novaes, 1995: 113).

Para ela, "o problema da dependên-

cia é que a pessoa perde o controle da organização de seu modo de existir, pois depende dos demais para tudo. Essa dependência se agravada, leva à regressão, daí os cuidados que se deve ter sempre em respeitar o mínimo de autonomia de que é capaz o idoso, sua personalidade e história de vida" (Idem: 115).

Segue afirmando que:

Reconhecer o valor e o sentido da vida na velhice exige mudanças de atitudes, uma primeira, refere-se à passagem de concepção biológica à cultural, tendo em vista transformar a energia, a libido física e biológica em energia cultural, ou seja, é como ter que morrer para se transformar numa pessoa diferente e única, abandonando as máscaras sociais e buscando satisfazer a necessidade da cultura individual independente da coletiva. (Idem: 116).

De acordo com esta autora: "é possível ver na velhice um lado positivo com a convicção de que se, por um lado, perde-se alguma coisa, por outro se ganham outras. A vida interior é fundamental para essa transformação, mas deve-se pensar na velhice muito antes de sua chegada, a fim de estar preparado psicologicamente para enfrentá-la" (Novaes, 1995: 117).

Entretanto, em qualquer idade estamos sempre vivendo no presente e visitamos o passado e o futuro na nossa imaginação. Construímos sempre o nosso passado e o nosso presente. Nós somos o que nós lembramos. Nós somos o que nós planejamos. Somos o nosso passado e o nosso futuro e em todo o momento de nossas vidas somos o nosso presente (Novaes, 1995: 118).

Precisamos considerar que a vida implica em ambiguidades, liberdade e poder relativos, e que muitas decisões importantes são tomadas com base em dados e informações insuficientes, mas apesar disso somos responsáveis por tudo o que fazemos (Idem: 119).

É preciso viver cada idade ao seu modo, sem precisar provar alguma coisa, nem para si nem para os outros e, sobretudo, não pedindo desculpas por existir. Neste sentido, a velhice começa pelas perdas ou eventos irreversíveis. Para aqueles que só vivem de seu corpo pode representar decadência, mas para aquele que viveu para o espírito pode representar a síntese e a revelação (Novaes, 1995: 119).

Percebe-se, contudo, a importância de se dar razões de "ser" para o idoso não se tornar um "defunctus" vivo, ou seja, aquele que não tem mais função. A transmutação dos valores é fundamental, entendendo-se que o homem tem corpo, alma e espírito,

que precisam ser cuidados e alimentados nessa idade (Idem: 120).

Numa sociedade pós-moderna, na qual a tecnologia impera, as fronteiras dos saberes se movem, urge dar corda ao relógio da criatividade e do tempo cultural a fim de provocar mudanças que favoreçam a integração biopsicossocial da terceira idade. (Idem: 120).

Sobretudo, envolver os idosos nesse planejamento, tornando-os mais ativos e responsáveis pelos programas propostos: discordarem, aprovarem, reivindicarem seus direitos e expressarem, com alegria e descontração, seus desejos e sentimentos – é necessidade premente. (Idem: 120).

Entretanto, Goffman afirma que:

Entre os internados de muitas instituições totais, existe um intenso sentimento de que o tempo passado no estabelecimento é tempo perdido, destruído ou tirado da vida da pessoa; é tempo que precisa ser “apagado” é algo que precisa ser “cumprido”, “preenchido” ou “arrastado” de alguma forma. Nas prisões e nos hospitais para doentes mentais, uma afirmação geral quanto à adaptação da pessoa à instituição pode ser apresentada através da maneira de “passar o tempo”; se isso é coisa penosa ou leve. Este tempo é algo que foi posto entre parênteses na consciência constante, e de uma forma que dificilmente se encontra no mundo externo. Por isso, o internado tende a sentir que durante a sua estada obrigatória – sua sentença – foi totalmente exilado da vida. (Goffman, 1961: 64).

Afirma ainda, que:

Este sentimento de tempo morto provavelmente explica o alto valor dado às chamadas atividades de distração, isto é, atividades intencionalmente desprovidas de seriedade, mas suficientemente excitantes para tirar o participante de seu “ensinamento”, fazendo-o esquecer momentaneamente a sua situação real. Se se pode dizer que as atividades usuais nas instituições totais torturam o tempo, tais atividades o matam misericordiosamente. (Idem: 64).

Dessa forma entendemos que está entre as atribuições do psicólogo, promover também a responsabilidade social, facilitar aos internos a realização de tarefas que dêem continuidade ao desenvolvimento físico, cognitivo e social, estimulando o autoconhecimento para que possam, dessa forma, descobrir talentos e virtudes singulares, o que possibilitará lidar com os problemas, e idiosincrasias, e também buscar novas soluções.

Como propositura pode-se citar: Estimular os hemisférios cerebrais, exercitar pensamentos positivos, desenvolver encontros, cuja tônica propicie o surgimento ou ressurgimento do otimismo, oferecer situações novas e experiências que estimulem o exercício de conexões neuronais. São intervenções possíveis, que fazem parte da prática profissional da Psicologia e que podem ser implementadas nas Instituições Asilares, e também pelas Políticas Públicas em um movimento de “avanço” coordenado com as exigências e necessidades deste milênio.

Como reflexão final, importa chamar a atenção para a necessidade de se procurar imprimir racionalidade científica, responsabilidade social considerando o trabalho do psicólogo em instituições asilares como uma necessidade premente na prevenção, preservação e manutenção da Saúde da sociedade contemporânea, dada as novas formas de pensar a velhice e o envelhecimento, oriundas das transformações sociais vigentes. Assim, contribuindo para a construção de saberes sobre o envelhecimento e a longevidade humana, redefinindo e refinando conceitos sobre o tema, a partir da perspectiva do ser que envelhece e não unicamente do ser que adocece, permitindo dessa forma uma renovação nas práticas sociais, vivenciando a inclusão, a promoção da saúde e bem-estar subjetivo e o exercício da cidadania da população idosa, mesmo dentro de uma Instituição.

Referências:

- BOENTE, A.; BRAGA, GP. *Metodologia Científica Contemporânea, para Universitários e Pesquisadores*. RJ: Braspot, 2004.
- CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. *Envelhecimento e Subjetividade: desafios para uma cultura de compromisso social*. Conselho Federal de Psicologia, Brasília, DF, 2008. Disponível em: [HTTP://www.pol.org.br](http://www.pol.org.br). Acesso em: 14 junho 2009.
- CZERESNIA, D. (org.). *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro, RJ: Fiocruz, 2003.
- KLIMES, H. B. G. & cols. *Larousse Cultural Dicionário da Língua Portuguesa*. São Paulo, SP: Nova Cultural, 1992.
- GOFFMAN, E. O mundo do internado. In: GOFFMAN, E. *Manicômios, Prisões e Convenções*. São Paulo, SP: Perspectiva, 1974.
- IBGE, 2008. *Projeção da População do Brasil por Sexo e Idade: 1980 – 2050 – Revisão 2008*. Disponível em: [HTTP://www.ibge.gov.br:80/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/2008](http://www.ibge.gov.br:80/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/2008). Acesso em: 23 agosto 2009.
- NOVAES, H. M. A situação atual dos idosos no Brasil. In: NOVAES, Helena Maria. *Conquistas possíveis e rupturas necessárias. Psicologia da Terceira Idade*. Paulo de Frontin, RJ: Grypho, 1995.
- PEIXEIRO, M.; BARBIERI, Alves Natália. *Acompanhamento Terapêutico com Idosos*. Disponível em: [HTTP://www.portaldoenvelhecimento.net/artigos/artigo1151.htm#_ftn3](http://www.portaldoenvelhecimento.net/artigos/artigo1151.htm#_ftn3). Acesso em: 23 setembro 2009.
- PEREIRA, I. L. Lima; VIEIRA, C. Martins. *A Terceira Idade: guia para viver com saúde e sabedoria*. Rio de Janeiro, RJ: Nova Fronteira, 1996.
- JESUS, E. H. de. *Saúde e Idosos*, 2007. Disponível em: [HTTP://www.portaldoenvelhecimento.net/artigos/artigo2784.html](http://www.portaldoenvelhecimento.net/artigos/artigo2784.html). Acesso em: 07 dezembro 2009.
- STRAUB, R. O. Introdução à Psicologia da Saúde. In: STRAUB, R. O. *Psicologia da Saúde*. Porto Alegre, RS: Artmed, 2005.

Artigo enviado em 19/11/2009,
aceito em 12/12/2009.