

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

Isadora Queiroz Correa Garchet Furtado

**Constituição do discurso da autonomia no cotidiano de uma
Instituição de Longa Permanência para Idosos**

**Belo Horizonte
2019**

Isadora Queiroz Correa Garchet Furtado

**Constituição do discurso da autonomia no cotidiano de uma
Instituição de Longa Permanência para Idosos**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Saúde e Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dr^a Isabela Silva Cancio Velloso

Versão corrigida

**Belo Horizonte
2019**

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do
Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFMG

Furtado, Isadora Queiroz Correa Garchet.

Constituição do discurso da autonomia no cotidiano de uma
instituição de longa permanência para idosos [manuscrito] /
Isadora Queiroz Correa Garchet Furtado. - 2019.

115 f.

Orientadora: Prof^a Dr^a Isabela Silva Cancio Velloso.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Minas
Gerais, Escola de Enfermagem.

1. Idoso. 2. Instituição de Longa Permanência para Idosos. 3.
Autonomia pessoal. 4. Institucionalização. 5. Independência.
I. Velloso, Isabela Silva Cancio. II. Universidade Federal de Minas
Gerais. Escola de Enfermagem. III. Título.

Escola de Enfermagem da UFMG
Colegiado de Pós-Graduação em Enfermagem
Av. Alfredo Balena, 190 | 30130-100
Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil
+55 31 3409-9836 | 31 3409-9889
caixa postal: 1556 | colpgrad@enf.ufmg.br

25
anos
1994 - 2019

enfermagem
pós-graduação • UFMG

UFMG
UNIVERSIDADE FEDERAL
DE MINAS GERAIS

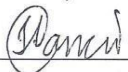
ATA DE NÚMERO 613 (SEISCENTOS E TREZE) DA SESSÃO PÚBLICA DE ARGUIÇÃO E DEFESA DA DISSERTAÇÃO APRESENTADA PELA CANDIDATA ISADORA QUEIROZ CORREA GARCHET FURTADO PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE MESTRA EM ENFERMAGEM.

Aos 25 (vinte e cinco) dias do mês de junho de dois mil e dezenove, às 14:00 horas, realizou-se no Anfiteatro Roseni - 5º andar da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, a sessão pública para apresentação e defesa da dissertação "CONSTITUIÇÃO DO DISCURSO DA AUTONOMIA NO COTIDIANO DE UMA INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS", da aluna **Isadora Queiroz Correa Garchet Furtado**, candidata ao título de "Mestra em Enfermagem", linha de pesquisa "Organização e Gestão de Serviços de Saúde e de Enfermagem". A Comissão Examinadora foi constituída pelos seguintes professores doutores: Isabela Silva Cancio Velloso (orientadora), Isabel Yovana Quispe Mendoza e Alexandre de Pádua Carrieri, sob a presidência da primeira. Abrindo a sessão, a Senhora Presidente da Comissão, após dar conhecimento aos presentes do teor das Normas Regulamentares do Trabalho Final, passou a palavra à candidata para apresentação de seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores com a respectiva defesa da candidata. Logo após, a Comissão se reuniu sem a presença da candidata e do público, para julgamento e expedição do seguinte resultado final:

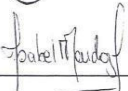
APROVADA;
 REPROVADA.

O resultado final foi comunicado publicamente à candidata pela Senhora Presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar, eu, Andréia Nogueira Delfino, Secretária do Colegiado de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, lavrei a presente Ata, que depois de lida e aprovada será assinada por mim e pelos membros da Comissão Examinadora. Belo Horizonte, 25 de junho de 2019.

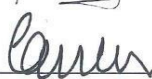
Profª. Drª Isabela Silva Cancio Velloso
Orientadora (EE/UFMG)




Profª Drª Isabel Yovana Quispe Mendoza
(EEUFMG)



Prof. Dr. Alexandre de Pádua Carrieri
(FACE/UFMG)



Andréia Nogueira Delfino
Secretária do Colegiado de Pós-Graduação



HOMOLOGADO em reunião do CPG
Em 01.07.19


Profª. Dra. Kénia Lara Silva
Coordenadora do Colegiado de Pós-Graduação em Enfermagem
Escola de Enfermagem da UFMG

Às idosas, por terem aberto sua “casa” e os
seus corações. Vocês merecem mais!

AGRADECIMENTOS

À minha família. Ao Daniel, por estar sempre junto, apoiando e com sua sensatez, me mostra os melhores caminhos a trilhar. Ao Bernardo, meu menino alegria, que enche nossas vidas de luz e nos faz transbordar de amor.

À Isabela, pela serenidade e leveza. Por me acolher nos momentos de devaneio, trazendo novos pensamentos e boas energias.

Ao meu pai, pela presença constante e por ser esse “grande” avô.

À minha mãe, por ter me feito uma mulher forte, e por ser exemplo de mãe e profissional.

À Bia e ao Gegê, por serem suporte do Bernardo, nos meus momentos de ausência.

À Vó Rilma e Vó Carmen, avós que eu ganhei depois do casamento. Parabéns por serem idosas tão cheias de vida e por serem exemplo de velhice bem vivida.

À Lívia, por ter sido a percussora desse mundo acadêmico.

À Carol, por ser tão dedicada e comprometida, e por ter compartilhado vários momentos, pessoais e profissionais, dessa pesquisa comigo.

À Eliane Palhares, por ser exemplo, porto seguro e por estar sempre presente nos momentos decisivos da minha carreira. Guiando-me da melhor maneira.

À Flávia e à Thânia, por serem mais que amigas. Irmãs!

À Ana Luiza, que se tornou amiga desde as primeiras disciplinas do mestrado. Obrigada por partilhar momentos de mãe, mestranda e sabedoria.

Aos amigos do CEU, obrigada por compreenderem meu silêncio e respeitarem meus estudos.

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG), pelo apoio para o desenvolvimento desta pesquisa, por meio do fomento APQ-000909-18.

Talvez, o objetivo hoje em dia não seja descobrir o que somos, mas recusar o que somos. Temos que imaginar e construir o que poderíamos ser, para nos livrarmos deste "duplo constrangimento" político, que é a simultânea individualização e totalização própria às estruturas do poder moderno. A conclusão seria que o problema político, ético, social e filosófico de nossos dias não consiste em tentar liberar o indivíduo do Estado, nem das instituições do Estado, porém nos liberarmos tanto do Estado quanto do tipo de individualização que a ele se liga. Temos que promover novas formas de subjetividade através da recusa deste tipo de individualidade que nos foi imposto há vários séculos.

Foucault, 1982

RESUMO

O envelhecimento da população é um processo mundial, em decorrência do aumento da expectativa de vida, associada às melhores condições de saúde. Embora as políticas públicas de saúde privilegiem a permanência e o cuidado da pessoa idosa no domicílio, é importante ressaltar que, com a evolução das sociedades, esse cuidado, antes restrito ao núcleo familiar, particularmente às mulheres, assumiu um perfil diferente. Diante das mudanças na conformação sociodemográfica da população, com reconfiguração da estrutura familiar e maior participação das mulheres no mercado de trabalho, aumentou a demanda por vagas em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI). Nesse contexto de institucionalização, é importante assegurar a manutenção da autonomia da pessoa idosa, pois, os limites fisiológicos, biológicos e sociais decorrentes do processo natural do envelhecimento tendem a reduzir seu acesso à tomada de decisão. O objetivo do estudo foi analisar a constituição dos discursos, relacionados à autonomia da pessoa idosa, no cotidiano de uma ILPI. Trata-se de uma pesquisa desenvolvida na perspectiva do referencial pós-estruturalista, realizada em Belo Horizonte, capital de Minas Gerais, Brasil. Os dados foram coletados por meio de entrevista de roteiro semiestruturado com 7 idosas residentes na Instituição e 14 profissionais envolvidos no cuidado dessas idosas, além de análise documental e observação. Os dados foram submetidos à Análise do Discurso, entendendo-se que o mesmo é espaço de articulação entre o saber e o poder. Os discursos foram analisados sob duas categorias principais: efeitos da institucionalização na autonomia da pessoa idosa e o desenvolvimento de incapacidades como barreira à constituição da autonomia da pessoa idosa. A institucionalização acarreta no isolamento do idoso em relação ao mundo exterior, segregando-o de sua vida social e familiar. Associado a isso, isola uma idosa da outra, fazendo com que as idosas independentes fiquem reclusas em seus quartos e as dependentes nos espaços comuns. Assim, a Instituição coloca em prática o controle dos corpos, do espaço e do tempo. O controle também se efetiva com o uso de dispositivos que impõem relações de poder, tais como normas e rotinas, consolidadas nas práticas de cuidado cotidiano. Além disso, o discurso de bem-estar das idosas é utilizado pelos profissionais para justificar o controle de suas atividades cotidianas, comprometendo sua autonomia e impondo uma rotina que cerceia suas escolhas em prol da organização e disciplinarização do ambiente. O desenvolvimento das incapacidades na velhice faz com que as idosas sejam classificadas, de acordo com seu grau de funcionalidade, físico e cognitivo. Essa categorização determina sua capacidade de se expressar e de tomar decisões, uma vez que se insere em um ambiente controlado e regulamentado. Esse contexto traduz o modo normalizador de uma ideologia de bem estar social e uma política que reforça a incapacidade, circulando por meio de uma rede extensa de serviços e de políticas públicas. Assim, a autonomia se limita a algumas idosas que, para exercê-la, devem ter a capacidade cognitiva preservada, enquanto as idosas que precisam de ajuda no cotidiano se assujeitam ao poder do outro.

Palavras-chave: Idoso. Instituição de Longa Permanência para Idosos. Autonomia pessoal. Institucionalização. Independência.

ABSTRACT

Population aging is a worldwide process which is a result of the rise in life expectancy associated with better health conditions. Even though public health policies favor that elderly people are taken care of at home and stay there, it is important to emphasize that, as societies evolve, the care which used to be the responsibility of the nuclear family, particularly women, has taken on a different profile. In the face of the changes in the social demographic conformation of population, with the reconfiguration of the family structure and larger presence of women in the labor market, the demand for places in Long-Term Care Facility (LTCF) has increased. Within this context of institutionalization it is important to assure the maintenance of the elderly person's autonomy, as the physiological, biological and social limits which are inherent to the natural process of aging tend to reduce their access to decision making. The aim of this study was to analyze the constitution of discourses related to the elderly person's autonomy in the everyday life in a LTCF. This research was developed according to the perspective of post-structuralist framework, taking place in Belo Horizonte, capital of the state of Minas Gerais, Brazil. Data were collected through semi-structured script interview with 7 elderly women living in the institution and 14 professionals who were involved in taking care of these elderly, in addition to documental analysis and observation. The data were submitted to Discourse Analysis, being understood that this is a space of articulation between knowledge and power. The discourses were analyzed under two main categories: effects of institutionalization on the elderly person's autonomy and the development of disabilities as a barrier in the constitution of autonomy of the elderly person. Institutionalization results in isolation of the elderly in relation to the outside world, segregating them from their family and social life. Relative to this, it isolates one elderly woman from the other, making independent elderly women become recluse in their bedrooms and dependent elderly women stay in common areas. Accordingly, the institution puts into practice the control of bodies, space and time. The control is also effective with the use of devices which impose relations of power, such as norms and routines, consolidated in the practices of daily care. Moreover, the elderly women's discourse of wellbeing is used by the professionals to justify the control of their daily activities, compromising their autonomy and imposing a routine that restricts their choices in favor of organization and disciplinarization of the environment. The development of disabilities at advanced causes elderly women to be classified according to their degrees of physical and cognitive functionality. Such categorization determines their capacity to express themselves and make decisions once they are introduced to a controlled and regulated environment. This context translates the normalizing mode of a social wellbeing ideology and a policy that reinforces disability, circulating through an extensive network of services and public policies. Therefore, autonomy is limited to some elderly women, who in order to exert it, must have preserved cognitive capacity, while elderly women who need help in everyday life are subject to the power of another person.

Keywords: Elderly. Long-Term Care Facility. Personal autonomy. Institutionalization. Independence.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1. Informações das idosas entrevistadas.....	40
Quadro 2. Informações dos profissionais entrevistados.....	41
Figura 1. Distribuição ilustrativa da população de idosos residente na cidade de Belo Horizonte, por regional.....	32

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AD	Análise de discurso
AVD	Atividades de Vida Diária
COEP	Comitê de Ética e Pesquisa
I	Idosas
ILPI	Instituições de Longa Permanência para Idosos
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
MEEM	Mini Exame do Estado Mental
OMS	Organização Mundial da Saúde
P	Profissionais
PNI	Política Nacional do Idoso
PBH	Prefeitura de Belo Horizonte
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
RMBH	Região Metropolitana de Belo Horizonte
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
1.1 Objetivo	16
2 REFERENCIAL TEÓRICO	18
2.1 A autonomia no processo de envelhecimento	18
2.2 Sobre o discurso e a Análise do Discurso.....	23
3 PERCURSO METODOLÓGICO	30
3.1 Tipo de estudo	30
3.2 Cenário	31
3.3 Participantes do estudo e coleta de dados.....	33
3.4 Análise dos dados	355
3.5 Aspectos éticos	37
4 RESULTADOS	39
5 DISCUSSÃO	433
5.1 Efeitos da institucionalização na autonomia da pessoa idosa.....	433
5.2 O desenvolvimento de incapacidades como barreira à constituição da autonomia da pessoa idosa.....	65
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	90
REFERÊNCIAS	95
ANEXOS	104
ANEXO A – Mini exame do Estado Mental.....	104
ANEXO B – Parecer Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG (COEP)	106
APÊNDICES	110
APÊNDICE A – Termo de Consentimento livre e esclarecido – Idoso	110
APÊNDICE B – Termo de Consentimento livre e esclarecido – Profissional.....	112
APÊNDICE C – Roteiro de entrevista do idoso institucionalizado	114
APÊNDICE D – Roteiro de entrevista do profissional	115

INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

O fenômeno do envelhecimento cresce contínua e exponencialmente no mundo, o que tem provocado modificações na sociedade, com conseqüente necessidade de mudanças em sua organização política, econômica e social, nos níveis individual e familiar (BURLA *et al.*, 2014). A Organização Mundial de Saúde (OMS), por meio do manual *The Global Health and Aging* (A Saúde Global e o Envelhecimento), alerta que o mundo está enfrentado uma situação única, pois, em um curto período de tempo, haverá um maior número de idosos do que de crianças e um maior quantitativo de pessoas em idades extremas. Entre os anos de 2010 e 2050, haverá um aumento de 351% de idosos com 85 anos ou mais. Estima-se que o número de idosos, acima de 65 anos, no mundo, crescerá dos 524 milhões, em 2010, para, aproximadamente, 1,5 bilhão, em 2050, sendo a maioria nos países em desenvolvimento (WHO, 2011).

O Brasil ocupa lugar de destaque no cenário do envelhecimento populacional. Em 1940, os idosos representavam 4,1% da população brasileira e, em 2010, esse número alcançou os 20,5 milhões, o equivalente a 11,8% do total da população. Estima-se que, em 2020, essa população atinja 30,9 milhões de idosos, o que representará cerca de 14% de toda a população do País e o colocará em sexto lugar na classificação de população idosa no mundo (KÜCHEMANN, 2012).

Em 2015, a OMS publicou o *Relatório Mundial sobre Envelhecimento e Saúde*, alertando que a nova conformação social mundial provoca conseqüências profundas na sociedade e impactos nos sistemas de saúde. Nesse documento, são propostas novas formas de encarar o envelhecimento, a longevidade ativa e saudável, o convívio social e os modelos de atenção à saúde do idoso (OMS, 2015).

Diante da necessidade de políticas específicas direcionadas à população idosa, em 1994, o governo brasileiro instituiu a Política Nacional do Idoso (PNI), que priorizava o cuidado ao idoso prestado pela própria família, em domicílio, ao invés da assistência em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI) (BRASIL, 1994). No ano de 1999, foi implementada a Política Nacional da Saúde do Idoso, que norteia programas, projetos e atividades na atenção integral às pessoas em processo de envelhecimento. Em 2003, foi instituído o Estatuto do Idoso, um dos instrumentos de direito do idoso, admite como direito fundamental o respeito à sua autonomia, à sua dignidade e ao atendimento integral em instituições públicas (BRASIL, 2003, FERNANDES; SOARES, 2012). Em 2006, instituiu-se a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, com a finalidade de incentivar o

envelhecimento saudável, recuperando, mantendo e promovendo a autonomia e a independência dos indivíduos idosos (BRASIL, 2006).

Embora as políticas públicas de saúde privilegiem a permanência e o cuidado no domicílio da pessoa idosa, é importante ressaltar que, com a evolução das sociedades, esse cuidado, antes restrito ao núcleo familiar, particularmente às mulheres, assumiu um perfil diferente. Isso aconteceu diante das mudanças na conformação sociodemográfica da população, da reconfiguração da estrutura familiar, das exigências do mercado e da ampliação da participação das mulheres no mercado de trabalho (GUIMARÃES; HIRATA; SUGITA, 2011). Frente a essa realidade, são necessárias reflexões sobre a conformação social do envelhecimento, que devem abarcar questões biológicas, relacionadas à finitude da vida, bem como aquelas referentes às relações de trabalho. O envelhecimento, até então uma questão restrita à família, passa a assumir um domínio público, integrando um conjunto de elementos passíveis de serem geridos pelo Estado, com relevante influência no mercado de produtos e de serviços (DEBERT; OLIVEIRA, 2015).

Em decorrência dessa reconfiguração social, com aumento do número de idosos e da longevidade dos indivíduos, cresce a demanda por vagas em ILPI (SILVA; FIGUEIREDO, 2012). As ILPI são definidas como “instituições governamentais ou não governamentais, de caráter residencial, destinada ao domicílio coletivo de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, com ou sem suporte familiar, em condição de liberdade e dignidade e cidadania” (BRASIL, 2005, p. 3). A origem das ILPI, no Brasil, está associada aos asilos destinados a populações carentes que necessitavam de abrigo.

As instituições que atendem idosos têm uma trajetória que se iniciou nos anos 520 a 590, sendo o Cristianismo o pioneiro no amparo aos mais velhos. O asilo é definido como casa de assistência social, que sustenta e, por vezes, educa pessoas pobres e desamparadas, como os órfãos, as crianças abandonadas, os mendigos e os velhos (ARAÚJO; SOUZA; FARO, 2010). Por seu caráter religioso, desde a Idade Média, a maioria dos asilos tem suas raízes no processo de filantropização. Esse processo se inicia em meados do século XII e se expande em XIII, vinculado aos mosteiros e às ordens religiosas destinadas à distribuição de alimentos ou à internação, trazendo, assim, uma nova concepção de serviços sociais, a hospitalização (FALEIROS; MORANO, 2009).

No Brasil, esse processo é representado pelas Santas Casas de Misericórdia, que acolhiam enfermos pobres e não pobres. A Sociedade São Vicente de Paulo foi a primeira a se organizar para atender idosos em bases residenciais. Ainda hoje, cerca de 65,2% das instituições brasileiras se caracterizam como filantrópicas e a carência financeira e a falta de

moradia estão entre os principais fatores para a procura desses estabelecimentos (CAMARANO; KANSO, 2010).

Em todo o País, há cerca de 3.548 ILPI concentradas em 28,8% dos municípios, que abrigam 83.870 idosos (OLIVEIRA; ROZENDO, 2014). Apesar de apenas 0,8% da população viver em ILPI, esse indicador isoladamente não revela a dimensão relacionada ao cenário atual, visto que o envelhecimento e a institucionalização tendem a crescer. Historicamente, os locais de institucionalização de idosos são reconhecidos como locais de isolamento, segregação social e geracional, nos quais os indivíduos são desprovidos de liberdade (SILVA; FIGUEIREDO, 2012). Em sua maioria, as atividades são realizadas em um mesmo ambiente e as rotinas são iguais para todos, ignorando as diferenças individuais e as histórias de vida de cada um. Assim, o idoso tende a perder sua identidade e autonomia e transforma-se em um sujeito passivo, vivendo em um ambiente que não lhe é familiar (OLIVEIRA; ROZENDO, 2014).

A opção pela institucionalização, em uma ILPI, do idoso que requer, em alguma medida, suporte de outra pessoa para o desempenho de suas atividades de vida diária (AVD), assim como a opção por mantê-lo em seu próprio domicílio ou de um familiar, está relacionada ao cuidado que será necessário e possível de ser, a ele, dispensado. O cuidado demanda responsabilidades e pensar nas atribuições desse cuidado envolve decidir quem cuidará, como e porque, determinando a maneira como a sociedade será organizada para isso. É por meio dessa organização que se delimitam as possibilidades, as impossibilidades e os limites que moldam as práticas e as relações de cuidado (TRONTO, 2013; MOLINIER; PAPERMAN, 2015).

A realidade das ILPI conta com profissionais de diferentes áreas e com características específicas do processo de trabalho, que envolve a alta rotatividade de trabalhadores, baixos salários e a falta de conhecimento em gerontologia para o cuidado dos idosos institucionalizados (XIMENES; CÔRTE, 2007). Nesse ambiente, a vida cotidiana é homogeneizada e atividades distintas, como comer, dormir e de lazer, são realizadas no mesmo ambiente. Entretanto, o cotidiano representa a heterogeneidade, que segundo Michel de Certeau significa “aquilo que nos é dado cada dia (ou que nos cabe em partilha), nos pressiona dia após dia” (CERTEAU, 1996, p. 31).

A vida cotidiana das ILPI abarca relações profissionais em que se manifestam o saber e o poder no cuidado e nos serviços. As relações de poder existentes e a dinâmica das trocas sociais implicam em considerar a articulação entre a dependência, a autonomia e a participação dos idosos. Com isso, permite-se sair de um modelo de coerção do cuidado de

longo prazo que frustra as escolhas para um modelo de promoção de autonomia com a relação de troca entre os cuidadores e os seres cuidados (FALEIROS; MORANO, 2009).

Assim, pensar no cuidado implica não se cegar às estruturas sociais e às relações de dominação que podem ser assimétricas, desiguais, injustas e conflituosas, com diferente impacto para as pessoas envolvidas. Contudo, requer considerar as relações sociais no contexto interpessoal e grupal e repensar o que conecta uns aos outros (MOLINIER; PAPERMAN, 2015). A perspectiva do cuidado implica na criação de uma nova relação entre o sujeito que cuida e o ser cuidado, renunciando as práticas de “objetificar” pessoas e relações (MOLINIER; PAPERMAN, 2015). Dessa forma, o cuidado à pessoa idosa envolve considerá-la como um ser em sua integralidade, compreendendo o envelhecimento como um processo complexo, não raro permeado por doenças, incapacidades, dependência e perda de autonomia (FLORES *et al.*, 2010).

Nessa perspectiva, o idoso está sujeito ao controle do outro no momento em que depende do cuidado e, assim, pode ter sua autonomia cerceada. A identidade do sujeito está em constante processo de construção no interior das relações de poder e o indivíduo não se torna sujeito sem ter se sujeitado ou passado por processos de subjetivação (FOUCAULT, 1995). Assim, o sujeito luta contra o seu assujeitamento e se vê resistindo continuamente para produzir sentidos, mesmo que esta luta esteja mesclada por elementos de alienação e autoengano (AFONSO, 2011). Para esse autor, a condição de assujeitamento leva à morte do sujeito e alude ao fim da concepção da autonomia baseada na racionalidade individual.

A sociedade moderna vive sob a égide da norma. As normas foram criadas para garantir a ordem na sociedade e a convivência pacífica entre os homens, assim vivemos em uma sociedade disciplinar que apresenta dificuldade em questionar e oferecer resistência ao poder normalizador do Estado (CASTRO; KRAVETZ, 2015). Apesar de sermos constituídos, desde a infância, por processos de socialização, que são permeados por diversas práticas discursivas, inclusive a normativa, esse poder instituído pela norma não nos domina por completo, pelo contrário, ele possibilita e ativa uma força contrária, inovadora e impulsora de mudança, a resistência (FURLIN, 2013).

A necessidade de mudança do indivíduo decorre do desejo de autonomia e para isso deve oferecer condições para o seu desenvolvimento. Portanto, não se deve definir a mudança certa para um grupo social, mas construir com ele as possibilidades de transformação que ampliem e desenvolvam sua autonomia. Assim, buscar a autonomia significa lidar com uma questão histórica, pois a autonomia relaciona-se à capacidade do

sujeito de produzir sentidos e de fazer escolhas dentro do seu contexto social (AFONSO, 2011).

Segundo a OMS, a autonomia depende fortemente do atendimento das necessidades básicas de um indivíduo, com grande influência sobre sua dignidade, integridade, liberdade e independência e é vista como componente central do bem-estar geral de um idoso (OMS, 2015). O bem-estar se caracteriza pela presença de autonomia (capacidade de decisão e comando sobre as ações, estabelecendo as próprias regras) e independência (capacidade de realização com os próprios meios), o que lhe permite cuidar de si e de sua vida (MORAES, 2012).

Dessa forma, a capacidade do idoso de preservar sua autonomia está vinculada às relações cotidianas, inclusive considerando-se o grau de dependência para manutenção do seu autocuidado. Assim, considera-se relevante compreender a constituição da autonomia de idosos no contexto de uma ILPI, partindo-se da seguinte questão: como são constituídos os discursos de autonomia da pessoa idosa no cotidiano de uma ILPI, na perspectiva dos próprios idosos institucionalizados e de profissionais que atuam, direta ou indiretamente, no cuidado desses idosos?

1.1 Objetivo

Analisar a constituição dos discursos relacionados à autonomia da pessoa idosa no cotidiano de uma Instituição de Longa Permanência para Idosos.

REFERENCIAL TEÓRICO

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 A autonomia no processo de envelhecimento

A origem do pensamento filosófico é marcada por interrogações sobre os significados da vida e das relações sociais. A filosofia pode ser dividida em cinco campos, a saber: a lógica, que estuda a estrutura do pensamento; a estética, que estuda as formas de representação sobre o belo, artes e outras formas de expressão cultural; a política, que estuda como o homem se organiza no espaço público; a metafísica, que estuda a realidade das coisas, a natureza do ser e investiga a mente humana, o conhecimento, os sentidos, a relação entre o homem e a matéria; e, por fim, a ética, que estuda os valores e os atos humanos (CHALITA, 2005; PEREIRA, 2007).

Segundo Junges (1998), o valor é uma categoria essencialmente ligada à atividade humana, como os valores culturais, estéticos, econômicos, sociais, religiosos e morais. Valores são atitudes valorativas, uma qualificação do agir que depende da intenção humana, tendo como exemplos a justiça, a solidariedade, a responsabilidade, a veracidade e a sinceridade. Uma sociedade que se diz legítima deve se fundamentar no valor primordial da dignidade humana e preocupar em defender, por meio de estratégias econômicas e políticas, os fracos e os abandonados (PEREIRA, 2007).

Independentemente do ângulo de análise da dignidade humana e dos valores, muitas vezes, o resultado conduz aos conceitos de ética e moral. A moral é compreendida como um sistema de normas de conduta que regula a ação humana e a ética remete a um conjunto de argumentações pelas quais se fundamentam as normas morais (PEREIRA, 2007). “A moral diz respeito ao como se deve atuar, às normas; e, por sua vez, a ética refere-se ao porque se deve atuar, aos argumentos, valores e princípios” (SANTOS, 1998, p. 30).

Na perspectiva da ética, Castoriadis (1982) amplia a visão associando-lhe o conceito de autonomia como potência criadora que promove a emancipação do homem. A autonomia é um pressuposto necessário para se falar de ética, da capacidade que as pessoas têm para se autodeterminarem em função da própria realização e de sustentarem a luta pela transformação social e pela defesa da vida.

A autonomia tem, intrinsecamente, natureza nebulosa, aspectos multifacetados e altera de significado em diferentes contextos (COLLOPY, 1988; CLARK, 1988; BEAUCHAMP; CHILDRESS, 1994). A palavra deriva do grego *autos* (auto) e *nomos* (regra, governança ou lei), significando autogoverno, privacidade, escolha individual, liberdade de

vontade (CLARK, 1988), implica no direito de liberdade, determinando o comportamento dos indivíduos, de forma que a pessoa seja ela mesma (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 1994).

Nesse contexto, o essencial para a pessoa ter autonomia é a liberdade de interferências controladoras de outros e de limitação pessoal. O indivíduo autônomo age livremente, de acordo com seu plano de escolha. Em contrapartida, a pessoa com autonomia diminuída é, no mínimo, controlada por outros ou incapaz de agir com base em seus desejos, valores e crenças. Mesmo diante de uma diversidade de questões conceituais, em geral, as teorias acerca da autonomia convergem no que se refere a duas condições essenciais: liberdade, que se refere à independência de influências controladoras, e agência, que é a capacidade de agir intencionalmente (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 1994).

Nesse sentido, como base para o presente estudo, ter-se-á como conceito de autonomia a liberdade de traçar metas de longo alcance, de determinar propósitos, prioridades e compromissos e de controlar o conteúdo e a direção da própria história. Inclui, ainda, a liberdade de gerir a vida em curto prazo e as realidades mundanas que definem a autodeterminação no dia a dia (COLLOPY, 1988). Para Kant, respeitar a autonomia é reconhecer que todas as pessoas têm um valor incondicional e cada uma tem a capacidade de determinar o próprio destino (1959; 1964 *apud* BEAUCHAMP; CHILDRESS, 1994). Manifestar de forma absoluta a autonomia implica em garantir que o indivíduo exerça, livremente, os direitos fundamentais que lhe são salvaguardados, rompendo com a repressão estatal que insiste em lhe dizer o que fazer, quando fazer e como fazer (CASTRO; KRAVETZ, 2015).

A autonomia permite que as sociedades se questionem e façam um movimento de autocrítica e de interrogação sobre si mesmas. “Uma sociedade autônoma é aquela formada por indivíduos autônomos, que se reconhecem e se questionam em e por suas obras e é capaz de fazer suas próprias leis, como uma coletividade autônoma” (CASTORIADIS, 2002, p. 116). Assim, é importante considerarmos que não somos indivíduos livres em uma sociedade, que podemos decidir soberana e absolutamente o que fazer, pois a autonomia pressupõe a constante presença dos outros. A autonomia remete ao problema da relação do sujeito com o outro e se constitui na tensão da sociedade instituída com a sociedade instituinte. Assim, a ideia de autonomia só pode ser concebida na análise do processo histórico e social (CASTORIADIS, 1982; PEREIRA, 2007).

Beauchamp e Childress (1994) definem a escolha autônoma como o ato de governar efetivamente e não simplesmente a capacidade de governar. Ser autônomo não significa respeitar a pessoa autônoma, mas sim permitir o direito do autogoverno e o princípio

da autonomia expressa esse direito. Assim, uma ação é considerada autônoma quando não sofre qualquer tipo de manipulação ou influência que reduza a liberdade de decisão do protagonista, que deve ser esclarecido sobre os prós e contras envolvidos na situação em questão e, a partir disso, ter a capacidade de avaliar as informações e de tomar sua decisão (SAQUETTO *et al.*, 2013).

Dessa forma, é importante assegurar a autonomia na tomada de decisão de grupos socialmente vulneráveis, como é o caso dos idosos, pois, os limites fisiológicos, biológicos e sociais decorrentes do processo natural do envelhecimento tendem a retirar deles a capacidade de decisão (DEON; GOLDIM, 2016; SAQUETTO *et al.*, 2013). A capacidade de tomar decisão não está relacionada apenas ao avanço da idade, mas também ao resultado de um processo de construção individual durante toda a vida (DEON; GOLDIM, 2016).

Para que o envelhecimento seja um processo positivo, ele deve ser permeado por atividades de promoção da saúde, com acesso aos serviços de saúde e bem estar social ao longo da vida (SAQUETTO *et al.*, 2013). Nessa mesma perspectiva, a OMS afirma que uma experiência positiva de envelhecer deve ser acompanhada de oportunidades contínuas de saúde, participação e segurança, adotando-se o termo “envelhecimento ativo” para expressar esse processo de conquista. O envelhecimento ativo permite que as pessoas participem da sociedade de acordo com suas necessidades e seus desejos, ao mesmo tempo em que propicia proteção, segurança e cuidados adequados, quando necessários. Seu objetivo é aumentar a expectativa de vida saudável e a qualidade de vida para os que envelhecem, mantendo sua autonomia e independência durante o processo de senescência (BRASIL, 2005).

Segundo Junges (2004), a senescência é uma tarefa a ser assumida pelo próprio idoso, o que significa saber conviver com as limitações e as mudanças que a idade impõe, além de saber ressituar-se na vida de uma maneira autônoma, mantendo o máximo de autonomia possível e minimizando o grau de dependência. A diminuição ou a perda de autonomia está associada à dependência física ou social, induzindo e reforçando o pensamento de que todo idoso dependente tem a autonomia comprometida. Tal compreensão fortalece atitudes que desconsideram a pessoa idosa como participante do seu processo assistencial e como tomador de decisões pautadas na autonomia (SAQUETTO *et al.*, 2013).

Devido à complexidade do processo de envelhecimento, não se pode estabelecer, *a priori*, uma idade limite para a perda da capacidade de se autogovernar. Assim, é importante a construção de relações livres de preconceitos, que possibilitem o exercício da autonomia pelo idoso, de forma que o mesmo seja capaz de assumir o controle da própria vida e decidir por si mesmo (DEON; GOLDIM, 2016). Deve-se incentivar o idoso a direcionar a própria

vida e orientá-lo para um novo modo de vida autônomo e seguro (SAQUETTO *et al.*, 2013), além de desenvolver a autonomia, incentivando a tomada de decisão e o cuidado pessoal quanto à higiene, à saúde, à ocupação e às relações (JUNGES, 2004). É preciso, ainda, permitir mudanças nas atitudes e nos valores, que possibilitem ao idoso dirigir sua vida de acordo com as suas necessidades, tornando-o produtivo no campo das vivências cotidianas (SAQUETTO *et al.*, 2013). “A consciência de autonomia do idoso emerge e cresce quando é tratado pelos que o rodeiam como ser autônomo” (JUNGES, 2004, p. 138).

Considerando a importância da autonomia no contexto do envelhecimento, em 1994, foi sancionada a primeira legislação brasileira, a Lei nº 8.842, de 04 de janeiro de 1994, destinada à criação de uma Política Nacional do Idoso, que teve em seu artigo primeiro o objetivo de assegurar os direitos sociais dos idosos, bem como promover sua autonomia, integração e participação na sociedade. Além disso, a Política incentiva à criação de locais alternativos para atendimento dos idosos, tais como centros de convivência, centros de cuidados diurnos, casas-lares, oficinas, atendimentos domiciliares e outros, promovendo um cuidado individualizado e estimulando sua independência. Segundo a Política, deve-se estimular o idoso a permanecer na comunidade, junto à família, para que ele desempenhe seu papel social com autonomia e independência que lhe é própria (BRASIL, 1994).

Por conseguinte, em 1999, regulamentou-se a Política Nacional de Saúde do Idoso, por meio da Portaria nº 1.395, de 10 de dezembro de 1999, reconhecendo-se a necessidade de o setor saúde dispor de uma política efetiva no cuidado ao idoso. O foco central era o envelhecimento saudável e a manutenção da máxima capacidade funcional do indivíduo, o que significava a valorização da autonomia e a preservação da independência física e mental do idoso. Para a manutenção da capacidade funcional incentivou-se a promoção de hábitos saudáveis, com ações preventivas para perdas funcionais em dois níveis: a prevenção de agravos à saúde e a detecção precoce de problemas de saúde que põem em risco as habilidades e a autonomia dos idosos. Tais hábitos permitem a prevenção da independência e da autonomia, mantendo os idosos em seu ambiente e convívio social (BRASIL, 1999).

Assim, após a promulgação, em 1994, e regulamentação, em 1999, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa é aprovada, por meio da Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006, e tem como finalidade primordial “recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde”. Considera-se que o conceito de saúde para o idoso se traduz mais por sua

autonomia e independência do que pela presença ou ausência de doença orgânica e que as intervenções direcionadas a esse grupo etário devem promover a autonomia e a independência da pessoa idosa, estimulando o autocuidado (BRASIL, 2006).

Segundo, ainda, a referida Portaria, a promoção do envelhecimento ativo e saudável baseia-se em manter a capacidade funcional e a autonomia, reconhecendo o direito das pessoas idosas e os princípios da independência, da participação, da dignidade, da assistência e da autorrealização (BRASIL, 2006). Nesse sentido, o envelhecimento ativo tem o objetivo de aumentar a expectativa de uma vida saudável e a qualidade de vida para os que estão envelhecendo, garantindo o bem físico, mental e social. Assim, as políticas e os programas que promovem saúde mental e relações sociais são tão importantes quanto àqueles que têm como objetivo a melhora das condições físicas. Dessa forma, manter a autonomia e a independência no processo de envelhecimento é uma meta fundamental para os governantes e os indivíduos (BRASIL, 2005).

Outro marco importante para assegurar o direito dos idosos foi a aprovação do Estatuto do Idoso, em 2003. O Estatuto defende o direito ao respeito, que consiste em não violar a integridade física, psíquica e moral dos idosos, preservando a imagem, a identidade, a autonomia, os valores e as crenças. Tal fato representou uma evolução nas leis brasileiras referente à pessoa idosa e uma adequação às orientações do Plano de Madri, que tinha o objetivo de orientar medidas normativas sobre o envelhecimento no século XXI, principalmente para países em desenvolvimento. O Plano visava à garantia de envelhecer com segurança e dignidade e de participação na sociedade como cidadãos com plenos direitos, além de auxiliar os responsáveis pela formulação de políticas. Foi baseado em três princípios: participação ativa dos idosos na sociedade, no desenvolvimento, na força de trabalho e na erradicação da pobreza; promoção da saúde e bem estar na velhice; e criação de um ambiente adequado ao envelhecimento (RODRIGUES *et al.*, 2007).

Dessa forma, percebe-se uma preocupação com o processo de envelhecer e o crescente número de idosos. Esse contexto conduz a reflexões de grande relevância, como a autonomia e a institucionalização, pois, estima-se que 1% dos brasileiros, ou seja, 84.000 pessoas com mais de 60 anos residam em ILPI. Além disso, sua autonomia pode ser cerceada, principalmente quando este idoso está institucionalizado, considerando-se que a perda da identidade e as rotinas impostas pelas ILPI são fatores que podem estar associados à possibilidade de redução do exercício da própria vontade do idoso (DEON; GOLDIM, 2016).

2.2 Sobre o discurso e a Análise do Discurso

O estudo da linguagem tem seu ponto de partida em Saussure e, apesar da revolução causada por ele à época, com o passar do tempo, algumas limitações foram apontadas em sua teoria, devido, principalmente, à exclusão da fala no campo dos estudos linguísticos. Bakhtin, filósofo e pensador russo, foi um dos autores que se posicionou contrário a Saussure, propondo uma linguística moderna, visando à formulação de uma teoria do enunciado que toma como base não apenas a matéria linguística, mas também considera a parte não verbal, no contexto da enunciação (BRANDÃO, 2004).

A enunciação é o percurso de elaboração mental do conteúdo a ser expresso, sua externalização é orientada socialmente e busca se adaptar ao contexto da fala (BRANDÃO, 2004). A partir de cada enunciação, se realiza a intersubjetividade humana. Assim, o interlocutor não é um elemento passivo na constituição do significado, mas é aquele que recebe a mensagem e o responsável por compreendê-la, ele é um elemento ativo e essencial para a produção textual (BAKHTIN, 2003). O enunciado é encaminhado a um interlocutor específico e nunca é constituído da mesma maneira para diferentes interlocutores, não sendo uma mera descrição, mas um recorte do mundo social e histórico (SOBRAL, 2012).

Segundo Brandão (2004), a linguagem é o distanciamento entre a coisa representada e o signo que a representa e, nessa distância, reside o ideológico. A palavra e o signo ideológico são um produto da interação social, de forma que a manifestação da ideologia retrata as diferentes formas de significar a realidade, com seus diferentes pontos de vista por aqueles que a empregam. A palavra se transforma em uma luta de vozes, em diferentes posições, que desejam ser ouvidas. Conseqüentemente, a linguagem não pode ser compreendida como abstrata, mas sim como o local em que a ideologia se manifesta de forma concreta e, a partir dela, surgem as noções de sujeito, indivíduo, língua, história e interpretação, ultrapassando as dicotomias estabelecidas e colocando em voga a transparência do sentido (ORLANDI, 2005).

A conexão entre os processos ideológicos e os fenômenos linguísticos é o discurso. Segundo Pêcheux (1997, p. 77), o discurso “... é sempre pronunciado a partir de condições de produção dadas”. É prática política, lugar de debate, conflito e confronto de sentido. Surge de outros discursos, ao mesmo tempo em que aponta para outros. A linguagem, como discurso, não se caracteriza apenas por ser um instrumento de comunicação ou suporte de pensamento. Ela é um modo de produção social, ausente de neutralidade. Assim, a linguagem é lugar de conflito, de confronto ideológico, não podendo ser estudada fora da

sociedade, uma vez que os processos que a constituem são histórico-sociais. A partir dessa concepção, surge uma nova tendência linguística, a análise do discurso (BRANDÃO, 2004).

A constituição da análise do discurso (AD) torna-se decisiva na década de 1950, quando se considera ter, de um lado, a possibilidade de transpor as análises limitadas, estendendo a linguística aos enunciados. Esta se caracteriza por ser uma análise de discurso americana e se apresentar como extensão da linguística, ao aplicar procedimentos da análise de unidades da língua aos enunciados. Em uma direção distinta, a análise de discurso europeia aborda a enunciação, afirmando que o locutor se apropria da língua e por meio de sua posição de locutor, enuncia. Assim, ela dá relevância ao sujeito que fala no processo da enunciação e mostra como esse sujeito se posiciona nos enunciados que emite. Ao falar sobre o posicionamento do locutor, tem-se a questão da relação entre o locutor, seu enunciado e o mundo (BRANDÃO, 2004). Essa relação se encontra no centro das reflexões da análise do discurso europeia e no contexto da produção dos discursos, em que o enfoque da posição histórica, socioeconômica e cultural dos enunciadores ocupa lugar primordial (BRANDÃO, 2004; MAINGUENEAU, 2000).

A perspectiva da análise do discurso não trata de uma análise estritamente linguística ou gramatical, mas de um discurso que traz a ideia de percurso e movimento, sendo, portanto, palavra em movimento e prática de linguagem (ORLANDI, 2007). A AD nasceu com uma base interdisciplinar, pois era preocupação não apenas dos linguistas, mas também de historiadores e psicólogos. Assim, houve uma proliferação da expressão “análise do discurso”, devido à sua extensão a outras áreas de conhecimento. O conceito de AD se baseia em dois grandes alicerces: na ideologia, com base na conceituação do termo “formação ideológica”, e no discurso, com base no referencial Foucaultiano, originando a expressão “formação discursiva” (BRANDÃO, 2004).

A estrutura ideológica ligada ao modo de produção dominante no contexto social interfere diretamente no discurso, pois a ideologia é marcada pela instância econômica que estabelece as relações de produção inerentes a essa estrutura. Assim, o lugar do sujeito no discurso é determinado pelo contexto de formação social, o que permite ao emissor antecipar as representações do receptor, de acordo com o lugar que ele ocupa, e definir suas estratégias discursivas (BRANDÃO, 2004). Para Foucault (2008), a revolução dos saberes não aparece apenas contra os métodos e os conceitos da ciência, mas contra os efeitos de poder que estão ligados à instituição e ao funcionamento de um discurso científico organizado no interior das sociedades. A partir disso, surge a genealogia com o objetivo de libertar da sujeição os

saberes históricos e torná-los capazes de se oporem e lutarem contra o discurso teórico, unitário e científico.

Por genealogia, Foucault (2005) compreende a junção do saber erudito e do saber das pessoas, que só foi possível diante da condição de se excluir a tirania dos discursos englobadores, com suas hierarquias e privilégios. Assim, a junção dos conhecimentos cultos e locais permite a constituição de um saber histórico de lutas e o uso desse saber nas táticas atuais. As genealogias não se definem como recusa de saber ou ignorância, pelo contrário, trata-se do surgimento dos saberes. Saberes contra os efeitos centralizadores do poder que são praticados pelas instituições e contrários ao discurso científico que se organiza no interior de uma sociedade como a nossa (FOUCAULT, 2005).

Foucault (1979) considera ser difícil compreender a noção de ideologia sem as devidas precauções e, para isso, enumera três razões. A primeira diz respeito à oposição que a ideologia tem em relação à verdade, pois, segundo o filósofo é imperioso “ver historicamente como se produzem efeitos de verdade no interior de discursos que não são em si nem verdadeiros nem falsos” (FOUCAULT, 1979, p. 7). A segunda razão refere-se à ideologia estar sempre vinculada a algo como o sujeito que traz consigo qualidades constitutivas e fundamentais. E, por fim, aponta o caráter periférico e secundário da ideologia em relação à realidade, à determinação econômica e ao mundo material (BENEVIDES, 2013; FOUCAULT, 1979).

Paralelamente à concepção ideológica da AD, a formação discursiva ocupa um lugar central na articulação entre a língua e o discurso. Segundo Foucault (2008), os discursos são formados por elementos que não apresentam o princípio de unidade, cabendo à AD buscar as regras que são capazes de reger sua formação. Essas regras são chamadas de regras de formação e possibilitam a determinação dos elementos que compõem o discurso. Dentre elas estão os objetos que coexistem e se transformam em um espaço comum discursivo; as enunciações que permeiam o discurso; os conceitos que aparecem e transformam o campo discursivo; e os temas e as teorias que, por meio de um sistema de relações entre diversas estratégias, permitem a formação discursiva (BRANDÃO, 2004; FOUCAULT, 2008).

A produção do discurso, em qualquer tipo de sociedade, é permeada por controle, seleção, organização e redistribuição de procedimentos que tentam afastar seus poderes e perigos, dominar seu acontecimento aleatório e evitar sua temível materialidade. O discurso tem relação intrínseca com o desejo e o poder, os quais se revelam à medida que são atingidos por interdições, dentre elas, o tabu do objeto, o ritual da circunstância e o direito privilegiado ou exclusivo do sujeito que fala. Assim, o discurso atinge o que é o objeto do desejo, não se

restringindo à tradução de lutas ou de sistemas de dominação, mas abrangendo questões que envolvem aquilo por que se luta, pelo que se luta e o que nós queremos apoderar (FOUCAULT, 2009; VELLOSO, 2011).

A AD visa conhecer o caráter histórico da linguagem e seu histórico de ruptura, o que reflete um conjunto de reconsiderações no próprio fazer linguístico, pois os conceitos como a língua, a história, a ideologia e o inconsciente ganham novas dimensões (BRASIL, 2011). Nesse sentido, entende-se que o discurso corresponde à linguagem, como forma de mediação entre o homem e a realidade natural e social, o que possibilita a permanência e a continuidade, como também o deslocamento e a transformação do homem e sua realidade (ORLANDI, 2009; VELLOSO, 2011). A linguagem passa a ser estudada não em relação ao seu sistema interno enquanto formação linguística, mas passa a exigir a formação ideológica.

De acordo com Foucault, os discursos são como dispersões que se formam a partir de elementos que não apresentam o princípio de unidade. Assim, cabe à AD descrever a dispersão e buscar as regras que regem sua formação. Tais regras, que determinam a formação discursiva em sua singularidade, são compostas pelos sistemas de relações entre os objetos, os enunciados, os conceitos e as estratégias (BRANDÃO, 2004; FOUCAULT, 2008). Dessa forma, Brandão (2004, p. 28) define o discurso como “um conjunto de enunciados que se remetem a uma mesma formação discursiva” com os seus princípios de regularidade.

Foucault explicita quatro características constitutivas do enunciado: a primeira é a relação entre enunciado e seu referencial, ou seja, aquilo que o enunciado enuncia, relacionando as unidades de signos que possibilitam aparecer conteúdos concretos no tempo e espaço. A segunda refere-se à relação do enunciado com seu sujeito, sendo Foucault oposto ao conceito idealista do sujeito como fundador do pensamento, instaurando a visão da história como ruptura e descontinuidade. A terceira característica do discurso diz respeito à existência de um espaço que, associado ao enunciado, integra um conjunto de enunciados, de modo que não existe enunciado neutro, livre e independente, mas faz parte de um conjunto e desempenha um papel dentre os outros, apoiando-se ou distinguindo. Por fim, a quarta dimensão o faz emergir como condição material, na qual o enunciado é a emissão de um conjunto de signos que se repetem e, por outro lado, a enunciação é marcada pela singularidade e impossibilidade de repetição. Dessa forma, a repetição do mesmo enunciado em diferentes contextos, jamais terá o mesmo efeito, pois em cada um desses diferentes espaços existe uma função enunciativa diferente (BRANDÃO, 2004; FOUCAULT, 2008).

Para Foucault, a noção de enunciado é concebida como uma unidade elementar que forma um discurso, o qual não é abarcado pela unidade do sujeito, mas sim decorrente

dos vários arranjos possíveis de serem assumidos por ele nesse discurso, refletindo sua descontinuidade e a possibilidade de assumir diferentes estatutos. Entretanto, as ideias do filósofo sobre o discurso são fecundadas pelas diretrizes da AD, pois o mesmo não tinha como preocupação a abordagem do discurso como um problema linguístico (BRANDÃO, 2004). Assim, Foucault constrói um arcabouço de conceitos que possibilita a teorização das práticas discursivas e não discursivas e das relações de poder que as sustentam, refletindo acerca da realidade e do pensamento em termos relacionais, frente às tensões e aos conflitos que possibilitam desconstruir e reconstruir vivências, normas e papéis (RABELO; AMAZONAS, 2014).

De acordo com Rabelo e Amazonas (2014), a prática discursiva não é um ato de fala, uma ação concreta e individual de pronunciar discursos, mas é todo o conjunto de enunciados que formam a base inteligível para as ações dos sujeitos. Na perspectiva desses autores, as práticas discursivas formam o mundo de que se fala, assim como a maneira de compreendê-lo e significá-lo. O discurso, enquanto prática, é proveniente da formação de saberes e de sua articulação com outras práticas não discursivas. Por prática discursiva entende-se a compreensão do discurso que constrói seu sentido nas relações e nos enunciados, definido por meio de regras históricas e anônimas, determinados no tempo e espaço, em uma dada época e para uma determinada área social, econômica ou linguística (FOUCAULT, 2009).

Dessa forma, o discurso é organizado pela formação discursiva, não sendo objeto estático e de fronteiras rígidas, tornando-se passível o deslocamento de saberes de um lugar a outro. Uma das contribuições da formação discursiva é a interdiscursividade, o que permite ao discurso ser mais convincente por fazer referência a outros discursos e, ao recorrer a outros saberes, o enunciatador tenta convencer aquele que recebe a mensagem. Nesse sentido, não há um discurso original e único, os discursos se entrelaçam e se transformam, pois são baseados em discursos já produzidos ou a serem produzidos, sendo, portanto, uma construção social (SANTOS; JUNIOR, 2011).

O discurso é formado por duas dimensões integradas e complementares: de um lado, o interdiscurso se constitui pela oposição e contradição a outros discursos, pois, a partir de um dado discurso permite-se ver o outro lado, contra o qual aquele discurso se organiza. Por outro lado, o intradiscurso é marcado pelo percurso semântico que se organiza em uma trajetória de sentidos que se desenvolvem ao longo do texto. Engloba, ainda, os conceitos temáticos e figurativos, sendo que o temático refere-se a um tema não presente no mundo

natural, como amor, medo e alegria, enquanto o figurativo refere-se ao palpável, a um elemento do mundo natural, como casa, mulher e flor (FARIA, 2001).

O discurso carrega em si uma importante ferramenta do saber, pois, a partir dele, as afirmações se transformam em verdades e ganham espaço próprio. Faria e Linhares (1991) descrevem elementos derivados da análise linguística de discurso, dentre esses, os efeitos ideológicos que os discursos são capazes de criar, ou seja, dependendo da forma ou do que o emissor enuncia, esse enunciado é capaz de persuadir o ouvinte. Um dos efeitos de sentido ideológico é a transferência de responsabilidade de um personagem discursivo para outro que recebe a denominação de enunciador. Os personagens discursivos não são criados casualmente, suas vozes expressam pontos de vista que se identificam ou se opõem ao locutor (FARIA; LINHARES, 1991).

Outra estratégia ideológica é o estabelecimento de relações entre os conteúdos postos, que correspondem ao que está dito no enunciado, sendo, portanto, responsabilidade do locutor (FARIA; LINHARES, 1991), e os implícitos, que são informações veiculadas pelo locutor sem que o mesmo precise se comprometer com a verdade. Dentre os implícitos, encontra-se o pressuposto, em que as informações podem ser resgatadas linguisticamente, mas não podem ser negadas pelo emissor e nem desconsideradas pelo receptor, dado que é a partir delas que se constroem as argumentações. Encontra-se, ainda, o subentendido que está relacionado ao contexto, não estando marcado linguisticamente, mas sugerido por meio de uma afirmação, aparecendo a partir de uma análise da enunciação. Assim, os subentendidos podem ser negados enquanto os pressupostos não (PAULIUKONIS, 2006).

O silêncio se caracteriza como uma estratégia do discurso. A persuasão não se limita apenas ao dito, mas também ao omitido, silenciado no discurso, portanto, o não verbalizado guarda seus segredos e gera um silêncio que aguça a criatividade, pois permite os processos de significação (FARIA; LINHARES, 1991; SILVA, 2008). A seleção lexical também representa uma estratégia persuasiva no discurso, pois a escolha do vocabulário e o uso de termos técnicos são providos de intenção argumentativa (FARIA; LINHARES, 1991). As estratégias discursivas de persuasão ideológica constituem parte do que é socialmente posto para ser dito, sendo ensinado a cada membro da sociedade ao longo do processo de aprendizado linguístico. As relações sociais determinam, em parte, o que as pessoas podem dizer (FARIA; LINHARES, 1991). Dessa forma, as palavras ganham sentido, a partir das posições em que são empregadas. Entende-se, portanto, que nem os sujeitos, nem os discursos estão prontos, eles estão sempre se reconstruindo num movimento constante da história (SILVA, 2008).

PERCURSO METODOLÓGICO

3 PERCURSO METODOLÓGICO

3.1 Tipo de Estudo

A presente pesquisa tem por objetivo analisar os discursos relacionados à autonomia de idosas, que emergem nas práticas cotidianas de uma ILPI de Belo Horizonte, Minas Gerais. Trata-se de uma análise do discurso, com base no referencial teórico-filosófico pós-estruturalista, que tem no filósofo francês Michel Foucault um de seus principais representantes.

A pesquisa se caracteriza como qualitativa e explora o que não pode ser quantificado. Volta-se para a dinâmica das relações sociais que envolvem o universo de valores, atitudes, motivações e crenças. Essa abordagem penetra no campo dos significados das ações e das relações humanas, o que corresponde a um aprofundamento dos fenômenos, dos processos e das relações (MINAYO, 2017). Segundo Bauer e Gaskell (2002), o objetivo do pesquisador qualitativo é ser capaz de ver através dos olhos daqueles que serão pesquisados. Dessa forma, trabalha-se com a vivência, a experiência, a cotidianidade e a compreensão das estruturas e das instituições, como resultado da ação humana (MINAYO, 2016).

A pesquisa qualitativa aprofunda-se na intensidade, na singularidade e no significado das coisas, é um ciclo que não se fecha, pois toda pesquisa produz conhecimento e gera novas indagações (MINAYO, 2010; 2017). Esses questionamentos se interligam com a perspectiva do pós-estruturalismo, uma vez que seu fundamento é questionar a própria realidade, quem são os indivíduos que a constituem e quais as relações sociais estabelecidas no cenário estudado. Além disso, o pós-estruturalismo permite uma reflexão acerca dos conceitos utilizados pela sociedade, que não são admitidos como verdades universais, mas sim como resultado de mudanças nas relações de poder, representados pelo conhecimento dominante em um dado momento (DREYFUS; RANIBOW, 1983; VELLOSO, 2011).

O pós-estruturalismo é uma complexa rede de pensamento que corporifica diferentes formas de prática crítica. Caracteriza-se como um estilo de filosofar, uma forma de escrita e um modo de pensamento. Entretanto, não deve ser compreendido em uma perspectiva de homogeneidade ou singularidade, tampouco reduzido a um conjunto de pressupostos, a uma teoria, a um método ou a uma escola. O pós-estruturalismo se orienta pela exploração de novas bases de investigação filosófica e política, sendo, portanto, interdisciplinar e representado por diferentes correntes (PETERS, 2005).

Os pós-estruturalistas concebem o sujeito em uma perspectiva relacional, como um elemento governado por estruturas e sistemas (PETERS, 2005). Questiona-se a ideia do sujeito como o próprio autor do conhecimento e fonte dos significados, o que demonstra que o sujeito não está no centro da produção de significação, do sentido das coisas e dos seus próprios discursos. Ao contrário, o sentido existe a partir de uma estrutura social em que ele está inserido, caracterizando-se, o sujeito, como um elemento periférico dessa produção (VELLOSO, 2011).

3.2 Cenário

O estado de Minas Gerais apresenta um quantitativo de mais de 2 milhões e 300 mil idosos, segundo o censo demográfico de 2010. A capital do estado, Belo Horizonte, município onde a pesquisa foi realizada, tinha, à época do último censo, aproximadamente 300 mil idosos (BRASIL, 2010a). De acordo com levantamento da Secretaria Municipal de Saúde, de 10 a 15% desses idosos eram frágeis e 45% com idade superior a 85 anos (SANTOS, 2016).

A presente pesquisa foi desenvolvida em uma ILPI filantrópica da cidade de Belo Horizonte. Em pesquisa realizada, aponta-se que o município conta com 68 ILPI, sendo 42 privadas e 26 filantrópicas. Os demais municípios da Região Metropolitana de Belo Horizonte (RMBH) dispõem de 37 instituições, sendo duas privadas e 35 filantrópicas (CAMARGOS, 2014).

Segundo o levantamento realizado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), as instituições brasileiras vivem, principalmente, dos recursos advindos dos residentes e/ou familiares, neste caso o aporte é chamado de contribuição (BRASIL, 2010b). O Estatuto do Idoso estabelece que esta contribuição pode alcançar até 70% do valor do benefício recebido pelo idoso. Assim, o financiamento das instituições filantrópicas no município é realizado por repasse da Prefeitura de Belo Horizonte (PBH), somado ao benefício recebido pelos idosos institucionalizados (até 70%). Além disso, pode contar com doações da população ou apoio de fundações religiosas, a que essas ILPI estejam associadas (SANTOS, 2016).

Contemporaneamente, verifica-se uma mudança no perfil etário da população geral, em que se destaca a população idosa em relação à idade e à proporção entre os sexos. A população de octogenários passará de 1,53% da população geral, em 2010, para 8,75%, em 2060, sendo a maioria desses do sexo feminino, 5,37%. Dessa forma, observa-se a

feminização da velhice, que pode ter como causas a viuvez, uma vez que em 2011 as mulheres somavam 7,4 milhões, enquanto os homens 1,7 milhão, e a maior longevidade, visto que as mulheres vivem de 5 a 7 anos a mais que os homens (ALMEIDA *et al.*, 2015).

A ILPI escolhida para o desenvolvimento do presente estudo está situada na Regional Centro-Sul da capital mineira, a qual é composta pela população mais numerosa de idosos do município, abrigoando cerca de 40 mil indivíduos com mais de 60 anos, como pode ser visto na FIGURA 1 (SANTOS, 2016).

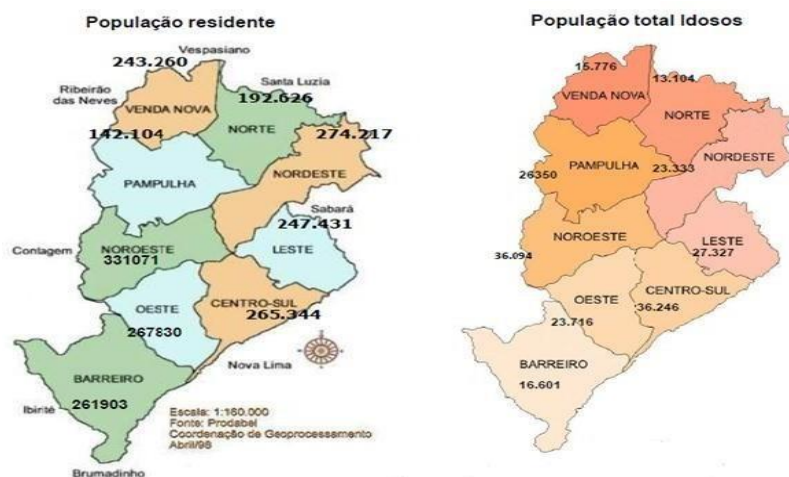


FIGURA 1. Distribuição ilustrativa da população de idosos residente na cidade de Belo Horizonte, por regional.

Fonte: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, 2016 - Censo 2010.

Fundada em 1954, tem como proposta oferecer moradia e assistência espiritual, médica, social e humana. Sua missão é proteger os idosos, assegurando-lhes os direitos referentes à moradia, à vida, à saúde, à alimentação, ao lazer, à cultura, à religiosidade e à dignidade (ARQUIDIOCESE DE BELO HORIZONTE, 2016). A Instituição dispõe de equipe assistencial multidisciplinar composta por enfermeiro, assistente social, médico, psicólogo, cuidadores e técnicos de enfermagem. O financiamento da Instituição advém de três fontes: repasse da PBH, 65% do rendimento das idosas (realidade da ILPI do estudo) e recursos advindos da comunidade por meio de Fundação religiosa a que está vinculada. A ILPI abriga 28 idosas, com idade entre 60 a 93 anos.

Ao todo, a Instituição disponibiliza 30 vagas à PBH e o encaminhamento das idosas para a institucionalização depende de uma avaliação prévia, feita pela própria ILPI, que considera suas restrições estruturais ao fazer essa avaliação. Tais restrições limitam suas

condições para receber idosas com alto grau de dependência para AVD, pois há escadas ao longo de toda a estrutura física.

De acordo com a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 283, de 26 de setembro de 2005, a dependência do idoso pode ser classificada em graus I, II e III. O grau I refere-se a idosos independentes, mesmo que requeiram uso de equipamentos de autoajuda. O grau II, idosos com dependência em até três atividades de autocuidado para a vida diária como: alimentação, mobilidade, higiene, sem comprometimento cognitivo ou com alteração cognitiva controlada. Já o grau III refere-se aos idosos com dependência que requeiram assistência em todas as atividades de autocuidado para a vida diária e/ou com comprometimento cognitivo (BRASIL, 2005).

Assim, a Instituição comporta oito idosas de grau I, oito de grau II e doze de grau III. Algumas idosas classificadas como grau III encontram-se nessa categoria devido à dificuldade de mobilidade, sendo, portanto, cadeirantes. Entretanto, podem apresentar condições cognitivas de participarem da pesquisa, o que foi avaliado pelo teste Mini Exame de Estado Mental (MEEM).

3.3 Participantes do estudo e coleta de dados

As participantes deste estudo são as idosas institucionalizadas, como também o corpo de profissionais envolvidos no cuidado cotidiano dessas idosas, a saber: enfermeiro, médico, psicólogo, assistente social, cuidadores e técnicos de enfermagem.

Definiu-se como critérios de inclusão para os idosos institucionalizados: ter idade igual ou superior a 60 anos, residir na Instituição há três meses ou mais, fluência na língua portuguesa que possibilite o diálogo, expressar desejo em participar da pesquisa e permitir a gravação da entrevista. A avaliação do escore, de acordo com o MEEM, é importante para avaliar a concretude das informações fornecidas pelas idosas. Para tanto, usa-se como referência os valores de escore de 20 para analfabetos, 25 para pessoas com um a quatro anos de escolaridade, 26,5 para aquelas com cinco a oito anos de escolaridade, 28 para indivíduos que estudaram de nove a 11 anos e 29 para aqueles com escolaridade superior a 11 anos (BRUCKI *et al.*, 2003) (APÊNDICE A). Os critérios de inclusão para os profissionais foram trabalhar na Instituição há três meses ou mais, expressar desejo em participar da pesquisa e permitir a gravação da entrevista.

Como critérios de exclusão para os idosos institucionalizados foram definidos: expressar, voluntariamente, a qualquer momento, o desejo de interromperem sua participação

no estudo e a transferência do idoso, durante o período de pesquisa, para outra ILPI ou hospital. Em relação aos profissionais da Instituição: expressar, voluntariamente, a qualquer momento, o desejo de interromperem sua participação no estudo.

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista de roteiro semiestruturado específico para as idosas (APÊNDICE C) e os profissionais (APÊNDICE D) e observação de campo. A entrevista se caracteriza por ser um processo de obtenção de informações acerca do que as pessoas sabem, creem, sentem, desejam, fazem ou fizeram. É, portanto, uma interação social na forma de diálogo, em que uma das partes coleta os dados e a outra é fonte de informação (GIL, 2008).

A entrevista de roteiro semiestruturado pauta-se em questionamentos básicos que são apoiados por teorias e hipóteses relacionados a determinado tema e, como um ciclo, esses questionamentos originam frutos a novas hipóteses a partir das respostas dos entrevistados. Nesse tipo de entrevista, o foco se dirige sobre o assunto acerca do qual se confecciona o roteiro, com perguntas principais que são complementadas por outras questões que surgirem espontaneamente durante a entrevista. Por permitir que emergjam informações de forma livre, sem que as respostas estejam condicionadas a um padrão, favorece a descrição, a explicação e a compreensão ampla dos fenômenos sociais (MANZINI, 2004).

As práticas em pesquisa qualitativa têm apontado que o processo da entrevista semiestruturada fornece melhores resultados se trabalhado com diferentes grupos de pessoas (TRIVINOS, 1987). Tal fato se aplica a este estudo, pois tem por objetivo abordar a autonomia do idoso em sua própria perspectiva e, também, na perspectiva dos diversos profissionais que prestam cuidado às idosas institucionalizadas.

A observação constitui-se em elemento fundamental para a pesquisa e tem como principal vantagem a de que os fatos são percebidos diretamente, sem qualquer intermediação (GIL, 2008). Segundo Minayo (2010, p. 59), a técnica capta “situações ou fenômenos que não são obtidos por meio de perguntas, uma vez que, observados diretamente na própria realidade, transmitem o que há de mais imponderável e evasivo na vida real”.

Assim, a observação facilita o acesso às situações habituais em que os membros da comunidade estão envolvidos, possibilita o acesso a informações do grupo que se considera privado e favorece a captação de palavras e ações que acompanham o comportamento dos observados. O objetivo desse procedimento foi observar as práticas cotidianas de idosos institucionalizados e dos profissionais que trabalham na Instituição, responsáveis, de alguma forma, por cuidados ao idoso. O registro das observações foi feito no

momento em que elas ocorreram, sendo o mais frequente, e o que foi utilizado no presente estudo, a tomada de notas por escrito em um diário de campo (GIL, 2008).

A seleção da amostra definiu-se por saturação dos dados, que consiste na técnica de suspensão de novos participantes na coleta de dados. Tal fato ocorre, pois, a inclusão de novos participantes, na avaliação do pesquisador, gera redundância e repetição, e a participação destes na pesquisa pouco acrescentaria ao material coletado e não seria considerado relevante persistir na coleta (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008). Dessa forma, a escassez de novos tipos de enunciados corresponde ao fechamento da amostra por saturação, o que significa “definir o conjunto que subsidiará a análise e interpretação dos dados” (FONTANELLA *et al.*, 2011, p. 389).

Segundo Minayo (2017, p. 5), o importante é destacar que a seleção da amostra envolve “decisões não sobre quantos indivíduos serão ouvidos, mas a abrangência dos atores sociais, da seleção dos participantes e das condições dessa seleção”. Portanto, preocupar-se menos com as generalidades e a generalização e mais com o aprofundamento, a abrangência e a compreensão de um grupo social, a organização e a instituição, colocando os diferentes aspectos do observado à luz das teorias que fundamentam as indagações (MINAYO, 2017).

3.4 Análise dos dados

Os dados coletados nesta pesquisa foram submetidos à AD, que visa compreender o modo de funcionamento, os princípios de organização e as formas de produção social do sentido. Os pressupostos básicos da AD se dividem no princípio de que o sentido de uma palavra, de uma expressão ou de uma proposição não existe em si mesmo, mas expressa posições ideológicas em jogo no processo sócio-histórico no qual as palavras, as expressões e as proposições são produzidas (MINAYO, 2004).

A análise de dados baseia-se na compreensão dos dados coletados, o que permite ampliar o conhecimento sobre o assunto pesquisado, entretanto, existem obstáculos que diminuem a eficiência de uma análise. O primeiro deles é a ilusão do pesquisador frente às conclusões, em achá-las transparentes e nítidas à primeira vista. O segundo entrave é o envolvimento exagerado do pesquisador com os métodos e as técnicas, fazendo-o esquecer do significado presente em seus dados. Por último, pode-se identificar a dificuldade do pesquisador em relacionar as conclusões dos dados coletados a conhecimentos mais vastos e abstratos, o que permitiria a ampliação do conhecimento (MINAYO, 1992, 2001).

A fase de análise de dados conduz a lógica do grupo que se está analisando. Na análise qualitativa não há a classificação da opinião dos participantes, mas a descoberta de códigos sociais a partir de símbolos e observações (MINAYO, 2009). Os passos propostos por Minayo (2004) são: a ordenação dos dados, a classificação dos dados e a análise final.

A ordenação dos dados inclui a transcrição das entrevistas, a releitura do material, a organização sistemática dos relatos e a organização, também sistemática, dos dados e das anotações da observação. A classificação dos dados refere-se à leitura exaustiva e repetida dos textos, o que permite apreender as estruturas de relevância e a constituição de um ou vários *corpus* de comunicações. Possibilita a categorização dos elementos com características comuns ou que se relacionam entre si, o que significa agrupar elementos, ideias ou expressões em torno de um conceito. Dessa forma, existem três princípios para estabelecer a categorização, dentre eles estão a definição de um princípio único de classificação; o conjunto que compõe uma categoria deve ser amplo, permitindo a inclusão de várias respostas; e as categorias devem ser exclusivas, não permitindo que uma resposta seja incluída em outra categoria (MINAYO, 2016).

Finalmente, a análise dos dados é o encontro da especificidade do objeto pela prova do vivido com as relações essenciais, não se constituindo em atividade fácil, nem externa ao investigador. De acordo com Faria e Linhares (1991), é no discurso que a ciência se reconhece enquanto prática e é por meio dele que as afirmações se transformam em verdades. Os autores descrevem elementos provenientes da análise linguística de discurso, dentre esses, incluem-se os efeitos ideológicos que os discursos são capazes de criar, ou seja, dependendo da forma ou o que o enunciador fala, esse enunciado é capaz de persuadir o ouvinte.

Nessa análise, há relação entre os conteúdos postos e os pressupostos. Os postos representam o que está presente no enunciado, enquanto o pressuposto possibilita ao enunciador dizer algo implicitamente, recorrendo ao receptor, para que juntos interpretem o enunciado. O uso do silêncio sobre determinadas questões também pode ser elemento estratégico no discurso, uma vez que o omitido e silenciado possibilita os processos de significação. A persuasão se baseia no que é dito e, também, no não dito, pois vivemos em um contexto social que materializa nossa visão de mundo e cria, assim, nossos discursos e ditos. Por fim, a dimensão lexical, que está carregada de intenção argumentativa (FARIA; LINHARES, 1991). Assim, optou-se no presente estudo em utilizar esses elementos na AD das idosas e dos profissionais que prestam cuidado às idosas institucionalizadas.

O presente estudo utilizou o método de AD de forma sistemática e rigorosa, entretanto, esse processo baseia-se na interpretação de textos e entrevistas que podem gerar diferentes análises. Dessa forma, a validade de uma interpretação deve ser avaliada pela lógica e coerência dos argumentos, bem como em relação ao contexto discursivo a que diz respeito (ARAÚJO *et al.*, 2017).

3.5 Aspectos éticos

Para atender os aspectos éticos da pesquisa, o projeto submeteu-se à aprovação nos Comitês de Ética e Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (COEP/UFMG) nº 2.470.752 (ANEXO B). O aceite da Instituição de Longa Permanência para Idosos de Belo Horizonte em participar da pesquisa foi obtido e documentado por meio da assinatura de Carta de Anuência. Dessa forma, acatam-se as especificações da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 (BRASIL, 2012) e da Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016 (BRASIL, 2016) do Conselho Nacional de Saúde.

Manteve-se sigilo das informações e da identidade de todos os envolvidos, garantindo anonimato dos mesmos, bem como a confidencialidade dos assuntos tratados. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido, contendo informações acerca do estudo (APÊNDICES A e B).

RESULTADOS

4 RESULTADOS

No presente estudo foram realizadas 21 entrevistas, abrangendo 14 profissionais dos 20 que trabalhavam na casa e sete idosas residentes, das 28 que moravam na ILPI. Os participantes foram identificados por letras P, para os profissionais, e I, para as idosas, e numerados de acordo com a ordem das entrevistas. Apenas um dos profissionais que participaram da pesquisa era do sexo masculino.

O QUADRO 1 apresenta informações referentes às sete idosas entrevistadas. As idades variaram, em média, de 70 a 92 anos, prevalecendo as idosas solteiras, devido ao contexto histórico da ILPI em estudo. O tempo de residência na Instituição variou entre períodos de 1 a 13 anos. Apesar da discrepância do nível educacional das idosas, o MEEM não sofreu grandes variações, com pontuação de 26 a 30. Entretanto, os menores escores estão relacionados às idosas de menor escolaridade.

QUADRO 1. Informações das idosas entrevistadas

PARTICI PANTE	IDADE	ESTADO CIVIL	TEMPO RESIDÊNCIA	ESCOLA RIDADE	MEEM	PRINCIPAIS CARACTERÍSTICAS	HISTÓRICO DE INSTITUCIONALIZAÇÃO
I1	83 anos	Solteira	1 ano	Ensino superior	30	Parda, independente, irreverente, elevado poder aquisitivo, comparado com as demais residentes.	Perdeu pai, irmãos e mãe. Perdeu todo o dinheiro. Adoecimento recorrente. Grupo de amigos decidiu institucionalizá-la.
I2	92 anos	Solteira	13 anos	Ensino médio	30	Parda, professora, independente, maior contribuidora financeira da ILPI.	Escolha da idosa. Por questões práticas, pois considerava morar sozinha, aos 80 anos, “pesado”. Família não apoiou a decisão. Convivência diária com familiares.
I3	77 anos	Solteira	3 anos	Funda mental	27	Negra, condição financeira limitada, empregada doméstica, independente, religiosa.	Contribuía financeiramente para a associação/ILPI. Convidada pela irmã a morar na ILPI.
I4	72 anos	Solteira	13 anos	Fund. Incompleto	26	Parda, introvertida, independente, religiosa, empregada doméstica, condição financeira limitada.	Escolha da idosa, pois não tinha família e amigos. Pais faleceram e irmãos casaram. Convidada pela irmã a morar na ILPI.
I5	91 anos	Viúva	10 anos	Fund. Incompleto	27	Branca, acamada, religiosa, tem plano de saúde.	Família trabalhava e não tinha condições de pagar um cuidador em casa. Falta de suporte familiar fez com que ela optasse pela institucionalização.
I6	71 anos	Solteira	3 anos	Ensino médio	30	Negra, independente, condição financeira limitada, empregada doméstica, temperamental.	Decisão própria. Inexistência de família, condições de saúde e financeira precária para viver sozinha.
I7	82 anos	Solteira	5 anos	Fund. Incompleto	27	Negra, condição financeira limitada, obesa, difícil socialização, independente.	Recorrência de doenças, falta de dinheiro para aluguel e alimentação.

Fonte: De autoria própria, 2019.

Dentre o grupo de profissionais, que perfazem 14 participantes, encontram-se cuidadoras, profissionais de nível superior, como enfermeira, psicóloga, assistente social e médico, e técnica de enfermagem. O tempo de trabalho na Instituição variou de dois meses a 40 anos de serviço. Nota-se uma maior recorrência de profissionais com pouco tempo de serviço na ILPI, variando, em média, de dois meses a oito anos, como pode ser observado no QUADRO 2.

QUADRO 2. Informações dos profissionais entrevistados

PARTICIPANTE	FUNÇÃO	TEMPO DE TRABALHO NA INSTITUIÇÃO
P1	Cuidadora	3 anos
P2	Cuidadora	1 ano e 10 meses
P3	Assistente Social	7 anos
P4	Técnica de Enfermagem	1 ano e 1 mês
P5	Enfermeira	1 ano e 11 meses
P6	Cuidadora	2 anos
P7	Psicóloga	1 ano e 2 meses
P8	Cuidadora	3 anos e 8 meses
P10	Téc. Enfermagem	6 anos
P11	Médico	30 a 40 anos
P12	Psicóloga	4 anos
P13	Téc. Enfermagem	6 anos
P14	Cuidadora	8 anos

Fonte: De autoria própria, 2019.

Uma idosa moradora da ILPI, após realizar o MEEM, optou por não participar do estudo. Sua vontade foi acatada pelos pesquisadores que arquivaram seus documentos relacionados à pesquisa junto aos demais. Dentre as profissionais que se dispuseram a colaborar com a pesquisa, uma delas não pode participar, uma vez que o critério de exclusão – trabalhar na Instituição há três meses ou mais – limitava sua participação no estudo.

Após a observação do campo e das práticas de cuidado cotidianas associadas à leitura das entrevistas emergiram duas categorias: efeitos da institucionalização na autonomia da pessoa idosa e o desenvolvimento de incapacidades como barreira à constituição da autonomia da pessoa idosa.

DISCUSSÃO

5 DISCUSSÃO

5.1 Efeitos da institucionalização na autonomia da pessoa idosa

Após entrar em contato e conhecer algumas ILPI, escolheu-se a Casa Santa (nome fictício) como cenário de pesquisa. Ao chegar no endereço indicado, não poderia imaginar que ali fosse uma ILPI. Em um primeiro momento, achei a fachada pequena e antiga. Ao tocar o interfone e o portão se abrir, meus olhos começaram a observar atentamente todos os detalhes, para que nada fosse perdido. De imediato, observei a presença de vários portões, dois no início e mais um de vidro ao subir as escadas. Logo após essa porta de vidro, havia uma mesa que de um lado apoiava a imagem de uma santa e em seu centro um caderno de anotações. Não eram anotações quaisquer, mas referentes às visitas que as idosas recebiam mensalmente, ao longo do ano. Logo na entrada da Casa, estava uma sala compartilhada pela coordenação, assistente social e psicóloga. Após nos apresentarmos e conversarmos um pouco, a visita, de fato, começou.

Ao adentrar, pode-se ter uma noção real do tamanho da casa, que se parecia com um labirinto. Um corredor cheio de quartos interligado a outro corredor, com mais quartos e sala, e subindo alguns degraus havia mais quartos. Uma rampa com piso emborrachado levava ao andar inferior, onde fica a capela, um jardim com alguns quartos ao redor, um terraço, o refeitório e a cozinha e, mais adiante, outro corredor com mais quartos. No dia a dia, as moradoras e os profissionais se referiam à ILPI como “casa”. Dessa forma, também usarei esse termo em minha escrita para me referir à Instituição.

A ILPI estabelecia uma rotina institucional que delimitava o cotidiano das idosas, com horários fixos para atividades como o banho às 6 horas da manhã, 7:30 o café da manhã, às 9h as idosas assistiam televisão, 11 horas o almoço era servido, no início da tarde elas assistiam televisão novamente, às 14 horas era o lanche da tarde, 17 horas o jantar e às 18 horas, as idosas, principalmente as dependentes, eram colocadas em suas camas para dormir, por fim, às 20 horas era servido uma ceia para as que desejavam.

Notava-se que a construção sofrera reformas improvisadas, em uma tentativa de se adaptar à nova realidade: receber idosas para moradia e cuidados. A acessibilidade era precária, a construção era antiga, apesar de alguns banheiros serem reformados. Os quartos eram pequenos e conjugados e a presença de níveis, rampas e degraus dificultava o ir e vir das idosas. A coordenadora contou que alguns quartos foram construídos a partir da demanda que existia no momento, sem que houvesse um planejamento do espaço como um todo. Percebia-

se que era uma casa pobre, que não tinha estrutura física totalmente adaptada para a atividade que exercia e que, por vezes, não acomodava da forma mais adequada as idosas que ali moravam.

Mas na casa aqui, pelas todas condições, pelas limitações que a gente vê, é uma casa pobre, né?! Com dificuldade. É convênio com a Prefeitura, é colaboração com outras pessoas pra manter, porque nosso valor é simbólico, o que a gente paga aqui. (I6)

O discurso dessa idosa aponta que a Casa sobrevive, mesmo frente às intempéries, pois depende de diferentes formas de custeio para manter sua estrutura, assim, não é de se admirar que se encontrassem paredes rachadas e descascadas, caixas entulhadas, piso quebrado, torneiras vazando, entre outros. As idosas residentes da Casa contribuía com 65% (regra definida pela ILPI) dos seus rendimentos, sendo que muitas delas, à época da coleta de dados, tinham apenas um recebimento mensal de um salário mínimo (aproximadamente R\$ 1.000,00) para cobrir despesas como alimentação, medicamento, moradia, vestuário e lazer. A PBH repassava uma quantia fixa mensal, mas segundo a coordenadora, eles sempre “fechavam no vermelho” e quem os amparavam era a Fundação religiosa a que estavam vinculados.

O contexto em questão é um exemplo de como as instituições públicas brasileiras que se destinam à permanência de idosos enfrentam desafios relacionados à precariedade econômica. Segundo Lacerda *et al.* (2017), 93,3% das ILPI filantrópicas contam com o benefício dos idosos para o custeio das despesas, 63% recebem subvenção governamental, enquanto 92,1% recebem subvenção do município e verbas públicas. O que se vê nas instituições são estruturas físicas precárias e não necessariamente adequadas ao público que atendem, uma vez que a adaptação do ambiente físico é onerosa, apesar de ser importante não apenas em relação à questão terapêutica, mas também por impactar diretamente na autonomia do idoso (STRUHKAMP, 2005). Associado a isso, a mão de obra é escassa, com alta rotatividade, e há problemas frequentes de gestão (FALEIROS; MORANO, 2009).

Essa realidade era vivenciada na ILPI em estudo, principalmente em relação à adequação física e aos problemas referentes à gestão, pois, um ano após a coleta de dados, a coordenação havia mudado três vezes. Segundo Salcher, Portella e Scortegagna (2015), o profissional que assume a administração de instituições como uma ILPI, normalmente, não apresenta formação técnica para o cargo. Assim, esses profissionais encontram uma grande dificuldade para atender o que as legislações determinam, pois devem ter recursos humanos adequados e capacitados, lazer, limpeza, alimentação, saúde e adequar o quantitativo de

profissionais ao grau de dependência dos idosos (SALCHER; PORTELLA; SCORTEGAGNA, 2015).

Além disso, muitos idosos são institucionalizados ainda independentes, o que preenche a vaga dos que realmente precisam. Segundo Camarano e Kanso (2010), no Brasil, 34,9% dos residentes vivendo em IPLI são independentes. Isso acarreta em falta de vaga, pois a maioria das ILPI (60,7%) de Belo Horizonte e região metropolitana afirmam ter lista de espera, devendo os interessados em vagas deixar os nomes, contatos e características dos idosos (CAMARGOS, 2014). Cabe considerar que 73,1% das ILPI filantrópicas que possuem listas de espera não seguem a ordem do cadastramento, pois o surgimento de uma nova vaga depende da avaliação de vulnerabilidade socioeconômica e da saúde do idoso pela ILPI (CAMARGOS, 2014). Esse fato foi reafirmado pela coordenadora da ILPI em estudo durante uma conversa, pois, segundo ela, a Casa pode não ter a estrutura necessária para atender a demanda que determinada idosa possa requerer no momento da institucionalização.

Nesse contexto, Camargos (2014) afirma que há uma preferência por idosos independentes, por estes serem menos dispendiosos e que uma em cada três ILPI possui critério de seleção por dependência, 9,7% só aceitam idosos independentes e 20,1% apenas idosos independentes ou semidependentes (ajuda em até três atividades de autocuidado). Segundo Lacerda *et al.* (2017), das 156 ILPI, privadas e filantrópicas, de Belo Horizonte e região metropolitana, participantes do seu estudo, 67 afirmaram ter pelo menos um critério para a não admissão de idosos, 39 dois critérios, 32 três ou mais critérios e apenas 18% afirmaram não ter critérios para receberem os idosos. O grau de dependência, condições como a demência e as doenças infectocontagiosas eram condicionantes para a não admissão de idosos (CAMARGOS, 2014; LACERDA *et al.*, 2017), bem como o transtorno psiquiátrico, as traqueostomias e ser acamado (LACERDA *et al.*, 2017).

Assim, os idosos que mais necessitam de ajuda nas atividades cotidianas, os de grau III, são excluídos das listas de espera nas ILPI de Belo Horizonte e região metropolitana, por serem considerados mais onerosos. Associado a esse fato, os idosos que já residiam nas ILPI, com o passar dos anos, evoluíam para um quadro de dependência, o que inviabilizaria, ainda mais, a admissão desse grupo vulnerável (CAMARGOS, 2014). Tal conjuntura requer a reflexão da sociedade e órgãos públicos quanto à real necessidade de institucionalização do idoso, pois, se temos idosos vivendo por muito tempo em ILPI, o critério de entrada é aberto e, com isso, pessoas com necessidades reais e severas demoram a conseguir vaga, por esta estar ocupada por um idoso com menor necessidade de acolhimento (BJORNSDOTTIR; CECI; PURKIS, 2014). Assim, a dificuldade em institucionalizar o idoso com grau elevado

de dependência deve ser repensada pelo Estado, pois aponta uma incapacidade do mesmo em atender a essa demanda (LACERDA *et al.*, 2017).

Contemporaneamente, a institucionalização do idoso tem sido uma realidade frequente devido às mudanças na conformação sociodemográfica da população, com a reconfiguração da estrutura familiar e a maior participação das mulheres no mercado de trabalho. A necessidade em institucionalizar o idoso tem diferentes motivos, o que para Andrade *et al.* (2017) está relacionado à perda do desempenho para as AVD, o baixo convívio com parentes e amigos e o avanço da idade. Em 1963, Katz (*apud* GOVERNO DO ESTADO DO PARANÁ, 2018) desenvolveram um índice de estratificação dos indivíduos conforme o grau de dependência nas AVD relacionadas ao autocuidado, distinguindo os idosos independentes dos dependentes. As AVD envolvem atividades, tais como banhar-se, vestir-se, usar o banheiro, alimentar-se, transferir-se de um lugar a outro e continência urinária e fecal (GOVERNO DO ESTADO DO PARANÁ, 2018).

Para Clos e Grossi (2016), os fatores de risco são a idade superior a 80 anos, pertencer ao sexo feminino, a situação conjugal (viuvez, divórcio, solteiro), seguidos por a baixa escolaridade, a inatividade física e a dependência para as AVD, assim como os conflitos familiares, a dificuldade de um ente em ficar com o idoso por motivos de trabalho ou pela frágil condição financeira. Esses fatores contribuem para a tomada de decisão da família em institucionalizar, na crença de que o idoso não é capaz de gerenciar a própria vida. Entretanto, no momento em que a família retira do idoso a capacidade de escolher, ela está cerceando sua autonomia, o que, segundo Benevides (2012), é o poder de exercer-se sobre si mesmo, de tomar as rédeas de si e apropriar-se de si.

A tomada de decisão de institucionalização alheia à vontade do próprio idoso pode ser observada na ILPI estudada. Essa situação é percebida por uma idosa institucionalizada, não em relação a si mesma, mas em relação a outras idosas que residem na ILPI. Relata histórias que ouve e observa no comportamento das companheiras. É relevante ressaltar que essa idosa não faz menção de contato com a família.

Ah, porque a gente vê assim. Quer dizer, eu como tô me preparando pra esse momento, é uma coisa. Agora quem vem assim, que o negócio assim o cê vim, outra coisa é você ser trazida, sabe?! Então, têm pessoas que do jeito que fala que vieram, às vezes, foi assim meio violento assim, né?! Fica querendo ir embora, fica querendo fugir. (Risos) (I6)

Esse discurso aponta o reconhecimento dessa idosa de que embora os processos que envolvem a decisão de institucionalização da pessoa idosa em uma ILPI, muitas vezes, não dependem de sua vontade, podem ser determinantes para sua adaptação à realidade

imposta por esse novo contexto. Contexto que implica em se adaptar ao ambiente, às pessoas que cuidam, às moradoras e às regras e normas institucionais. Segundo Converso e Iartelli (2007), a incapacidade de adaptação dos idosos institucionalizados não se deve unicamente ao declínio da capacidade biológica, mas advém também de um ambiente que estabelece um desempenho deficitário dos idosos, o que reforça o comportamento de dependência (CONVERSO; IARTELLI, 2007).

Nesse contexto de institucionalização, a civilização tem em seu histórico o isolamento e a segregação de pessoas da sociedade¹ “o espaço físico da segregação social e de obrigação moral não ficaria desocupado. Ao contrário, seria sucessivamente preenchido por novos ocupantes, como novos signos e novas formas sociais” (DREYFUS; RABINOW, 1995, p. 25). Iniciou-se, na Idade Média, com o isolamento dos leprosos e, depois na Renascença, com a exclusão dos loucos. No século XVII, os pobres, de todas as idades, sexo, em qualquer estado, úteis ou inválidos, doentes ou curáveis foram confinados (DREYFUS; RABINOW, 1995). Diante dessas configurações, criam-se locais para certos tipos de pessoas que, supostamente, devem ser excluídas da população em geral, por questões de segurança e saúde (ANDREWS *et al.*, 2005).

Na Revolução Industrial, o corpo humano tornou-se essencialmente força produtiva e o que impedia ou desgastava esse princípio era considerado inútil e, assim, banido, excluído e reprimido da sociedade (FOUCAULT, 1987). Por isso, é fácil perceber como se torna natural segregar o louco, o idoso, o leproso e o doente, por estes serem inúteis na produção industrial. Esses processos de exclusão acontecem por meio de diferentes dispositivos, dentre eles os hospitais, os manicômios, as escolas e o exército, que permeiam a sociedade e agem sobre o corpo social (FOUCAULT, 1987).

Tais dispositivos são, portanto, utilizados como forma de segregar os indivíduos que fogem do padrão de normalidade estabelecido pela sociedade, como é o caso dos idosos, dos órfãos, dos loucos, dos presidiários, dos doentes, dentre outros. A institucionalização em ILPI tem como consequência, o isolamento do idoso, excluindo-o de sua relação com a sociedade, do contato com a família (ARAÚJO; SOUZA; FARO, 2010) e do convívio social (ANDRADE *et al.*, 2017). Segrega, ainda, um idoso do outro, à medida que se percebe a

¹ O Hospital Colônia de Barbacena foi um hospital psiquiátrico fundado em 12 de outubro de 1903 na cidade de Barbacena, Minas Gerais. Fazia parte de um grupo de sete instituições psiquiátricas que recebeu o nome de "Cidade dos Loucos". Tornou-se conhecido pelo público na década de 1980, pelo tratamento desumano que oferecia aos pacientes. A instituição tinha, em 1903, capacidade para 200 leitos, mas em 1961, contava com cerca de cinco mil pacientes. Eram enviadas pessoas como opositores políticos, prostitutas, homossexuais, mendigos, entre outros grupos marginalizados pela sociedade.

pouca convivência entre eles, o que é fomentado pela delimitação que cada corpo deve ocupar na instituição.

Segundo Foucault (1987), o princípio do isolamento, leva o indivíduo a se isolar do mundo exterior, bem como a isolar um indivíduo em relação ao outro, portanto, o isolamento não é apenas individual, mas também individualizante. O discurso das idosas aponta o sentimento provocado pela reclusão em seus quartos, pois, apesar de viverem em um ambiente compartilhado, ou seja, um ambiente teoricamente comum, percebem que, muitas vezes, vivenciam a solidão, em um ambiente de poucas amizades.

Amiga é difícil, né?! Porque cada uma tem seu quarto, né?! Quem não tem nada pra fazer, vai pro seu quarto e elas [as outras institucionalizadas] vão ver televisão e eu vou pro meu quarto. (I7)

Então bom, a minha vida é assim, uma vida quase que reclusa. (Risos)
Dentro do meu quarto. (I1)

Os quartos se tornam local de refúgio para as idosas, pois, por vezes, uma idosa que teria afinidade com outra, não compartilham ambientes comuns, pois dependem de ajuda de terceiros para transitarem pela Casa ou mesmo pela sua falta de acessibilidade. Além disso, não se observa, por parte da equipe cuidadora, a promoção de estratégias que intensifiquem a interação e estimulem o estabelecimento de laços entre as idosas. A Casa se torna, assim, um local de rotinas, onde quase nada de novo acontece em um cotidiano de atividades que se repetem diariamente.

E assim se faz o controle dos espaços, em que cada idosa fica recolhida em seu quarto, o que segundo Foucault induz ao princípio da localização imediata, “cada indivíduo no seu lugar; e em cada lugar, um indivíduo”, levando à solidão do corpo e da alma (FOUCAULT, 1987, p. 169). O controle dos espaços estabelece as presenças e as ausências, sabe-se onde e como encontrar os indivíduos e promovem-se as comunicações úteis enquanto interrompe as inadequadas. Pode-se vigiar o comportamento de cada um o tempo todo, sancionando e medindo as qualidades ou os méritos para conhecer, dominar e utilizar (FOUCAULT, 1987).

A disciplinarização faz com que todos estejam nos ambientes corretos, as idosas independentes ficam reclusas em seus quartos ou, após comunicarem, podem sair da Casa. Enquanto as dependentes ficam nas salas de televisão, nos andares respectivos aos dormitórios. Apesar de algumas idosas terem a possibilidade de escolha, como as independentes, elas acabam se adequando às normas e recolhendo-se e, assim, a autonomia fica esquecida no interior de cada quarto, pois segundo Benevides (2012) o que é autônomo na autonomia é a vontade e esta deve se fazer lei para que ela aconteça de verdade. A

presença de autonomia requer o controle sobre seu poder de decisão e sobre outras atividades individuais, refere-se à livre escolha de qualquer tipo de intervenção e interferência (COLLOPY, 1988).

Em sua obra *Vigiar e Punir*, Foucault (1987) fala da técnica do bom adestramento, por meio do poder disciplinar, que tem por função adestrar para retirar e se apropriar mais e melhor dos indivíduos. Esse poder é singelo e modesto, sem grandes orquestrações, porém, atua de forma permanente e, pouco a pouco, toma proporções maiores que modificam os mecanismos e impõem seus processos. O sucesso do poder disciplinar vem do uso de instrumentos consideravelmente simples, como a vigilância hierárquica, a sanção normalizadora e o exame. A aplicação dessas técnicas produz corpos dóceis e úteis para se comportarem de forma ajustada, de acordo com os interesses de determinado grupo social (FOUCAULT, 1987; VELLOSO, 2011).

A primeira técnica, a vigilância hierárquica, impõe a disciplina pelo jogo do olhar. O ato de ver induz a efeitos de poder, perpassa a ideia de ver sem ser visto, e, em troca, os meios de coerção sobre os indivíduos se tornam claramente perceptíveis (FOUCAULT, 1987). A vigilância é vista constantemente na ILPI em estudo. Diariamente, as idosas dependentes ou cadeirantes e, por vezes, as independentes com déficit cognitivo, ficam agrupadas em ambientes específicos, como a sala de televisão, o pátio aberto ou a área próxima ao refeitório. Os horários de ficarem nos ambientes comuns são predeterminados, o que facilita o controle das idosas que requerem cuidados, sendo possível estabelecer a vigilância com um simples olhar. As que ali não se encontram, estão no quarto, por algum motivo de saúde, ou são independentes e estão fora da Casa, como afirma a profissional, por meio do seu discurso.

Eu posso deitar um pouco?! Claro, que por ser uma instituição, tem as rotinas, né?! A casa, cês podem perceber, que a maioria das idosas não ficam no leito. A não ser que estejam com alguma indisposição, né?! (P12)

Assim, percebe-se que as idosas não fazem, necessariamente, o que gostariam, mas o que é imposto pelas rotinas e regras da Casa. O discurso dessa profissional deixa implícito o poder disciplinador das normas e condutas estabelecidas institucionalmente. O simples desejo de as idosas ficarem na cama, por exemplo, só seria concretizado diante de justificativas, tais como motivo de saúde. Caso contrário, elas deveriam ocupar os espaços determinados.

Durante o período de observação na ILPI, vivenciei um dia em que caiu uma tempestade e o tempo escureceu. Com isso, as idosas quiseram ir para seus quartos, mas as cuidadoras se negavam a todo o momento, dizendo que não

era hora de se deitarem. Nesse contexto de chuva e tentativa de manutenção da rotina das idosas, uma das moradoras que queria se deitar, foi ao quarto e vestiu sua camisola. Mesmo assim, seu desejo não foi respeitado sem contestação das cuidadoras, até que ela, após ficar andando de camisola pelos corredores, esbravejou com veemência e foi deitar-se. Nesse contexto de não poder deitar-se quando desejado por motivos de rotina institucional (Diário de Campo, 2018).

O controle dos espaços era feito pela ILPI ao dividir as idosas pelos quartos da Casa em diferentes áreas. Em uma ala mais distante, que tinha as escadas que limitavam o acesso, moravam as independentes em quartos individuais; os quartos do primeiro corredor da Casa, próximo ao ambulatório, era de algumas idosas com idade avançada e outras que demandavam maior atenção da equipe de cuidado. Na parte inferior, próximo ao jardim e ao refeitório, ficavam algumas idosas de relacionamento difícil, o que as mantinham longe, de certa forma. Em uma ala mais distante, ficavam algumas cadeirantes não lúcidas, uma depressiva e outra acamada consciente.

Algumas idosas ficavam em quartos conjugados e o que determinava essa junção era a capacidade cognitiva e o estado biológico, físico e de relacionamento de cada uma das idosas. Normalmente, as independentes dormiam em quartos individuais enquanto as cadeirantes e as dependentes dividiam os quartos. Sobre a divisão do espaço, Foucault (1987) usa a descrição de um hospital que funcionava como um filtro que afixava os indivíduos, para possibilitar a vigilância de doenças e evitar possíveis contágios. Fazia-se uma distribuição e uma divisão rigorosa do ambiente e pouco a pouco o espaço se articulava para individualizar os corpos, as doenças, os sintomas, as vidas e as mortes.

Durante o período de coleta de dados, câmeras estavam sendo instaladas em toda a Casa, sob o pretexto de melhorar a segurança e evitar eventuais fugas das idosas. Contudo, é importante salientar que essa nova aquisição tecnológica permite a vigilância do ambiente, o controle dos espaços e a condição de ver sem ser visto. Essa ideia remete a Foucault (1987) e sua definição de panóptico, em que a consciência da visibilidade constante é induzida no indivíduo encarcerado, mantendo o funcionamento automático do poder disciplinar. Esse tipo de vigilância incorpora a ideia dos efeitos do poder apenas pela sensação de ser observado. Acredito que as idosas não tivessem a dimensão de estarem sendo observadas por tempo ininterrupto e que, a partir das câmeras, suas condutas e seus comportamentos poderiam ser acompanhados a cada instante.

Por outro lado, as profissionais envolvidas no cuidado, diante da constante possibilidade de observação de suas condutas, deveriam manter a qualidade do cuidado prestado, o que pode ser compreendido como a indução dos efeitos do poder disciplinar.

Entretanto, o discurso era reforçado, frequentemente, quanto à instalação por motivos de segurança e prevenção de fugas, para que as pessoas que ali moravam e trabalhavam não se sentissem expostas e para que houvesse uma aceitação de todos em relação a esses novos mecanismos de vigilância, com a conseqüente docilização dos indivíduos.

Também foi possível observar o olhar atento das idosas independentes em relação ao cuidado prestado pelas cuidadoras e pela equipe de enfermagem às idosas dependentes. O olhar dessas idosas funciona como um instrumento de vigilância e de controle da qualidade da assistência prestada.

Não vai pensar você que eu não compro uma briga assim de sensibiliza com (...) Não é uma briga em si, mas a gente vê, às vezes (...) No dia que eu presenciei a (...) Cuidadora um pouco rígida assim, áspera com uma idosa. Eu não me senti bem. Cê sabe que de vez em quando tem esses casos, não adianta que todo mundo sabe que tem né?! (I6)

Esse discurso carrega certo tom de denúncia a uma atitude profissional que a idosa considera inadequada, embora reconheça fazer parte da realidade vivida. Assim, percebe-se que qualquer uma das idosas, principalmente as lúcidas e as independentes, podem deter o poder por meio da vigilância, exprimindo suas opiniões e até mesmo assumindo postura de luta por um cuidado mais digno. Por serem independentes e cientes dos acontecimentos, fiscalizam e vigiam o trabalho das cuidadoras. Assim, a vigilância hierárquica faz com que o poder disciplinar se apresente de forma múltipla, automática e anônima. Isso acontece pelo estabelecimento de um fluxo de poder que sustenta um conjunto de fiscalizações e essa rede de relações percorre de alto a baixo, de baixo a cima e lateralmente, fazendo o poder funcionar como uma máquina (FOUCAULT, 1987; VELLOSO, 2011).

A sanção normalizadora é a segunda técnica disciplinar, que funciona por meio de um mecanismo penal, que cria seu próprio sistema de dominação, estabelecendo regras, normas e procedimentos (FOUCAULT, 1987; VELLOSO, 2011). Essa técnica serve para avaliar “tudo o que está inadequado à regra, tudo que se afasta dela, os desvios” (FOUCAULT, 1987, p. 203). Aqueles que não aderem ao regime estabelecido são julgados pelo sistema e sujeitos a sanções disciplinares. Isso pode ser observado no discurso de uma idosa que tem comportamentos diferentes daqueles considerados ideais para as demais idosas da ILPI.

Tomar uma cervejinha, sabe?! Que eu gosto muito. (Risos) (I1)

Eu sou a caçula e a que fiquei solteira. Não quis casar mesmo. Namorei demaaaais! (I1)

Foi possível observar que, de forma discreta e silenciosa, essa idosa é penalizada pelas demais, sendo excluída de atividades e convívios cotidianos, devido ao preconceito das companheiras por seu estilo de vida. A idosa sofre sanções das outras idosas, por ser irreverente, independente e autônoma. De forma geral, as instituições não percebem os idosos como aptos a administrar suas atividades diárias por eles mesmos, terem família e vida privada, ou viverem uma vida social e ativa fora da instituição (MOSER, 2005).

Ademais, a ILPI está vinculada a uma Fundação religiosa, tendo o nome de uma santa e abrigando uma capela, onde são celebradas missas semanais, o que reforça o tipo de comportamento desejável para suas internas. De acordo com Scortegagna, Pichler e Fácio (2018), a religião liga o homem ao sobrenatural e garante a salvação, utilizando um conjunto de técnicas, dogmas e ritos estabelecidos por instituições. Assim, a religiosidade é uma estratégia utilizada com frequência pelos idosos como reduto de segurança para situações estressantes na vida, como os problemas com a família, as doenças, a finitude da vida e a institucionalização.

Por esse motivo, o comportamento demonstrado nos discursos II desvia-se do padrão e as sanções vêm das próprias idosas que ali vivem, em momentos de exclusão e segregação, fazendo com que ela se sinta diferente das demais. Dessa forma, os aparelhos disciplinares categorizam os bons e os maus indivíduos, marcam os desvios, hierarquizam as qualidades, as competências e as aptidões, além de castigar e recompensar, penalizando para controlar, hierarquizar, homogeneizar, excluir e, por fim, normalizar (FOUCAULT, 1987).

Os padrões de normalidade permitem que os indivíduos se afilem a um corpo social homogêneo, mas que tem em si o papel de classificar, hierarquizar e distribuir. O poder, cada vez mais, é exercido no domínio da norma instituída, em detrimento do domínio da própria lei. A norma regula a vida dos sujeitos individual e coletivamente, podendo-se considerar nossas sociedades como sociedades de normalização, em que se cruza a norma da disciplina e a da regulação. O poder da regulamentação obriga a homogeneidade, bem como permite individualizar e medir os desvios (FOUCAULT, 1987; VELLOSO, 2011).

À época da coleta de dados, procurei os documentos que direcionavam as condutas da Casa, as informações que tivemos foram de que o regimento seria finalizado em breve. O estatuto era o mesmo da Fundação que apoiava financeiramente a Instituição, o relatório de atividades seria finalizado em alguns meses e as orientações gerais da Casa estavam sendo elaboradas pela coordenação, juntamente com a equipe de cuidado. Assim, embora a Casa não fosse uma Instituição nova e apesar de não existir, naquele momento, uma

regulamentação formal quanto às condutas, as idosas sabiam como se comportar frente aos seus desejos e vontades, de acordo com as normas e as regras implicitamente colocadas.

Isso pode ser exemplificado nos discursos das idosas e também pela obediência a um poder central que era sempre consultado antes das decisões, mostrando que, embora houvesse um rol de regras impostas no cotidiano da ILPI, a obediência às mesmas nem sempre era claramente percebida pelas residentes. Isso reafirma a premissa do poder disciplinar, que é discreto e silencioso.

Eu não gosto muito de sair, não. Mas se eu quero, eu decido que eu quero ir. “Irmã, eu tô querendo ir em tal lugar assim, assim. Eu posso?” “Pode.” E vou, entendeu? Então, assim, a gente tem liberdade, sabe? Graças a Deus! (I3)

É claro que a gente, às vezes, tem coisas que a gente tem que, é (...) Tem que falar né?! Com a coordenadora. O que você vai fazer e tal, né?! Mas, por mim, a decisão, eu sei tomar. Mas, é (...) Como eu moro aqui, então, a gente tem que, é (...) Obedecer né?! Dar satisfação. (I4)

O discurso das idosas aponta a ausência da autonomia, dependente do consentimento da coordenação. Entretanto, a regra de informar onde, como, quando e tempo era tão naturalizado e internalizado por elas, que não era visto como uma restrição à sua autonomia e liberdade. O discurso mostra, ainda, que o poder da norma e da regulamentação é exercido sobre elas, sem que elas percebam ou notem, apenas obedçam. Segundo Andrews *et al.* (2005), as instituições pautam-se na ideologia da conformidade e da obediência de suas regras institucionais.

Assim, o poder disciplinar age, de forma silenciosa e sutil, adestrando os corpos para que eles se tornem dóceis. Para Faleiros e Morano (2009), as instituições são compostas de relações hierarquizadas de poder, em que os residentes não escolhem as normas, mas têm restrições em sua autonomia. O institucional sobrepõe-se à vida dos institucionalizados, a organização tem uma influência dominante sobre os valores e as práticas do grupo ali inserido, principalmente quando se trata de idosos abrigados (FALEIROS; MORANO, 2009). Assim, Foucault (1987) nos apresenta um modelo de institucionalização que vem carregado de controle, disciplina, divisão e homogeneização.

Nesse contexto, o exame é a terceira técnica do poder disciplinar e se caracteriza por uma combinação da sanção normalizadora e da vigilância hierárquica. Ele age como forma de controle por permitir qualificar, classificar e punir. Estabelece uma visibilidade sobre os indivíduos que permite diferenciá-los e sancioná-los. Nos dispositivos de disciplina, o exame é altamente ritualizado, pois manifesta a sujeição dos que são percebidos como objetos e a objetivação dos que se sujeitam. No poder disciplinar, os súditos devem ser vistos

e a iluminação que incide sobre os corpos e objetos assegura o poder que se exerce sobre eles. O ver sem ser visto e o ser visto sem cessar mantêm o indivíduo na disciplinarização. Detalhar e observar, dia após dia, o desvendar de sua vida e existência, fazem parte do ritual desse poder, o que diminui a individualidade do sujeito e torna-se um meio de controle e método de dominação. Assim, o exame está no centro dos processos que constituem o indivíduo como efeito e objeto de poder e de saber (FOUCAULT, 1987; MANN, 1999).

É interessante considerar que, no contexto da ILPI, o exame parece assumir uma inversão na ordem tradicionalmente proposta por Foucault, segundo a qual ele sucederia a vigilância hierárquica e a sanção normalizadora (FOUCAULT, 2008), passando a ser vivenciado pelas idosas já no momento em que são admitidas para morar na instituição. Nesse momento, características físicas, capacidade cognitiva e situação econômica são avaliadas pela equipe de cuidado, para determinar se as mesmas serão aceitas ou não na ILPI. Dessa forma, percebe-se que a instituição coloca em prática, primeiramente, o exame para, posteriormente, vigiar e sancionar as idosas, tornando-as dóceis e adestradas.

O poder disciplinar opera com tamanha sutileza na Instituição, pois as idosas independentes vivem em uma estrutura hierarquizada e sequer questionam ou notam que existe um poder que cerceia e limita sua autonomia. Pelo contrário, acreditam que as normas e as regras operam, apenas, sobre as idosas dependentes e elas, por serem idosas independentes, definem o horário de comer, vestir, banhar-se e sobre o ir e vir, assegurando o poder de decisão.

Aqui é muito bom, porque nós não fica presa. Aqui que eu não tô podendo sair, todos os dias, com esse problema agora que eu tô(...) Mas se eu tivesse bem, tava medindo a rua. É quando você tá independente, aqui é uma beleza! Dando satisfação. “Tô saindo, volto tal hora, tem uma liberdade aqui que é até difícil!” (I6)

Assim, quanto mais dependente de cuidados, mais sujeito às normas fica a idosa. Ou seja, o processo de envelhecimento acarreta diferentes consequências que afetam a integridade biológica, física e cognitiva da pessoa idosa e, por depender de cuidados, o indivíduo fica sujeito ao poder do outro. Além desse assujeitamento, a idosa percebe seu poder de decisão sendo controlado e limitado pelas normas e regras institucionais.

Por outro lado, a autonomia que as idosas independentes acreditam ter, como mostra o discurso I6, de uma idosa independente, não é a da ordem do fazer, pois a autonomia não se refere às ações realizadas, às ações executadas e ao caminho percorrido, mas sim, é da ordem do querer (BENEVIDES, 2012). Acrescido a isso, Mann (1999) afirma que as práticas disciplinares são formadas por indivíduos autorregulados, capazes de contribuir para o

controle do ambiente, pois a energia em se manter a ordem e o autogoverno desvia os indivíduos da revolta e da luta, ou seja, da resistência ao poder instituído. Nesse sentido, as práticas cotidianas permitem uma autonomia limitada para que as idosas independentes tenham a sensação de serem livres e, assim, dóceis aos comandos e às regras.

Em meio às restrições impostas pela ILPI e a percepção de autonomia que as idosas independentes acreditavam ter, cabe ressaltar que a liberdade e a segurança são complementares e incompatíveis, contudo indispensáveis (BAUMAN, 2005). Tais atributos dificilmente se conciliam sem atrito, entretanto, a união ideal dessas duas vertentes faz com que as sociedades alcancem o equilíbrio. Para Bauman (2005, p. 24), “a promoção da segurança sempre requer o sacrifício da liberdade, enquanto esta só pode ser ampliada à custa da segurança”. Na mesma perspectiva, Foucault (2005) afirma que aquele que tem liberdade acaba cedendo-a para garantir sua vida, segurança, propriedade e bens.

A disciplinarização é vista constantemente na realidade da ILPI em estudo. Os banhos começam às 6 horas da manhã, sob a justificativa de as idosas estarem prontas às 07h30min para o café da manhã. Ao caminhar pela Casa, as mesmas idosas se encontram nos mesmos ambientes. As idosas que têm algum grau de dependência e dormem na parte superior da Casa assistem à televisão da sala do andar de cima; as que dormem nos quartos da parte inferior ficam próximas à capela, sentadas em frente a um jardim, ou em um terraço tomando sol ou, ainda, reunidas em outra sala de televisão. Nesta sala de televisão, fica a maior parte das cadeirantes, enfileiradas, como se estivessem em sala de aula. Pode-se perceber que a atividade de assistir televisão é repetitiva e corriqueira na Casa, como mostra o discurso da profissional:

Se você colocar sentadinha vendo um programa, aí ela vai ficar. Não sei quando começar a incomodar, ou seja, uma coisa que não era do hábito mesmo ou que ela não tá gostando. Ela vai sinalizar e a gente vai retirar daquele ambiente. Mas a maioria segue a rotina institucional sem reclamar, sem ponderar, porque tá acostumada a ser dessa forma. Porque não tem esse poder de decisão, ou já tem algum grau de demência que não vai (...) Fazer diferença aquilo na vida delas, não vai saber decidir sobre o que ela quer naquele momento. (P4)

É evidente que o discurso da profissional carrega o peso da rotina institucional, pois os diferentes dias em que andava pela Casa, observava essa rotina. A rotina da televisão acontecia de manhã, no momento da missa televisionada, e à tarde, no programa “Sessão da Tarde”. A impressão que se tinha ao observá-las, é que poucas acompanhavam, de fato, o que a televisão transmitia. Algumas olhavam para as colegas e outras para o lado de fora da Casa.

No período da coleta de dados, os atores que atuavam na Casa – alunos de diferentes cursos e de diferentes faculdades, programas da PBH como “Vida Ativa” (projeto que promove atividades físicas, de lazer e de socialização à população com idade superior a 50 anos), os meninos da Paróquia que festejam a aniversariante do mês – estavam de férias e, por isso, as idosas ficavam mais quietas e inertes. Mesmo assim, me perguntei se em outros momentos que estive na ILPI, a equipe promovia alguma atividade de lazer e minha conclusão foi negativa, com a exceção do “Chá e Prosa”, que acontecia quatro vezes ao ano. Assim, os profissionais que trabalham na Casa realizam as atividades diárias e rotineiras, uniformizando o cotidiano das idosas, sem que se promovam atividades de lazer, convivência e interação.

Nesse sentido, a vida cotidiana dentro de uma ILPI é homogeneizada, não só pelo lugar corriqueiro, mas pela repetitividade das atividades cotidianas e coletivas, como comer, dormir, fazer fisioterapia, ter lazer, em que os horários são regulamentados, as rotinas são preestabelecidas e as normas seguidas e, assim, se padroniza o modo de vida (FALEIROS; MORANO, 2009). Segundo Foucault (1987), homogeneizar diminui o custo econômico e político, à medida que aumenta a eficácia e multiplica seus circuitos. As ILPI executam tratamentos uniformes e coletivos em consonância com o proposto pela administração, assim a impessoalidade e o tratamento em grupo reforçam o ritual das rotinas cotidianas (ANDREWS *et al.*, 2005).

A homogeneização é necessária para alcançar a conformidade do cuidado prestado às pessoas, o que se estabelece de acordo com as operações institucionais e as metas de saúde, determinadas por grupos profissionais (ANDREWS *et al.*, 2005). No momento em que as idosas se tornam homogêneas, elas demandam menos do cuidador, o que possibilita que outras atividades sejam realizadas, como a medicação, as trocas de roupas de cama, as chamadas urgentes, o banho até às 9 horas, para as idosas que não tomaram até às 07h30min, dentre outros.

Nesse processo de homogeneização das idosas, no imperativo das normas e das regras, na importância do lugar disciplinarizado e organizado, perde-se a possibilidade de criar. Não há espaço para a vontade e o querer. A autonomia fica esquecida, pois as rotinas diárias suprimem os desejos, a escolha e a liberdade.

É possível um dia, um não querer determinada comida e comer outra comida. É possível sim! Então, enquanto isso não é um problema pra gente, a gente vai fazer. Vai ser problema o dia que várias (...) Tiverem desejos diferentes. Aí, eu acho que homogeneiza mesmo, não tem jeito. Coletividade

não dá pra pensar em cada um o tempo inteiro, mas dá pra gente fazer exceções sim, tem que ter (...) (P7)

O discurso dessa profissional aponta uma flexibilidade limitada da Instituição em relação aos desejos das idosas. A autonomia é parcial, permitindo que ela aconteça até o momento em que não esbarra, fere ou ultrapassa os limites que a Casa estabeleceu. Segundo Andrews *et al.* (2005), a ILPI é um exemplo de instituição total, que pratica, cotidianamente, rituais, como a vigilância, o controle e a necessidade de desenvolver estratégias e táticas com rígidos padrões disciplinares. Esse tipo de cenário estabelece uma organização da vida diária dos seus moradores, altamente regulada e controlada, de acordo com as determinações institucionalmente definidas (ANDREWS *et al.*, 2005).

Nesse contexto, a autonomia é resguardada, no momento em que conceitos e práticas estão centrados no cuidado da pessoa. Isso significa entender as necessidades do idoso e, quando possível, deixar que ele participe na tomada de decisão em relação ao seu cuidado e ao contexto social (ANDREWS *et al.*, 2005). Entretanto, não é o que se vê no discurso de P7, pois o estabelecido pela Instituição é preponderante aos desejos das idosas. Assim, condutas que realmente aumentam a autonomia se baseiam em escolhas significativas aos indivíduos, isso envolve questionar o outro sobre questões triviais e prestar atenção em pequenos detalhes (ANDREWS *et al.*, 2005).

Para Benevides (2012), as pequenas atitudes influentes na trama microscópica agem para que o poder disciplinar predomine, pois há sempre um poder sendo exercido sobre o sujeito. E, assim, os padrões e as normas se estruturam para minar e ferir a autonomia dos idosos, que perdem seu poder de escolha e vivem na homogeneização. O idoso tem sua vida determinada pela instituição que monopoliza parte do seu tempo e interesse, por não ter a possibilidade de exercer seus atos segundo a própria vontade e desejo, o que é expresso pela fala de profissionais da Casa:

Escolher eu não sei, porque uma vez que tá numa instituição, por mais que tenha sido é, é (...) Vamos falar o banho. Tem idosa que gosta de toma banho quatro horas da manhã, cinco horas da manhã, mas tem idosa, que quer tomar o banho mais ao longo do dia. Se ela for independente, não tem problema, mas se ela depender das cuidadoras, ela vai ter até nove horas pra tomar o banho. (P12)

Então infelizmente, né?! Em todo grupo social tem que ter as normas e limites. Então aí, nós não podemos dar esse pleno direito de escolha, né?! Então, algumas têm toda independência que quiser, não prendemos, nem nada; mas outras não têm. Então, é a minoria que tem sua independência e autonomia. (P11)

O discurso P11 aponta que a instituição não prende as idosas no sentido físico, entretanto, em frente às inúmeras normas e rotinas que ela estabelece, faz com que as idosas tenham vontades e desejos restringidos. Os discursos reafirmam também que a autonomia só é permitida àquelas que têm independência. As demais estão restritas às rotinas e às regras, pois para manter o grupo homogêneo, coeso e docilizado, é preciso que eles sejam constantemente vigiados e sancionados, é preciso que eles sejam adestrados. Segundo Andrews *et al.* (2005), a maioria dos residentes em ILPI não está autorizada a tomar banho, comer, assistir televisão e dormir quando gostariam. Normalmente, as atividades diárias são controladas pela Instituição por meio do corpo de trabalhadores, como a equipe de enfermagem, o que não permite que seus residentes tenham voz. Esse ritual impede as várias formas de liberdade, entretanto, essas fogem ao escopo predeterminado pela ordem institucional (ANDREWS *et al.*, 2005).

Assim, instituições que têm por objetivo cuidar de pessoas incapazes de cuidar de si mesmas, são lugares em que há, claramente, um risco de os cuidadores desenvolverem atitudes de custódia/poder em relação aos moradores (ANDREWS *et al.*, 2005). Para Foucault (1987, p. 265), nas instituições, as pessoas perdem a liberdade e o tempo e, na sucessão dos dias e anos, se regula o tempo da vigília e do sono, da atividade e do repouso, do número e da duração das refeições, o tempo de oração e até do pensamento, “se apodera do homem inteiro, de todas as faculdades físicas e morais que estão nele e do tempo em que ele mesmo está”.

As normas e as rotinas são determinadas também em outras instituições, o horário de alimentar, de se recolher, de banhar, não se pode escolher seus próprios tempos (STRUHKAMP, 2005). Os horários são rigidamente estabelecidos na ILPI em estudo, as idosas devem estar prontas às 7h30min para o café da manhã, assim, os banhos iniciam às 6 horas e duram até às 9 horas, caso falte algum banho antes do café da manhã. Assistir televisão das 8 horas às 10 horas, o almoço é servido às 11 horas, à tarde assiste-se televisão de novo e, por fim, o jantar é servido às 17 horas. O dia acaba às 18 horas, quando as idosas, principalmente, as dependentes e as cadeirantes, são colocadas em suas camas para dormir até o dia seguinte. As medicações são seguidas de acordo com o horário de cada idosa e entregues nos quartos ou ambientes comuns. Como pode ser observado no discurso de uma idosa independente:

Bom, aqui tem horário pra tudo marcado! Tudo! (I2)

O discurso dessa idosa reafirma o controle que a Casa exerce sobre os seus residentes. Em relação a isso, Foucault (1987) afirma que o controle dos tempos, dos espaços

e dos movimentos tem por objetivo adestrar e docilizar os corpos, pois, assim, o corpo se torna manipulável e analisável. Para Struhkamp (2005), é importante compreender como se estruturam e organizam as atividades de cuidado no cotidiano para, assim, viabilizar ou limitar as escolhas individuais que surgem. O que se vê nesses ambientes de ILPI é a preocupação com o cenário organizacional de cuidados de forma prática e pouca discussão do ponto de vista moral (STRUHKAMP, 2005), o que leva aos processos de docilização das idosas e faz com que elas se assujeitem ao poder do outro nas práticas de cuidado.

Ao conversar com uma profissional da ILPI percebe-se em seu discurso a recorrência do termo rotina. Segundo ela, as idosas precisam de uma rotina bem estabelecida para que elas consigam se orientar, afirma ainda, que qualquer mudança nesse costume impacta no cotidiano das idosas, fazendo com que elas sofram e fiquem confusas (Diário de Campo, 2018).

O discurso de bem-estar das idosas é utilizado para justificar o controle de suas atividades cotidianas, comprometendo, assim, sua autonomia e impondo uma rotina que cerceia a escolha e a vontade, em prol de uma organização e uma disciplinarização do ambiente. O discurso é um dos primeiros efeitos do poder e o indivíduo não é o outro do poder, mas sim seu centro de transmissão (FOUCAULT, 1979). Dessa forma, a posição do sujeito é essencialmente caracterizada por seu lugar no mundo simbólico, ou seja, no mundo do discurso e nada é neutro, pois todos os discursos estão ligados à vontade de se ter o poder (MANN, 1999).

Para Foucault (1979), em nossas sociedades a verdade está centrada no discurso científico e nas instituições que o produzem. Ela também está submetida à questão econômica e política, se difunde e é consumida em aparelhos de ampla extensão no corpo social. Além disso, a verdade é produzida e transmitida por grandes aparelhos políticos ou econômicos, que a controlam não exclusivamente, mas de forma dominante. Por fim, a verdade é objeto de confronto social e debate político.

Os discursos de poder emergem nas falas de vários entrevistados. Entretanto, é mais presente no discurso dos profissionais do que no discurso dos idosos. Talvez pela posição de conhecimento que a profissão exige ou pela perda da capacidade cognitiva que acompanha as idosas ou, ainda, por dividirem um ambiente comum que precisa de regras delineadas pelos profissionais. Furlin (2013) nos lembra de que a constituição do sujeito é um resultado das relações de poder e no interior dos processos de interação social, a linguagem é central. Diante dessas possibilidades, o discurso empodera uns, enquanto assujeita outros.

Elas não têm autonomia nenhuma. Elas são totalmente, assim, desprovidas de, de conhecimentos e são leigas. Muitas são analfabetas, outras são é...

Tem uma, uma deficiência mental, já tem uma parte do intelectual delas tão bem comprometidas. Elas não têm gerência. Não sabe, não dão conta de gerenciar a parte financeira, não tem controle sobre isso, não conhecem mais valor de dinheiro, não conhece mais ruas. (P8)

Nesse discurso, pode-se perceber que a cuidadora não reconhece a autonomia das idosas, devido ao fato de as mesmas não terem mais gerência e conhecimento, uma vez que conhecimento é poder. Segundo Foucault (1987), o poder produz saber e o binômio poder e saber está diretamente relacionado, assim, não há relação de poder sem a constituição paralela de um campo de saber, nem saber que não constitua relações de poder.

Associado a isso, as relações de poder que permeiam as práticas de cuidado e as práticas relacionais entre as pessoas cuidadas e os cuidadores fazem emergir a reflexão quanto à anuência do poder. Foucault (1995) ressalta que o poder não é da ordem do consentimento, não é uma renúncia ou transferência de direito de uns para outros. Entretanto, nada impede que o consentimento possa ser uma condição para a existência e a manutenção da relação de poder. Assim, a relação de poder pode ser advinda de um consentimento anterior ou permanente, contudo em sua origem, ela não é a manifestação de um consenso (FOUCAULT, 1995).

O discurso de P8 mostra, ainda, a negação do conhecimento de vida que as idosas acumularam com o passar dos anos, bem como nega o princípio da circularidade do poder. Assim, Foucault (1979) lembra que o poder não é um fenômeno de dominação maciço e homogêneo, ou seja, praticado por apenas um grupo social ou de alguns indivíduos sobre os outros. O poder não pode ser dividido entre aqueles que o detém e os que estão submetidos a ele. O poder circula, funciona em cadeia, não está localizado em determinado ponto, não pertence a alguns, nem pode ser apropriado como um bem ou riqueza. Ele funciona como uma rede. Na trama do poder, os indivíduos estão sempre em posição de exercê-lo e de sofrer sua ação. Nunca são alvos inertes, ou seja, todos são centros de transmissão do poder (FOUCAULT, 1979).

Dessa forma, todos são passíveis de exercer o poder e resistir a ele. Apesar de, em nossa sociedade, a sabedoria do idoso não ser reconhecida como fonte de poder, em outras sociedades, como as orientais, eles são respeitados, acolhidos e repletos de poder devido à sua sabedoria de vida. Segundo Saquetto *et al.* (2013), a valorização da autonomia do idoso abrange aspectos culturais, pois nas culturas indígenas, e nas não ocidentais, respeitam-se os anciãos pela inteligência, experiência e sabedoria.

Além disso, de acordo com Foucault (2005), há uma necessidade em desqualificar os saberes do sujeito de experiência, em prol de saberes científicos. Assim, limitar o idoso a

um corpo inerte e sem vida, rejeitando sua vivência e sabedoria, é negar sua história de vida, pois segundo Foucault (1979, p.7):

É preciso se livrar do sujeito constituinte, livrar-se do próprio sujeito, isto é, chegar a uma análise que possa dar conta da constituição do sujeito na trama histórica. E isto que eu chamaria de genealogia, isto é, uma forma de história que dê conta da constituição dos saberes, dos discursos, dos domínios de objeto, etc., sem ter que se referir a um sujeito, seja ele transcendente com relação ao campo de acontecimentos, seja perseguindo sua identidade vazia ao longo da história.

Associado ao fato de as internas serem idosas e estarem em constante processo de sujeição por dependerem de cuidado cotidianamente, na ILPI do presente estudo encontra-se um número expressivo de mulheres que, ao longo de suas vidas, exerceram a atividade de empregada doméstica. Essa realidade permeia a sociedade brasileira e leva a traços de submissão e sujeição, por ser um grupo social desprovido de elevado nível de formação acadêmica, de condição econômica, de moradia, dentre outros. Segundo Bajotto e Goldim (2011), as mulheres possuem a vantagem da longevidade, mas carregam o fardo de serem vítimas frequentes de violência doméstica, de discriminação de salário, educação, trabalho, assistência à saúde, seguro social e poder político. Assim, esse grupos vulneráveis têm menos alternativas para escolher na vida, o que contribui de maneira significativa para não desenvolverem amplamente sua autonomia (OLIVEIRA; BARBAS, 2013).

Muitas das idosas que moram na Instituição trabalharam em casas de família ao longo de suas vidas e vieram do interior do estado de Minas Gerais ou de Belo Horizonte e outras foram convidadas a morar na Casa. Ao conversar com uma idosa no pátio da Casa, ela relatou algumas vivências sobre o seu passado como empregada doméstica e da sua relação com os patrões. Durante as entrevistas essa questão não emergiu de forma significativa, mas pode ser observada, com frequência, no comportamento de subserviência das idosas, como relatado nesse discurso:

A gente tenta estimular né?! É a participação delas. A ouvir a opinião, estimular elas dizerem a opinião. Muitas aqui, pela sua história de vida, estão acostumadas só a receber ordens, porque muitas aqui são empregadas domésticas, né?! É, então, elas têm um pouco de dificuldade, às vezes, de trazer demanda. Até elas acham “ah não, eu resolvo do meu jeito”. É “não precisa incomodar”, que elas tão acostumadas a servir. E, quando elas são chamadas, a emitir opinião delas, e a, a participar das decisões, da instituição, elas estranham. (P12)

Esse discurso aponta que apesar de existir uma abertura da ILPI em ouvir das idosas o que elas pensam sobre determinado assunto, reconhece que existe uma limitação. Tal fato é associado a uma parte das idosas terem trabalhado como empregada doméstica, e isso

fazer parte da história de vida delas e constituir suas personalidades, fazendo com que participem pouco e demandem pouco da Instituição. Esse contexto nos remete a Foucault (1979), que caracteriza a genealogia como o ponto de articulação do corpo com a história. Além disso, a genealogia “deve mostrar o corpo inteiramente marcado de história e a história arruinando o corpo” (FOUCAULT, 1979, p. 15).

Por outro lado, elas vivem em um ambiente regido por horários inflexíveis, rotinas estabelecidas e regras impostas, o que impossibilita ou reforça sua pouca participação e restrição em expressar vontades e desejos. Além disso, elas dependem dos cuidadores, da estrutura para morar, pois muitas não têm lar, da ajuda financeira e da comida que é oferecida e, por isso, não querem se contrapor, sair da norma e tornar-se um desvio. Assim, preferem abrir mão de sua autonomia, escolhas e opiniões. Dessa forma, as instituições são estruturas de poder, bem como de relações sociais, o que implica em saber, poder, interações, espaços de circulação, encontros e trocas, é espaço político de poder que se expressa cotidianamente na burocracia e no trabalho técnico e profissional (FALEIROS; MORANO, 2009).

O trabalho técnico foi observado em alguns momentos como de zelo e carinho das cuidadoras em relação às idosas. Quando a cuidadora se aproxima de uma idosa cadeirante, não lúcida, sussurra em seu ouvido e lhe dá um beijo no rosto e a mesma lhe corresponde com um belo sorriso. Ou, no momento em que uma cuidadora passeia um longo tempo pela Casa com uma idosa que a chama de filha. Entretanto, participei de momentos em que uma cuidadora segura com mais firmeza no braço de uma idosa sentada no sofá e, em resposta, a idosa reclama e chama sua atenção. Em outro momento, uma idosa reclama que sua banana estava muito madura e a cuidadora responde, com certa segurança, que estavam todos daquela forma e troca a fruta por outra quase verde.

Cenas como essas podem ser vistas rotineiramente. Algumas profissionais cuidam com amor, atenção e esmero explícitos, enquanto outras são menos sensíveis às necessidades e demandas das idosas, prestando o cuidado, por vezes, de forma mais impessoal. Segundo a RDC nº 283/2005, as ILPI devem “desenvolver atividades e rotinas para prevenir e coibir qualquer tipo de violência e discriminação contra pessoas nela residentes” (BRASIL, 2005, p.3). Assim, percebe-se que o poder pode se tornar capilar, sendo exercido localmente, ele se prolonga e penetra em instituições, materializa-se em técnicas e em instrumentos de intervenção material, por vezes violento (FOUCAULT, 1979). O discurso de uma profissional descreve uma cena vivenciada por ela no momento do banho de uma idosa e ao uso da força na realização da atividade.

Que na casa tinha isso assim. Ah! Vamo pegar! Hoje é dia de pegar fulano pra dar banho. Aí eu lembro que as meninas chegaram pra mim e falaram assim: “A gente pode proceder como a gente procedia?” Eu: “No que?” “Pegar a fulana pra dar banho.” “Uai, tcho ver como é que é isso?” Eu não esqueço dessa cena (...) Aí pegava a moradora, ela tomando banho, aí vinha duas cuidadoras, uma técnica e uma cuidadora, tipo abria a porta, trancava e já começava aquela cena de guerra ali dentro né?! Eu só ouvia ahhh (imita gritos e berros). E eu: “Que isso?” Olha o detalhe, essa moradora tem um esquecimento muito grande, ela ficou o dia inteiro atrás de mim. Cê que mandou né?! Dia inteiro! Então isso, que foi traumatizante pra ela, ela não esqueceu, ela ficou com aquilo na memória, o dia inteiro e durante dias. Aí, a gente começa a pensar em outras saídas, nunca mais pegamos ela a força. Nunca mais! Tem pelo mens uns 8 meses que isso não acontece. (P7)

O discurso se apresenta marcado por trauma, violência e rigidez. Rigidez nas normas, violência no trato e trauma pela experiência vivida. As formas de coerção e sanção são tão frequentes que se tornam algo naturalizado. Forçar uma idosa a tomar banho parece fazer parte da rotina da Casa, bem como o respeito ao corpo do outro deixa de existir frente à necessidade de limpeza e higiene. Fere não apenas o corpo frente ao uso da força, mas viola e escancara a nudez e o pudor daquele que vive a situação.

Tal comportamento apresenta um retrocesso em qualquer tipo de argumentação e à falência de uma sociedade disciplinar estruturada, pois, segundo Foucault (1987), o uso da força física como punição do corpo havia se extinguido desde o século XIX, pois, agora, a punição era da alma, atingindo o coração, o intelecto, a vontade e as disposições. Deste modo, as relações são permeadas por poder, poder que se inicia desde os processos de sujeição, por meio de processos ininterruptos e contínuos que sujeitam os corpos e regem seus comportamentos. Poder de uns sobre os outros, constituídos de forma progressiva, na multiplicidade dos corpos, das forças, das matérias e dos desejos (FOUCAULT, 1979).

Entretanto, para todo exercício do poder, existe, em contrapartida, o custo a ser pago por ele. Na realidade das ILPI assistimos momentos que evidenciavam esse custo, como a resistência e a desobediência frente ao imposto. Segundo Faleiros e Morano (2009), o espaço institucional, por suas inúmeras regras, rotinas, relações hierarquizadas e restrição da autonomia, provoca expressões como a resistência, a insatisfação, a discordância e a invenção de espaços próprios e imaginários. Os moradores fazem um movimento contraditório ao socialmente determinado, negando essas relações de poder, por não participarem na elaboração de regulamentos e normas, o que os coloca em uma relação que, em alguns aspectos, se assemelha à de dominação (FALEIROS; MORANO, 2009).

Assim, as formas de resistência aparecem na forma de tristeza, raiva, gritos e desejo de fugir. Uma das histórias que se ouve pelos corredores da ILPI é a de uma idosa com

déficit cognitivo que fugiu, atravessando avenidas e locais de intenso fluxo de veículos, e foi encontrada em frente a um hospital público da cidade. Bem como, outras que gritam pelos corredores, outras que falam sozinhas, e outras que beiram o portão, o tempo todo, à procura de um deslize, que lhes permita passar pelo portão aberto que as leve para longe.

É, porque que nem a XX. Tem hora que a gente chega perto da XX e ela é muito assim, ela gosta muito de ficar ali na beirada do portão. Aí você vai na paciência “XX vão bora!” E ela: “Não!” Aí tem hora que, ou vai num arrancão mesmo “Vão bora!” Ou se não, você tem que chegar e falar bravo mesmo “XX vão sair daí!” Porque se não, ela não vem. Entendeu?! (P2)

O discurso mostra uma forma de resistência da idosa às normas institucionais, que não é compreendida pela cuidadora como tal. O desejo de fugir ou de ver as pessoas passeando nas ruas ou, ainda, a vontade de ver vida lá fora, faz com que ela fique próxima ao portão. Isso mostra que ainda há vida para ser vivida, há desejo e vontade, uma força que pulsa e instiga a viver, mesmo diante do poder ao qual a idosa está sujeita.

Assim, é importante lembrar que o poder não é sempre anônimo e vencedor, mas que “onde existe poder, existe resistência” (FOUCAULT, 1979, p. 136). Para que haja resistência, é preciso que ela seja, assim como o poder, inventiva, móvel e produtiva, que ela seja capilar e se distribua estrategicamente. Não somos aprisionados pelo poder, pois temos a possibilidade de modificar sua dominação, segundo uma estratégia e em condições determinadas, portanto, é possível escapar das malhas da rede e resistir (FOUCAULT, 1979).

Nesse contexto, o sujeito encontra suas possibilidades de subjetivação e constrói estratégias de resistência ou subversão às ordens sociais que o limitam, que são representadas por atos de liberdade (FURLIN, 2013). Os atos de liberdade nada mais são que a autonomia, que pode ser vista na ILPI no momento em que algumas idosas tomam as rédeas de si e se tornam líderes.

Apareceram em diferentes entrevistas, de idosas e profissionais, alguns nomes recorrentes, fazendo referência à liderança de determinadas idosas, no contexto da Casa. Dentre elas, destacava-se a que gostava de fugir; a que era cega e falava verdades; a cadeirante não lúcida que não se comunicava e que tinha déficit cognitivo, mas a todo o momento expressava sua opinião; e, por vezes, uma moradora que recebia visita familiar diariamente. Algumas dessas idosas tornaram-se referência pelo comportamento autônomo e irreverente de ser e diante de uma cegueira, déficit cognitivo, idade ou limitação física expressavam sua vontade, desejo e insatisfação. Outras idosas eram autônomas, pois tinham a disposição para resolver os problemas e as demandas de outras idosas, como as questões

bancárias, levar na igreja próxima à Casa, passear na rua e ir ao Centro de Saúde buscar medicação.

Dessa forma, a institucionalização é um processo desafiador e árduo para o idoso que sai de sua casa para se adaptar a uma realidade nova e diferente, onde é forçado a se relacionar com pessoas que não conhece ou pelas quais sente empatia. Vive relações de poder, que beiram a dominação; tem que se sujeitar a ser cuidado pelo outro, muitas vezes se tornando mais dependente do que era antes da institucionalização; tem sua vida vigiada e violada; o que compromete sua dignidade, autonomia e sonhos.

Por esses motivos e muitos outros, é de grande valia esgotar todas as possibilidades disponíveis na saúde e na assistência social presentes na comunidade para que essa seja a última alternativa do idoso (BJORNSDOTTIR; CECI; PURKIS, 2014). Araújo, Souza e Faro (2010) corroboram que a institucionalização deve ser a última opção dentre os serviços sociais ofertados. Entretanto, em algumas situações, a institucionalização é necessária para um melhor cuidado a ser dispensado ao idoso.

Segundo Bjornsdottir, Ceci e Purkis (2014), o domicílio é considerado o melhor local para o cuidado do idoso, pois, em sua residência, ele consegue escolher como viver sua vida, juntamente com familiares e amigos. Para essas autoras, 70% dos cidadãos, com idade superior a 80 anos, conseguem manter a saúde se receberem um suporte de serviços de saúde apropriado, continuando a viver em suas casas e a participar de suas vidas cotidianas.

Dessa forma, manter a independência e a autonomia do idoso, além de mantê-lo ativamente participativo na sociedade, se torna determinante para as políticas de saúde do idoso, bem como manter sua dignidade, boa saúde, bem estar, autocuidado e ter acesso aos serviços, quando necessário (BJORNSDOTTIR; CECI; PURKIS, 2014). Entretanto, o oposto é visto frequentemente na realidade brasileira e vários idosos estão sendo institucionalizados e perdendo sua capacidade de escolha. As famílias decidem como deve ser seu fim de vida e para onde eles irão e, assim, o idoso tem sua autonomia cerceada e sua possibilidade de escolha se traduz na escolha de outros.

5.2 O desenvolvimento de incapacidades como barreira à constituição da autonomia da pessoa idosa

O processo natural de envelhecer não envolve a presença de declínio funcional, entretanto, quando ele ocorre, pode ser atribuído às incapacidades que acometem os idosos. Assim, o comprometimento dos principais sistemas funcionais gera incapacidades, como a

incapacidade cognitiva, a instabilidade postural, a imobilidade, a incontinência esfincteriana, a iatrogenia, a insuficiência familiar e a incapacidade comunicativa. A presença de incapacidades se caracteriza como um dos principais fatores para a mortalidade, a hospitalização e a institucionalização de idosos (MORAES, 2012).

As incapacidades serão abordadas sob duas perspectivas, a que engloba a lucidez relacionada à cognição e a que diz respeito às limitações físicas do idoso. Assim, a lucidez define-se, segundo o dicionário *Michaelis Online* (2019), como a “qualidade ou estado de ser lúcido”, “clareza de ideias e precisão de raciocínio”, “clareza de ideias e de julgamento que ocorre durante ou depois de um período de confusão mental”, “mente sadia” e tem como antônimo a palavra “obscuridade”.

Em relação à cognição, Moraes (2012) define ser um conjunto de capacidades mentais, como a capacidade de compreensão e expressão da linguagem escrita e oral. Envolve a memória, a capacidade de planejamento, execução e monitoramento de tarefas complexas, a capacidade de executar movimentos, a percepção a estímulos táteis, auditivos e visuais e a capacidade de se localizar no espaço. Aborda, ainda, a esfera mental e a habilidade de sentir, pensar, perceber, lembrar, raciocinar, formar estruturas complexas do pensamento e produzir respostas às solicitações e aos estímulos externos (ANDRADE *et al.*, 2017). A cognição é um conjunto de capacidades que permite ao indivíduo compreender e resolver os problemas do cotidiano e é responsável pela capacidade de decidir do ser humano. A perda da cognição leva ao desmoronamento da identidade que nos define como ser pensante (MORAES, 2012), o que acarreta na incapacidade de tomar decisões e na perda da autonomia pelo idoso.

Em relação às limitações físicas, torna-se necessário estabelecer os graus de dependência e independência do idoso. Assim, a Resolução nº 283/2005 define o grau de dependência do idoso que é caracterizada como condição do indivíduo que requer o auxílio de pessoas ou equipamentos especiais para a realização das AVD. Os equipamentos de autoajuda são representados por bengala, andador, óculos, aparelho auditivo e cadeira de rodas como meios de adaptação para compensar ou potencializar habilidades funcionais (BRASIL, 2005).

A lucidez é percebida de diferentes formas na Casa, às vezes por um olhar correspondido, um grito, uma palavra, um gesto e um sorriso. Aliás, sempre que adentrava na Casa e passava nos quartos e nas salas de televisão, saudando ou me despedindo das idosas, era retribuída com um belo sorriso ou um “tchau”. Às vezes, sentava na sala de televisão e perguntava algo sobre o programa que assistiam ou entrava em algum quarto e conversava sobre determinado assunto ou mesmo nas conversas pelos corredores. De forma geral, as

residentes respondiam ou mantinham algum tipo de interação, caso uma não respondesse, outra idosa se prontificava a responder e ajudá-la.

Na ILPI foi possível observar uma classificação das idosas de acordo com o grau de dependência apresentado por elas. Caso a idosa requeresse ajuda para atividades do cotidiano, como banho, alimentação, caminhar, ou, ainda, déficit cognitivo, cegueira, ser cadeirante, as classificavam em um único grupo, o das idosas dependentes, e, conseqüentemente, não lúcidas. Por esse quadro de fragilidade, tinham o poder de decisão cerceado pela equipe e ficavam sujeitas ao poder dos que cuidavam. Por outro lado, se a idosa conseguisse ir e vir e decidir por si própria, ela era considerada uma idosa independente e tinha sua autonomia menos cerceada. Contudo, esse grupo era composto de apenas cinco ou seis idosas, dentre as 28. Assim, mais de 20 idosas residentes na Casa eram consideradas dependentes, não lúcidas e o poder de escolha não era conferido a elas.

Embora haja leis, portarias e instrumentos que definam os graus de dependência e a capacidade cognitiva dos idosos, não se observou que os mesmos fossem sistematicamente utilizados na ILPI. O que se percebia era uma categorização das idosas de forma aleatória, que não seguia parâmetros, ou seja, ela não era estabelecida formalmente, mas fazia parte do cotidiano da Casa. As profissionais, que cuidavam diretamente das idosas, estabeleciam seus próprios critérios e padrões e, com isso, cada idosa recebia um diferente tratamento referente ao profissional que prestava a assistência em dado momento. Além disso, essa classificação informal funcionava como uma forma de padronizar as idosas, o que tinha por objetivo homogeneizar, classificar e hierarquizar.

A definição das qualidades e das limitações de cada grupo definia as condutas, as demandas e o manejo, tanto em relação ao cuidado, quanto à autonomia que lhes era consentida. As idosas dependentes tinham regras e rotinas rígidas, fazendo com que seguissem as normas estabelecidas pela ILPI. Ao passo que, as independentes eram, de certa forma, menos controladas pelas normas, apesar de estarem em controle diário da ILPI, mesmo fora da Casa. Segundo Foucault (1987), há uma necessidade de qualificar os comportamentos e os desempenhos, a partir de valores opostos, utilizando uma perspectiva entre o polo positivo e o negativo, o bom e o mau.

O imperativo em qualificar as idosas fazia com que o não dito, por meio de regras e normas institucionais, se tornasse indispensável. Assim, apesar de não existir a delimitação formal dos grupos, tal fato era percebido nos discursos.

Então, eu acho que nem assim. Lúcido pra mim mesmo, que tem condição de decidir as coisas, é que nem a XX, a XX que são pessoas independentes. Que saem. Vai né?! (P2)

Essas grau I, que a gente fala, são as que andam. As que conseguem gerir totalmente sua vida. (P4)

Os discursos apontam que a lucidez é reconhecida como a capacidade que a idosa tem de andar, decidir e gerenciar a própria vida, bem como ser de grau I e não depender de ajuda para realizar as atividades diárias. A elas era permitido livre acesso aos ambientes da Casa e, até mesmo, alguns externos, apesar de estarem confinadas em um ambiente que, frequentemente, limitava a possibilidade de autonomia. Como exemplo dessa limitação, as idosas independentes tinham que comunicar previamente sobre aonde planejavam ir, se não estivessem reclusas em Casa. Por outro lado, a possibilidade que lhes era dada para decidir a própria vida, estava relacionada à independência que a idosa apresentava para realizar suas atividades. Enquanto a autonomia, em seu sentido amplo, era controlada, uma vez que a capacidade de decidir das idosas independentes se associava ao fazer, como se percebe nos discursos. Entretanto, a autonomia advém da vontade do querer com responsabilidade e consciência (BENEVIDES, 2012).

No outro polo, encontravam-se as idosas dependentes, fossem elas cadeirantes, deficientes visuais ou portadoras de demência, se elas dependessem de auxílio nas tarefas diárias eram padronizadas em um único grupo. Em relação a esse agrupamento de indivíduos, Foucault tentava compreender, desde o século XVII, o sistema de classificação cultural que internava pessoas diferentes sob uma única categoria. Assim, esses locais de segregação acolhiam pessoas de todos os sexos, lugares, idade, de qualquer qualidade, úteis ou inválidos, doentes, curáveis ou não, sob o mesmo pretexto (DREYFUS; RABINOW, 1995).

Além disso, curiosamente, qualquer demanda que as idosas apresentavam em relação às AVD, fazia com que fossem categorizadas, automaticamente, como não lúcidas. Contudo, a incapacidade em realizar determinadas atividades, não estava, necessariamente, associada ao déficit cognitivo. Entretanto, o hábito de classificar reforçava a ideia de que na ILPI existiam dois grupos. Nesse sentido, cabe salientar que classificar, hierarquizar e distribuir é utilizado pelo poder disciplinar como forma de normalizar um corpo social e a partir dessa homogeneização, que é a regra, introduz-se, imperiosamente, a medição das diferenças individuais (FOUCAULT, 1987).

A rotulação do idoso leva à determinação de suas necessidades, demandas e condições, bem como limita sua capacidade de expressar e ser autônomo, uma vez que se insere em um ambiente controlado e regulamentado. Assim, segundo Moser (2005), é

relevante considerar que a incapacidade não é característica a um indivíduo, mas algo que ele vem a se tornar. Reflete, ainda, que a questão central é como as pessoas se tornam e são feitas incapazes e, diante disso, quais as possibilidades para se articular alternativas.

Nesse sentido, a questão da dependência faz com que o idoso seja categorizado e incluído em um grupo em que os cuidados necessários são, de certa forma, semelhantes. Nesse contexto, as idosas se tornam sujeitas ao poder daqueles que cuidam, perdem sua autonomia e a individualidade. Segundo Faleiros e Morano (2009), parte-se do pressuposto que o idoso não é capaz de tomar as decisões por si ou de preservar sua capacidade autônoma e por isso não é visto como um indivíduo único. Entretanto, de acordo com Deon e Goldim (2016), a capacidade para a tomada de decisão é particular a cada pessoa, decorrente de um processo de construção individual durante toda a vida e não está relacionado, apenas, ao avanço da idade.

Além disso, a condição de dependência, seja ela motora ou de autocuidado, e a incapacidade cognitiva não impedem que a idosa tenha seus momentos de lucidez, como pode ser observado no discurso.

Às vezes, elas falam, porque mesmo as não lucidas. Às vezes, têm uns momentos de lucidez, que a resposta é congruente com a pergunta, né?!
(P12)

O discurso aponta que as idosas não lúcidas são capazes de se comunicar em determinadas situações, o que mostra ser de grande valia a tentativa, por parte dos profissionais e da ILPI como um todo, em estimular essas interações. Devido ao contexto da institucionalização e às relações de poder que permeiam esses ambientes, o saber das idosas é, por vezes, desvalorizado. Foucault (2005) classifica esse saber como um saber particular, local e incapaz de unanimidade, uma vez que ele pertence a cada indivíduo. Defende ainda, uma luta contra a individualização que tem efeitos de poder relacionados ao saber, à qualificação e à competência e luta contra os privilégios do saber e às representações mistificadoras impostas às pessoas (FOUCAULT, 1995).

Tais representações aparecem no discurso de uma profissional, referente à associação implícita que a mesma faz de algumas idosas não responderem por si e utiliza como exemplo as idosas cadeirantes.

Eu falo assim, aquelas que se respondem por si, sim. As outras, que não tem como responder, que é um hábito da gente. Igual eu falo uma questão, quem é cadeirante. A gente tem que auxiliar. (P10)

O discurso está normalizado no sentido de que quem é cadeirante depende de auxílio e não responde por si, o que restringe sua capacidade de tomada de decisão. Essa restrição se torna um hábito para as cuidadoras, que se acostumaram ao silêncio das idosas e a decidir por elas. A questão do silêncio é analisada em uma diferente perspectiva por Foucault. Para o filósofo, o silêncio do adversário não significa que o discurso científico do oponente o deixa com medo. Pelo contrário, o silêncio é uma tática e, por isso, deve-se ter em mente que o mesmo pode ser a expressão de que não “lhe metemos medo”, o que deveria conduzir nossas ações (FOUCAULT, 2005, p. 18).

O discurso de P10, como vários outros, deixa subentendida a dependência da idosa pela mesma estar em uma cadeira de rodas, o que impacta diretamente em sua autonomia e capacidade de se manter ativa e sã. Em uma das entrevistas, uma profissional comenta sobre a linha tênue entre o cuidar do outro e a manutenção da autonomia do idoso.

Hoje mesmo eu tava comentando com uma cuidadora. Questão de uma moradora que chegou aqui, ela passava da cama, é (...) Passava da cadeira pra cama, na casa dela sozinha. Hoje, a mulher não tem condições mais de sair da cadeira e ir pra cama, porque? “Vai cair!” “Vai machucar!” Aí depois, vai cair sobre mim. Então, “eu te passo pra cama, beleza?!” Eu vou passar pra cama. Só que eu achei, que ela regrediu muito depois que chegou aqui. Esse é um caso ou outro caso. Eu comentei isso com a cuidadora, hoje de manhã. Eu falei “Nossa! Ela chegou aqui, na casa dela se virava sozinha. Ela fazia comida, se queimou, porque tava fazendo comida. Tava se virando sozinha.” Hoje aqui, o pouco que ela fazia, como ela chegou numa instituição, hoje ela não consegue fazer mais. Hoje, mal ela consegue pegar numa colher, né?! (P12)

Esse discurso aponta que o cuidado prestado em uma ILPI tem a tendência de tornar o idoso mais dependente do que o decorrer dos anos, de fato, lhe impõe. Além disso, aborda a questão do estímulo da autonomia do idoso, como um processo ainda não realizado na prática pelos profissionais, apesar de suscitar algumas reflexões entre eles. Segundo Cunha *et al.* (2012), está enraizada na prática de muitos profissionais, a noção de que a autonomia do idoso está associada à dependência social e física que ele apresenta. Assim, mesmo que o idoso tenha algum grau de dependência, a autonomia pode ser vivenciada cotidianamente por ele, a partir do momento em que os profissionais levam em consideração as escolhas e oferecem liberdade de agir (CUNHA *et al.*, 2012; FLORES, 2010).

O discurso de P12 aborda também a questão de que a dependência da idosa a torna mais dependente ainda, devido ao contexto em que está inserida. De acordo com Moser (2005), o ambiente de uma ILPI inclui práticas de cuidado e estrutura física que contribuem para reafirmar a incapacidade e a dependência do idoso. O que se vê nesse contexto é a articulação e a tradução do modo normalizador de uma ideologia de bem estar social e uma

política que reforça a incapacidade. Ambas circulam e incorporam uma rede extensa de serviços e medidas públicas, além de dispositivos duráveis, como os textos jurídicos, as tecnologias, os ambientes físicos e as leis, o que as tornam ainda mais produtivas e poderosas (MOSEK, 2005).

Nesse contexto de cerceamento à liberdade do outro e de uma política que reforça a incapacidade, a RDC nº 283/2005 orienta que se devem observar os direitos e as garantias dos idosos, inclusive o respeito à liberdade de ir e vir, desde que não haja restrição do quesito saúde. Em consonância, o Estatuto do Idoso afirma que o direito à liberdade do idoso compreende a faculdade de ir, vir e estar nos logradouros públicos e espaços comunitários, ressalvados as restrições legais (BRASIL, 2003). Nota-se que toda liberdade oferecida aos idosos pelas leis vem acompanhada de uma ressalva ou restrição, confirmando a teoria de Moser quanto aos dispositivos duráveis serem uma das formas utilizadas para reforçar a normalização e limitar a autonomia da pessoa idosa.

O discurso de uma profissional aponta na direção de que se deve respeitar a opinião e a expressão das idosas, pois isso é salvaguardado em políticas públicas. Entretanto, esse direito é direcionado apenas às idosas lúcidas e não extensivo a todas as moradoras da ILPI, como prevê a política.

As que são lúcidas sim, né?! Porque é direito delas, né?! Pelo Estatuto do Idoso. A gente vê que eles têm direito, de se manifestar, de re (...) De exigir, né?! Aquilo que for bom pra elas. (P6)

O discurso da profissional confirma o ambiente segregador que a ILPI institui ao tentar delimitar o alcance da autonomia e a possibilidade de se manifestar apenas àquelas com cognitivo preservado. Pode-se perceber, pelo discurso, que a Instituição mantém suas regras e seus limites delineados para seu bom funcionamento. Para isso, reforça-se a ideologia de bem-estar que delimita, na teoria, o que é bom para as idosas, mas o que se pretende, de fato, é a manutenção da Instituição como dispositivo de poder. Instituição que se traduz em leis, políticas, regulamentos, relações de poder, normas, dentre outros.

Nota-se em outro discurso, a manutenção de uma ideologia acerca da institucionalização como um ambiente que retira do idoso a liberdade e a possibilidade de autonomia, sendo permitido apenas às idosas classificadas, pela ILPI, como conscientes.

Algumas, sim, outras, não. Têm umas que são conscientes. As que são conscientes é (...) Nada impede de tá tomando decisões. Principalmente que se a gente tira isso, de quem tem condições disso, de exercer, a gente tá tirando a própria liberdade da pessoa e isso, às vezes, eu acho que pesa muito em ILPI. (P5)

O discurso aponta que a autonomia se limita a algumas idosas e para exercê-la deve se ter o cognitivo preservado. Às demais, impõem-se regras e limites previamente estabelecidos pela Instituição. Essa ideologia nos remete a Foucault e seus pensamentos referentes às disciplinas em um ambiente hierarquizado e disciplinador. Assim, segundo o filósofo, as disciplinas têm seu próprio discurso e para isso criam, de maneira inventiva, seus aparelhos de saber e de conhecimento. O discurso que as disciplinas criam é ligado à regra, ao discurso da norma, definindo um código de normalização que abarca o campo das ciências humanas e de um saber clínico (FOUCAULT, 2005). Dessa forma, o saber da instituição desqualifica os demais saberes, instituindo discursos e práticas cotidianas que lhe é conveniente, definindo os que têm ou não autonomia.

Um dia, fui visitar uma idosa em seu quarto e depois de alguns minutos de conversa, ela queria ir ao banheiro, porém, notei que estava de fralda, o que permitia que ela urinasse. Entretanto, percebi que ela não queria urinar na fralda, pois afirmou que tinha medo de “vazar” e assim, ficar suja. Apesar de ser uma idosa com o cognitivo preservado, ela era cega, e por isso, dependia de ajuda em algumas atividades cotidianas, como ir ao banheiro. Essa idosa apresentava recorrentes episódios de infecção no trato urinário, o que me levou a refletir sobre a situação. As possíveis causas das infecções pode se dever ao fato de que a idosa não tinha autonomia para ir sozinha ao banheiro, ou, porque segurava a urina durante um tempo prolongado por receio de se sujar, o que acabava aumentando a frequência das infecções. Além disso, para facilitar o manejo, a equipe de cuidado colocava fralda, fazendo com que a idosa ficasse um tempo maior com esse dispositivo sujo, molhado e incômodo (Diário de Campo, 2018).

Segundo Andrews *et al.* (2005), o cuidado define-se de três maneiras distintas: cuidado como serviço baseado nos aspectos instrumentais, cuidado como relação focado nos aspectos relacionais e cuidado como conforto fundamentado principalmente em sentimentos físicos. Na realidade da Casa, o cuidado fundamentado no conforto seria o mais adequado, pois as fragilidades do processo de envelhecer, juntamente com a percepção dos profissionais em relação às individualidades de cada idosa, resultariam em um cuidado digno.

Na perspectiva do cuidado, Mol, Moser e Pols (2010), afirmam que o “bom cuidado” e o “mau cuidado” podem ser óbvios em alguns momentos, enquanto em outros não, pois diferentes ambientes carregam complexidades e ambivalências diversas. Por vezes, boas intenções podem ter efeitos ruins, boas práticas podem conter algum mal intrínseco, o bom cuidado pode se tornar meta para um cuidado melhor ainda e, às vezes, simplesmente, não está claro qual o tipo de cuidado é prestado (MOL; MOSER; POLS, 2010).

Para essas autoras, o cuidado se traduz em um braço dado no momento certo ou em acompanhar o outro em um chocolate quente. Na prática, o que reflete o bom cuidado

pode refletir não apenas diferentes valores em relação a ele, mas também envolve as diferentes formas de ordenar a realidade. Assim, cuidado implica na negociação sobre os diferentes “bons” que podem coexistir em uma específica e dada prática local. Sendo importante ressaltar que as práticas de cuidado devem ser seriamente atendidas para que elas não entrem em erosão. Caso contrário, estarão submetidas a regulações e regras que a alienam (MOL; MOSER; POLS, 2010).

Nessa perspectiva, é necessário olhar o cuidado de outra forma, para que ele se fundamente em práticas que permitam transformar o cuidador e o cuidado, e como potencial instrumento que liberta de uma prática pautada em regras postas, como pode ser percebido nesse discurso:

Têm relatos aqui que me surpreende! De morador que entrou aqui com controle de esfíncter, com controle urinário e que usa fralda hoje, porque a rotina não permite que ela vá ao banheiro, a hora que ela quer. Isso é sério pra mim! Entendeu?! Isso que tô te falando? Que ela é cadeirante. Então, pra ir ao banheiro ela depende de alguém. Isso é cruel docê pensar! Que cê vai começar a usar fralda, porque ocê não pode ir ao banheiro a hora que cê quer. Cruel! Quando eu cheguei, isso me matava! Mas sinceramente falando, vai ter dia que não vai ter jeito mesmo [diminui o tom de voz] Entendeu?! A rotina vai tá aquela loucura, horário de banho, tal, se ela falar “Quero ir no banheiro agora!” Não vai ter alguém pra fazer a transferência dela pra ir pro banheiro. (P7)

O discurso aponta um descontentamento com a situação vivenciada, ao mesmo tempo em que a profissional se conforma diante do cenário de escassez de recurso humano, financeiro e estrutural. Entretanto, esse discurso reforça a dependência da idosa como uma questão complexa de ser manejada pela ILPI. Além disso, reflete que a necessidade de auxílio das idosas dependentes faz com que elas não tenham autonomia, pois não foram pensadas e criadas possibilidades que as permitam realizar suas atividades de autocuidado sem a ajuda de um cuidador. De acordo com Moser (2005), isso advém do pensamento de que pessoas com algum tipo de incapacidade têm sua subjetividade e agência limitadas, enquanto tais características são inerentes àquelas sem incapacidades. Essas atribuições e distribuições de habilidade se materializam nas práticas institucionais e na estrutura física, bem como em políticas e regulações legais.

Assim, Moser (2005) conclui que a realidade é construída baseada na suposição de que existe apenas um corpo universal considerado normal e os corpos que não atendem aos padrões serão sempre problemáticos e particulares, assim como as distribuições que os desabilitam ou incapacitam, fazendo com que eles se tornem visíveis. Segundo a autora, a normalização vem como forma de reproduzir as diferenças e as assimetrias e, assim, não

consegue ser bem sucedida, pois busca desfazer essas distinções. Na mesma perspectiva, encontram-se as políticas e os serviços sociais, pois estão baseados no princípio da normalização, como se todos os corpos fossem normais.

A normalização se reforça na IPLI em estudo por meio de discursos, práticas de cuidado cotidiano, comportamentos, relações e olhares, definindo as condutas e delimitando as possibilidades de se exercer o que é próprio e particular de cada indivíduo, como mostra o discurso P14.

Mas outras, que é lúcida mesmo, têm mais autoridade, né?! De que as que tão mais acamada. (P14)

A autoridade está representada pelo poder de decisão da idosa, que se associa, diretamente, à questão da dependência. Entretanto, deve-se levar em consideração que o envelhecimento é acompanhado de um declínio cumulativo, irreversível e não patológico, que incapacita, muitas vezes, o indivíduo cognitivamente e funcionalmente. Associado a isso, a institucionalização torna o idoso mais sedentário, o que compromete sua autonomia e diminui sua capacidade cognitiva. A perda dessa capacidade influencia, diretamente, na funcionalidade do idoso, acarretando dano à sua independência e autonomia (ANDRADE *et al.*, 2017). Para Kant, o princípio da autonomia proporciona à pessoa que a exerce respeito, valor e motivação própria (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 1994).

Apesar de a maioria das idosas serem consideradas dependentes, logo não lúcidas, ao caminhar pela Casa não era o que se podia perceber. Em uma visita dos “Carinhólogos” – grupo de palhaços que visita as ILPI em Belo Horizonte com o objetivo de melhorar a qualidade de vida dos idosos – havia uma cadeirante que ria das piadas que o palhaço contava e cantava todas as marchinhas de Carnaval com ele, pois estava se aproximando a época da data festiva. Na aula ministrada pelo professor de educação física do projeto da PBH “Vida Ativa”, algumas idosas cadeirantes cantavam cantigas antigas e faziam os exercícios que o professor ensinava. Uma moradora que era praticamente cega recebia a visita de outra residente, que fazia leituras bíblicas para ela, o que suscitava em discussões sobre a leitura e a vida.

Deon e Goldim (2016) afirmam que a sociedade julga os idosos como submissos e com uma compreensão diminuída. A pessoa idosa é considerada um ser frágil, incapaz e que não conhece o que é melhor para si. Entretanto, no estudo conduzido por eles com 276 idosos institucionalizados, todos apresentaram condições plenas de tomarem decisões de acordo com o seu melhor interesse. Além disso, segundo Saquette *et al.* (2013), a diminuição ou a perda da autonomia no contexto do envelhecimento é associada, normalmente, à dependência física

ou social, o que reforça, ainda mais, a ideia estereotipada de que idosos dependentes tem a autonomia comprometida. Entretanto, tal julgamento fortalece atitudes que desconsideram a pessoa idosa como participante do processo existencial e de potencial tomador de decisões pautadas na autonomia.

A perda de autonomia é vista na Casa no momento em que não há questionamento por parte das idosas sobre questões referentes à vida delas, bem como as rotinas e as atividades são baseadas no que a Instituição determina e não no desejo das idosas. Exemplos relativos à impossibilidade de decidirem por si refletem em rotinas impostas e vontades não atendidas como o banho às 6 horas, ao desejo de comerem alguma coisa específica ou não almoçarem no horário determinado, ao programa de televisão que gostariam de assistir ou realizar atividades diferentes das habituais, entre outros. As rotinas são fixas e os horários estabelecidos e as idosas têm que se adequar ao que lhes é imposto, o que as exclui, ainda mais, da possibilidade de exercerem a autonomia.

Um dia de festa, estava na casa e observei uma cuidadora alimentando uma idosa dependente, a mesma se mantinha com os lábios cerrados enquanto a outra empurrava a colher contra sua boca. Não me contive com o acontecimento e fui perguntar a cuidadora se a idosa não gostava da comida. A informação obtida foi que aquela idosa não gostava de comer e que se não fosse daquela forma, ela não alimentaria. Respondeu-me ainda, que a idosa tinha algumas comidas de sua preferência, caso contrário, todas as refeições eram forçadas (Diário de Campo, 2018).

A autonomia das idosas dentro da ILPI era permitida em alguns momentos, enquanto em outros não. Quando se tratava das rotinas institucionais, como o horário da refeição, do banho e da medicação, não existiam liberdade de escolha. O desejo de comer determinada comida também era negado, pois havia sempre uma única opção. Muitas vezes, a falta de possibilidade fazia com que o poder de escolha das idosas fosse limitado ao que os cuidadores definiam como possível ou não a ser consentido.

Collopy (1988) afirma que mesmo a pessoa mais autônoma tem ciência dos limites de tempo e espaço, história e biologia, personalidade e sociedade, no contexto em que está inserida. Ainda assim, essas pessoas reconhecem as determinações externas, escolhendo livremente e aceitando que elas existem. Entretanto, o que se via com frequência na ILPI era um discurso que visava à disciplinarização, pautado na regra e na norma, com a finalidade de definir um código de normalização (FOUCAULT, 2005). Normalização que permite medir os desvios e, por vezes, a IPLI fugia à norma e abria exceções, como a possibilidade de ouvir as idosas e seus desejos. Entretanto, isso só acontecia quando era conveniente e não impactava no funcionamento da Instituição. Nesses momentos, era permitido às idosas escolherem

segundo suas vontades. Esse fato pode ser visto no discurso de uma profissional, quando questionada se a lucidez era o que definia a possibilidade de escolha e de tomada de decisão pelas idosas.

Não! Talvez não. Por exemplo, nem sei. Vamos supor, vamos supor a gente vai fazer uma atividade. É (...) A gente tem uma idosa que ela é (...) Que o cognitivo dela é muito baixo e cê pergunta pra ela “Cê quer participar?” Aí ela fala “Não, hoje eu não quero!” A gente sabe que ela não quer, que ela manifestou a vontade de não querer. Então, a gente não obriga ela a participar. (P3)

Esse discurso aponta uma postura diferente daquela comumente praticada pelas profissionais da ILPI, uma vez que é dada a uma idosa dependente, com déficit cognitivo, a opção de escolha. Entretanto, vale ressaltar que a possibilidade da idosa expressar sua vontade era referente a uma atividade de lazer, pois quando se tratava das rotinas institucionais, a probabilidade de resistir era pequena e as idosas não conseguiam escapar das normatizações. Sobre esse aspecto, Deon e Goldim (2016) afirmam que a rotina imposta pelas ILPI e a perda da identidade pessoal diminuem a possibilidade do idoso em exercer seu desejo.

O desejo é um componente importante para compreender como os sujeitos rompem com certos pressupostos que se impõem sobre eles e, a partir disso, constroem-se subjetivamente de forma a não corresponder com os modelos esperados (FURLIN, 2013). Esse desejo representa a resistência “que emerge de sujeitos historicamente invisibilizados, considerados subalternos ou não inteligíveis” dentro de um contexto social (FURLIN, 2013, p. 401). Assim, apesar do discurso normalizador da Casa, percebiam-se, constantemente, momentos em que as idosas, apesar da dependência física ou até mesmo cognitiva, conseguiam se expressar e resistir.

Segundo Foucault (1995), o exercício do poder age sobre a ação do outro, portanto, ele só se exerce sobre sujeitos livres. Por sujeitos livres, entendem-se sujeitos individuais ou coletivos em que a possibilidade de diferentes condutas, reações e modos de comportamento podem acontecer. Assim, poder e liberdade não se confrontam como uma relação de exclusão, mas determinam a condição de existência e o suporte permanente um do outro (FOUCAULT, 1995). Apesar de, por vezes, pensar nas idosas como indivíduos não livres, principalmente as dependentes, a resistência só era possível no momento em que elas exerciam a liberdade.

Assim, de acordo com Foucault (1995), no centro das relações de poder e como condição de sua existência, há a presença de insubmissão e liberdades. Portanto, não há relação de poder sem resistência, fuga e escapatória (FOUCAULT, 1995). Na mesma

perspectiva, para Furlin (2013), a agência é resistência ao poder que nasce nas interações sociais. Ela se apresenta como o rompimento entre o poder que forma o sujeito e aquele que o sujeito assume nos processos de constituição de sua subjetividade e na ressignificação de práticas sociais.

Nesse contexto, o comportamento incompreensível das idosas aos olhos daqueles que cuidavam, refletia a possibilidade de elas resistirem ao poder do outro. Resistirem à homogeneização da vontade, da escolha e do imposto por normas institucionais, com a instituição de pequenas lutas cotidianas. Lutas que, segundo Foucault (1995), afirmam o direito de ser diferente, enfatizam o que torna o indivíduo realmente único e que atacam o que separa o indivíduo e o que rompe sua relação com os demais. Como pode ser observado no discurso que segue:

O caso da XX. A XX, a gente tem que a (...) Ela não come sozinha. Então, a gente que dá o alimento pra ela na boca. Então ela não tem como responder, né?! Porque igual ela, ao mesmo tempo que tá, assim tranquila, ela tá agressiva, porque ela tem Alzheimer. Então, às vezes, você chama ela pra almoçar. “Eu não quero, que não sei o que.” Aquela birra toda, né?! Faz birra, faz birra, não faz birra, mais acaba indo. Com jeito, né?! Chamando. (P10)

O discurso dessa profissional aponta para diferentes reflexões, primeiramente ao fato recorrente de que ao não comer sozinha a idosa é considerada incapaz de se comunicar, enfatizando a questão da não lucidez quando se é dependente. Além disso, o discurso impõe rotinas e regras bem estabelecidas, como o horário de almoço, para que seja possível controlar as idosas. De acordo com Dreyfus e Rabinow (1995), o controle dos espaços é um artifício essencial do poder disciplinar, pois assegura uma distribuição adequada daqueles que se quer supervisionar e disciplinar, evitando possíveis desvios.

Apesar de o controle ser imperioso em um contexto de institucionalização, existe a possibilidade de comportamentos inadequados e desobedientes, como pode ser visto no discurso de P10. Tal acontecimento foi devido à imposição do horário de almoço, o que desagradou à idosa. Assim, devido à recorrente categorização das idosas dependentes como não lúcidas, provavelmente, ela não foi questionada quanto às suas vontades e desejos, embora os manifestasse de alguma forma, o que fez com que ela resistisse à atitude da cuidadora. Dessa forma, o sujeito está em constante processo de transformação segundo as normas que o regem, mas que não o determina por completo, e essa incompletude possibilita uma ruptura e o surgimento de significados, criando novas práticas e contextos (FURLIN, 2013).

Por fim, o discurso de P10 aponta a infantilização do idoso na visão do profissional que cuida, o que em nada contribui para incentivar a sua autonomia. Sobre esse tema, Junges (2004) afirma que existe uma tendência em infantilizar o idoso e tratá-lo como um ser dependente, que não sabe decidir o que é melhor para si. O autor afirma que um dos principais papéis éticos daquele que cuida é desenvolver no idoso a autonomia e a capacidade de decisão, uma vez que a consciência da autonomia da pessoa idosa cresce no momento em que ela é tratada pelos que a rodeiam como um ser autônomo.

O tratamento infantilizado do idoso é resultado de uma comparação equivocada da pessoa idosa com as crianças, o que é expresso pelo uso de palavras no diminutivo que estão relacionadas ao universo infantil. Essa conduta, por parte do profissional, acontece por perceber o idoso como um indivíduo submisso e dócil em um quadro de fragilidade e dependência. Entretanto, essa atitude contribui para a diminuição da autonomia e da independência do idoso, que não tem suas decisões respeitadas ou que não recebe informações necessárias para que exerça seu poder de escolha (CUNHA *et al.*, 2012). Um dos pressupostos para que uma pessoa consiga decidir autonomamente é ter a consciência dos prós e contras envolvidos na sua escolha.

Assim, a postura dos profissionais do cuidado acaba por infantilizar o idoso e tratá-lo como um indivíduo que ao decidir por si o faz erroneamente, como pode ser observado no discurso.

Agora, já tem umas que são lúcida aqui, que são pirracentas. Por exemplo, a higiene, não gosta de tomar banho, não gosta de trocar de roupa, num gosta de (...) Que tem mania de acumular, são acumulativas, querem acumular coisas sujas, e são lúcidas. Então, não tem nada a ver, né?! (P8)

O discurso aponta que a profissional baseia-se na lógica de que a idosa, por seu comportamento inadequado, se assemelha a uma criança, ou então deveria apresentar déficit cognitivo. Em momento algum, há uma reflexão das profissionais de que as condutas apresentadas pelas idosas referem-se a não concordância de algo imposto, ao desacordo com as regulamentações institucionais ou a simples vontade de não querer. O comportamento das idosas nada mais é que a possibilidade de resistência frente às relações de poder hierarquizantes e às normas institucionais. Assim, segundo Furlin (2013), o poder vem antes do sujeito, pois está contido nas normas e nas regras, que o produz e age sobre ele. O sujeito se opõe aos abusos do poder que cerceia e controla seus desejos e, por ser um sujeito resistente ao mesmo poder que o constitui, encontra possibilidades de ressignificar as normas, os discursos e as práticas sociais (FURLIN, 2013).

E, assim, vários discursos vão se institucionalizando no cotidiano das idosas, desconsiderando suas opiniões e padronizando seus modos de vida, fazendo com que elas se tornem homogêneas. Em contraponto aos discursos de poder, Foucault (2005) faz emergir a genealogia, que dessujeita os saberes históricos e os torna livres, capazes de se opor e lutar contra a coerção de um discurso unitário, formal e científico, representado, no contexto da Casa, por regras e rotinas institucionais. Afinal de contas, segundo o filósofo, somos condenados, classificados e obrigados a condutas, destinados a uma maneira correta de viver ou de morrer, em função de discursos que carregam consigo efeitos específicos de poder (FOUCAULT, 2005).

Diante desse cenário, penso sobre as possíveis dificuldades das idosas em se expressarem e de se manterem, muitas vezes, em silêncio. Algumas delas têm em sua história de vida o fato de terem sido empregadas domésticas, fazendo com que seguissem ordens grande parte da vida; por considerarem seus discursos inferiores e sem conhecimento, frente ao discurso autoritário e científico da ILPI, pautado no bem estar e na saúde. De um processo adquirido ao longo da vida, que se denomina sabedoria, por não precisarem debater, a qualquer momento ou assunto, ao entenderem que o silêncio pode ser o maior aliado, pela dependência de cuidado cotidiano e de moradia. Ao déficit cognitivo propriamente dito, que leva à incapacidade de argumentarem; ao não serem questionadas pela instituição em relação ao que pensam e acham sobre determinado assunto; por não pensarem em diferentes maneiras de serem conduzidas as relações entre os cuidados e os cuidadores. Por inúmeras regras e normas institucionais que operam sutilmente; pelo simples fato de a vida ser assim, como uma determinação do destino; entre outras diversas possibilidades.

Nesse contexto de incertezas, a capacidade ou não de se expressarem permeou vários discursos e, por muitas vezes, não se caracteriza como tarefa fácil. A comunicação é a capacidade de estabelecer uma relação com o meio, por troca de informações, expressão de desejos e sentimento e faz referência a uma habilidade do indivíduo (MORAES, 2012). A capacidade que o idoso tem de se comunicar, reflete que ele consegue se relacionar com o mundo a sua volta. Por outro lado, a incapacidade ou falta de vontade em se comunicar pode levar à classificação da idosa como não lúcida, como pode ser visto no discurso.

Oh (...) Ah (...) porque a gente vê né?! Que elas têm mais dificuldade né?! Uai, até no conversar mesmo, né?! Elas vão falando uma coisa e não (...) não (...) [não consegue concluir o raciocínio], como é que fala?! Não (...) não completa aquela frase. Então, eu acho que elas não têm condição de tomar decisão sozinhas. (I4)

O discurso dessa idosa considerada independente aponta que comunicar não é tão simples quanto parece, pois, ela mesma, no momento de sua fala, tem dificuldade. É importante ressaltar que a escolha dos participantes da pesquisa, principalmente em relação às idosas, foi feita com base na avaliação do MEEM. Portanto, cabe considerar que a dificuldade apresentada pela idosa, em sua fala, pode relacionar-se ao seu constrangimento frente ao gravador e à pesquisadora e/ou também frente à sua história de vida, como empregada doméstica.

Segundo Moser (2005), a falta de linguagem verbal e de memória significa dificuldade para decidir, lógica e racionalmente, bem como a dificuldade de entender os fatos, as conexões e as implicações, inviabilizam o indivíduo de ter uma opinião contundente e independente. A capacidade de se expressar é tratada como um atributo da pessoa e não como uma questão relacional e prática, implicando na ausência de competência racional. Além disso, a pessoa com incapacidade se transforma em um indivíduo fraco, dependente e restrito, o que, segundo a autora, é uma consequência produzida pela ordem do normal (MOSER, 2005).

A incapacidade de completar frases, de acordo com o discurso de I4, é fator condicionante para que as idosas não consigam decidir por si. A dificuldade em se comunicar é presente cotidianamente na IPLI, pois a fala, muitas vezes, fica suprimida por um ambiente permeado de normas institucionais. Assim, Foucault (2005) defende que os discursos vêm carregados de poder e conhecimento com a pretensão de hierarquizar e condenar os saberes locais, descontínuos e desqualificados. Esses saberes singulares e locais, saberes sem senso comum, foram deixados em repouso ou mantidos sob o poder de outros saberes (FOUCAULT, 2005).

Nesse contexto, as idosas com seus saberes subordinados evitam se expressar, o que as torna mais sujeitas às normas e menos detentoras de seu poder de decisão. É um contexto de vida e de sujeição, que faz com que elas limitem seus desejos e vontades, levando a não exteriorização de seus pensamentos. Associado a isso, há um desinteresse daqueles que cuidam em relação às necessidades e às fragilidades das idosas. As instituições, por meio de seus regulamentos e normas, põem em prática procedimentos de sujeição (FOUCAULT, 2005). Sujeição vivenciada por aqueles que a dependência permeia as atividades de cuidado cotidiano, mas também as diferentes formas de se relacionar com o outro, como aponta o discurso.

Aí tipo, por exemplo, a XX. Que não manifesta nada, não verbaliza nada. Então assim, ela não (...) Se ocê colocar ela numa atividade, tirar da

atividade, pra ela vai ser indiferente. Assim, na verdade, eu não sei, se ela sente alguma coisa ou se ela percebe alguma coisa, mas ela não manifesta nada. (P3)

Esse discurso, proferido por uma profissional que não mantém contato direto de cuidado com a idosa, é contrário ao discurso de profissionais que cuidam diretamente dela. Esse discurso aponta a idosa como incapaz de decidir por si mesma, por não manifestar, verbalmente, seu interesse por determinada atividade, ficando a cargo de o cuidador decidir por ela. Entretanto, nos discursos de outros profissionais, que a auxiliam diretamente, a mesma idosa consegue se expressar quando é perguntada, corresponde com um sorriso ao ganhar um afeto e faz “birra” por não aceitar a imposição de uma rotina.

Na ILPI, as idosas estão em constante processo de sujeição, como mostra o discurso P3, por viverem em um ambiente controlado, com relações hierarquizadas e por dependerem de auxílio nas atividades cotidianas. Entretanto, as idosas encontram formas de resistir ao imposto através de “birra”, “pirraça”, gritando e silenciando. Assim, a agência é a resistência ao poder e se constrói na interação social. Ela permite romper o elo entre o “poder que forma o sujeito e aquele que o sujeito assume nos processos de constituição de sua própria subjetividade e na ressignificação de práticas sociais” (FURLIN, 2013, p. 401).

Dessa forma, o discurso P3 faz emergir o poder que constitui a profissional, na medida em que ela desconsidera que há vida em uma idosa que apresenta uma incapacidade comunicativa ou prefere não se comunicar. Além de classificá-la, por suas limitações físicas e cognitivas, impondo uma condição de vida para a idosa, que se revela, em diferentes momentos, de outra forma. Assim, a idosa por sua condição de dependência e ciente das relações de poder em que está inserida, se reinventa e constitui-se em um sujeito que sabe se expressar e afirmar seu poder de decisão em determinadas situações.

Segundo Moser (2005), a determinação da incapacidade do outro é um processo que pode ser traçado genealogicamente e que emerge de um jogo de poder e conhecimento, por mecanismos de regulação. Dessa forma, o jogo de poder entre o cuidador e o cuidado acontece como forma de manter o poder centrado na instituição, nas normas, nos discursos, nas condutas e nas rotinas e nas regras impostas, o que faz com que o idoso mantenha sua condição de dependência por sua identidade frágil e senil. Segundo Foucault (2005), o poder torna o indivíduo sujeito em dois aspectos: sujeito a alguém pelo controle e dependência e preso à própria identidade pelo autoconhecimento e consciência. “Ambas sugerem uma forma de poder que subjuga e torna sujeito a” determinadas circunstâncias (FOUCAULT, 1995, p. 235).

As idosas se tornam sujeito não apenas por necessitarem de ajuda das profissionais nas práticas de cuidado cotidiano, mas também pelo autoconhecimento e consciência do corpo senil e das transformações decorrentes ao avanço da idade. Como mostra o discurso de uma idosa independente em relação a outras moradoras:

Que eu penso assim. Eu no meu modo de pensar. Eu acho que viver é uma coisa, agora vegetar eu acho outra coisa. Eu acho que chega o momento, que a pessoa nem tá vivendo mais, né?! Então, levar pra cá ela vai, cê da comida ela come, se cê num dê ela não come. Então, fica uma vida assim (...) Eu acho muito assim, sabe?! É triste, não é fácil não. (I3)

O discurso da idosa aponta que a velhice é um processo que, muitas vezes, não se caracteriza por um período sereno e de fácil aceitação para aquele que vive e para os que estão a sua volta. As diferentes comorbidades que atingem a pessoa idosa as fazem viver em uma realidade difícil e sofrida, que se assemelha a um estado vegetativo. Diante desse cenário, de um envelhecimento que causa a dependência e o apagamento do indivíduo como um ser de vida, algumas idosas lutam para se manterem saudáveis e ativas, seja afirmando sua possibilidade de ir e vir, seja resistindo, seja se envolvendo no cotidiano de outras idosas, como mostra o discurso de uma idosa.

Tomo caf (...) Às vezes, tomo café antes de arrumar o quarto. Tomo café, arrumo o quarto, tomo banho, e (...) Fico fazendo alguma coisa. Eu não sei ficar parada. Minha vida sempre foi muito apertada, eu não sei ficar parada. Ou eu estou lendo, ou tô fazendo palavra cruzada, ou tô fazendo um tricô, ou um ponto de cruz, ou fazendo sudoku, tentando acertar sudoku. Isso aí! (I2)

O discurso mostra a importância que é, para essa idosa, se manter ativa e em busca de novos desafios. Esse discurso é marcado pelo contexto em que ela está inserida, permeado por incapacidades, que acometem as idosas com o passar dos anos. Em relação a essa busca, Foucault (1995) as descreve como lutas contra aquilo que liga o sujeito a ele mesmo e o submete a si e são denominadas de lutas contra a sujeição e contra as formas de subjetivação e submissão. A subjetivação é o processo do qual se obtém a constituição do sujeito. As formas de subjetivação correspondem aos modos de objetivação que tornam os indivíduos sujeitos e a relação consigo mesmo, que permite ao indivíduo constituir-se como sujeito da própria existência (REVEL, 2005).

Dentre as formas de subjetivação, na realidade da ILPI em estudo, pode ser identificada uma delas, a das práticas divisoras. Essas práticas dividem o sujeito no interior dele mesmo ou em relação aos outros, para classificá-lo e fazer dele um objeto, e como exemplos têm-se o são e o louco, o doente e o saudável, o bom e o mau (REVEL, 2005).

Nesse contexto, as padronizações criam uma espécie de ordem para os corpos e as subjetividades, entretanto, dificultam, incapacitam e excluem os que não se encaixam no padrão. Esse processo cria seus próprios monstros e desvios, além de indivíduos que não conseguem escapar da norma e que não se encaixam no contexto, apesar de terem que se relacionar e viver naquele ambiente. Assim, os corpos incapacitados estão condenados a serem espetáculos, se tornarem visíveis e problemáticos, pois nunca conseguirão desaparecer devido às particularidades corporais que apresentam (MOSER, 2005).

As práticas que categorizam e dividem os corpos são vistas com frequência na ILPI em estudo. Os discursos institucionalizados permeiam as condutas em relação à classificação das idosas, fazendo com que isso impacte diretamente na vida delas e em suas possibilidades de exercerem a autonomia. Ao ser questionada sobre o poder de decisão dado às idosas, a profissional reafirma em seu discurso os reflexos dessas práticas.

Não, eu falo em relação às independentes, né?! Que as que têm a cabecinha, também melhorzinha. (P10)

O discurso aponta que só é possível decidir por si quando se é independente, pois a cabeça funciona melhor. A fala da cuidadora categoriza, infantiliza e rotula as idosas que estão em constante processo de subjetivação. Assim, Foucault (1995, p. 235) explica que o poder aplica-se à vida cotidiana que “categoriza o indivíduo, marca-o com sua própria individualidade, liga-o à sua própria identidade, impõe-lhe uma lei de verdade, que devemos reconhecer e que os outros têm que reconhecer nele”.

Associado a esse contexto, o discurso P10 menciona a existência de incapacidades que transformam a vida do idoso, decorrentes do envelhecer. O envelhecimento caracteriza-se por ser um processo dinâmico e progressivo, em que ocorrem modificações morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas. Acontece em ritmo e intensidade diferentes para cada indivíduo, o que determina uma perda progressiva da capacidade do indivíduo em se adaptar ao meio, suscitando em maior vulnerabilidade e aumento na incidência de patologias. No momento em que as funções começam a deteriorar, devido a uma demanda excessiva imposta a um corpo fisiologicamente incapaz ou devido à existência de patologias, os problemas começam a surgir (CONVERSO; IARTELLI, 2007).

Nesse contexto, uma importante condição tem atingido os idosos. A demência é uma síndrome crônica e progressiva, causada pelo adoecimento do cérebro que afeta a memória, o pensamento, o comportamento e a habilidade de realizar as atividades diárias. Em 2010, a estimativa era 35,6 milhões de pessoas com demência; em 2030, serão 65,7 milhões, chegando a 115,4 milhões, em 2050. A Doença de Alzheimer tem relevância por ser a forma

mais comum da demência e contribuir com 60 a 70% dos casos. Caracteriza-se por ser um distúrbio que afeta a memória, a orientação de pensamento, a compreensão, a capacidade de aprendizado, a linguagem e o julgamento. As deficiências na função cognitiva são normalmente acompanhadas e, ocasionalmente, precedidas, pela deterioração no controle emocional, no comportamento social e na motivação (WHO, 2012).

O declínio da capacidade cognitiva pode ser visto no ambiente da ILPI. Na realidade da Casa percebiam-se situações em que elas ficavam aéreas, com o olhar parado ou olhando para lugar nenhum; nas respostas desconexas em relação ao perguntado; algumas vezes, elas não acompanhavam as atividades realizadas por algum colaborador dentro da Casa, dentre outras. Apesar de o déficit cognitivo ser uma característica que acompanhava praticamente todas as idosas, decorrentes do processo de envelhecimento, o diagnóstico da Doença de Alzheimer era restrito a três idosas. Assim, a ILPI cria suas categorias para facilitar o manejo e agrupar as diferenças, uniformizando o perfil das idosas. Segundo Leibing (1999), as categorias são criadas dentro de um contexto histórico e local, pois ajudam a construir uma realidade em cima de valores, tradições e autoridades.

Nesse cenário de perda cognitiva e de uma história de vida de idosas, em que algumas delas trabalharam como empregadas domésticas, faz com que os discursos de poder dos profissionais do cuidado se constituam. Entretanto, alguns profissionais são capazes de reconhecer a capacidade cognitiva das idosas, como mostra o discurso.

A pessoa lembra, mesmo que tenha um déficit, né?! Seja Alzheimer, seja Parkinson, seja a demência mesmo de idade. Sempre lembra de alguma coisinha, sempre acarreta a memória, a tá lembrando (...) (P10)

O discurso aponta que pode haver lucidez nas idosas com déficit cognitivo, mesmo que isso se limite a momentos. No contexto da ILPI, esse discurso é relevante, pois ele traz uma perspectiva diferente ao que se estabelece na maioria dos discursos. Ele rompe com uma ideologia que se constrói na Casa de que uma idosa dependente e não lúcida não consegue exprimir seus desejos, vontades e opiniões. É relevante ressaltar que a profissional desse discurso é uma mulher, com mais de 60 anos e que tem em sua história de vida a doação aos outros como premissa. Sua fala carrega o reconhecimento quanto à presença de vida que as idosas, mesmo que não lúcidas, ainda carregam, bem como de uma aceitação frente à velhice que ela própria vivencia.

Velhice que acomete o corpo, a memória que falha, a demanda crescente por auxílio e os limites no poder de decisão, o que acarreta em processos de sujeição e de relações de poder ainda mais evidentes. O estigma da demência faz com que toda a história de vida do

idoso seja abandonada, ligando-o a um corpo doente e sujeito ao poder dos outros à medida que precisa de auxílio para a própria sobrevivência. Por sujeito, entende-se um objeto historicamente constituído sobre bases que lhe são exteriores, ou seja, que ele não consegue determinar. Assim, o sujeito não é original, mas sim constituído por uma formação, gênese e história. O sujeito se constitui por meio de práticas de poder ou de conhecimento ou, ainda, por técnicas de si (REVEL, 2005).

De acordo com Leibing (1999), a Doença de Alzheimer se torna um sinônimo de velhice e, assim, padroniza um comportamento, estruturando e normatizando, o que é considerado normal para uma determinada faixa etária. Pude perceber isso quando encontrei no meio das minhas anotações um papel que me foi entregue pela ILPI, referente à descrição sucinta das idosas. Ao ler esse papel percebo apenas categorizações, que abrangem características como o grau de dependência, o nível de consciência e a escolha de termos negativos alusivos às idosas. É um quadro que apresenta as deficiências, as incapacidades, as imobilidades, as doenças e a dependência. O que chama a atenção são as diferentes expressões utilizadas para definir a capacidade ou a incapacidade cognitiva das idosas como “lúcida”, “esquizofrênica”, “agressiva”, “confusa”, “desorientada”, “demência senil”, “momentos de confusão mental”, “depressiva”, “distúrbio de humor”, “orientada”. Em sua maioria, os adjetivos reforçam a incapacidade cognitiva, que é corroborado pela fala da profissional.

Algumas, sim, outras, não. (Risos) Porque igual à questão, quem tem Alzheimer?! Vai decidir por ela, né?! (P10)

O discurso reforça a visão classificatória das profissionais em relação à autonomia ser exercida apenas pelas idosas independentes, sendo vetada às idosas com demência. O diagnóstico de Alzheimer não implica em incapacidade, entretanto, existem fatores que impactam no poder de decisão da pessoa com demência, são eles a idade, o gênero, o nível educacional, o cuidador não cônjuge, o diagnóstico recente e a valorização pessoal atribuída à autonomia (FETHERSTONHAUGH; TARZIA; NAY, 2013). Segundo os autores, em algumas situações, a pessoa com demência é capaz de tomar decisões sobre vários aspectos relacionados ao seu cuidado, mesmo que sejam incapazes de administrar a parte financeira, como pode ser visto no discurso da profissional.

Só, eu acho que (...) É, é (...) Ma, mais difícil elas conseguirem tomar uma decisão da... Da vida civil delas, né?! Em questão de dinheiro, de, de eu quero comprar isso, eu quero compra aquilo. (...) Ela não consegue tipo falar: “Nossa, tipo tô precisando de uma camisola.” “Tô precisando de um chinelo.” (P3)

O discurso da profissional vem carregado de uma normalização quanto à incapacidade da idosa de gerir a própria vida e de conseguir, cognitivamente, levantar as necessidades materiais que precisa. Esse discurso demonstra que a Instituição, por meio das suas profissionais, acaba por desconsiderar ou não estimular a capacidade de decisão das idosas, uma vez que, apesar de não saberem lidar com a questão financeira, elas podem ter poder de escolha em relação às condutas referentes ao seu cuidado.

Assim, de acordo com Smebye, Kirkevold e Engedal (2016), mesmo que institucionalizados, a participação dos idosos no seu próprio cuidado é importante, uma vez que envolver a pessoa com demência na tomada de decisão é um aspecto central para a sua autodeterminação e seus sentimentos de autovalorização, além de promover a dignidade, a integridade e a personalidade. O avanço da demência é uma armadilha para a autonomia do idoso, que precisa ser compensado para que não haja o declínio de suas habilidades. Assim, princípios como o da beneficência e o da não maleficência se tornam primordiais para favorecer os que estão sendo cuidados, além de prevenir o mal (SMEBYE; KIRKEVOLD; ENGEDAL, 2016).

O discurso de um profissional aponta no sentido de assegurar que possíveis danos não venham a acontecer às idosas com demência.

É, porque se a pessoa já é demenciada, né?! Ou seja, a autonomia dela já é comprometida, né?! Aí nós temos, até que ver a que ponto essa autonomia pode gerar risco pra ela, ou não, se ela não tem discernimento das coisas né?! (P11)

O discurso mostra que a demência é percebida como algo que impacta diretamente na autonomia da pessoa idosa, pois as escolhas que ela venha a fazer podem comprometer sua segurança. Entretanto, o que se vê com frequência, na ILPI, é uma homogeneização de incapacidades e de condutas, institucionalizando-se em práticas de controle e cerceamento à autonomia das idosas. Segundo Wulff *et al.* (2013), a autonomia é a chave para o bem estar dos idosos em um ambiente como as ILPI, contudo, essa condição não tem sido, verdadeiramente, vivenciada. Isso pode ser influenciado, segundo os autores, pela imposição de rotinas estruturadas que tem como consequência a restrição da autonomia.

A autonomia é restringida às idosas com demência da Casa, ao excluir seus discursos, considerando-os inadequados e incompreensíveis. Os processos de exclusão do discurso das idosas dementes se materializam no que Foucault (1999) descreve sobre os discursos dos loucos “o louco é aquele cujo discurso não pode circular como dos outros: pode ocorrer que sua palavra seja considerada nula e não seja acolhida, não tendo verdade nem

importância” (FOUCAULT, 1999, p. 10). Em outro momento, o filósofo relaciona a demência que as idosas apresentam com a loucura. Segundo Foucault (1978), a demência é reconhecida e facilmente isolada desde os séculos XVII e XVIII. Ela é, dentre todas as doenças ligadas ao psíquico, a que mais se assemelha à loucura, entretanto, essa comparação é negativa, pois se manifesta como desordem, decomposição do pensamento, ilusão, ausência de razão, não verdade e erro (FOUCAULT, 1978).

Diante desse contexto, percebe-se que as idosas com demência vivem constantes processos de exclusão, por seu lugar de isolamento em um ambiente segregador da ILPI, por sua semelhança à loucura e por seus discursos serem considerados nulos, como pode ser observado no discurso da profissional.

Algumas têm a questão da demência também, não fala coisa com coisa.
(P10)

O discurso da cuidadora desvaloriza a fala da idosa pela presença de demência. Assim, a capacidade da idosa como ser pensante e capaz de expressar opinião desaparece. Discursos que se traduzem em práticas de cuidado, nas maneiras de lidar com a idosa e no respeito à sua autonomia, acarretam em processos de exclusão e reclusão da idosa para o ambiente à sua volta. A Doença de Alzheimer causa um estigma e acarreta em exclusão social para aqueles que portam a doença (WHO, 2012).

Assim, as consequências do processo de envelhecer associado ao contexto de rotinas, regras, controle, reclusão, exclusão e limitação que a institucionalização impõe, faz com que as idosas não enxerguem as circunstâncias em que vivem como algo negativo, mas sim as relacionam com o destino, que precisa ser aceito e vivenciado. Nessa perspectiva, Moser (2005) afirma que o destino impõe normativas que incluem a aceitação, a passividade, a fraqueza e a resistência. Para a autora, o destino se tornou algo tão colonizado pela normalização na nossa sociedade que seus reais significados e valores foram perdidos. Isso faz com que os indivíduos estejam sempre abertos e receptivos ao transcendental, fazendo os aceitar que as incapacidades são forças que ninguém consegue controlar.

Os efeitos desse pensamento são materializados nos discursos das idosas, nas sanções aplicadas entre elas àquelas que se desviam da norma e podem ser usados como forma de proteção, como mostra o discurso que segue de uma idosa.

Eu falo assim, a gente tem que saber agradecer, que a gente nunca tá sozinho, né?! Não tem esse negocio de ficar “Ah! Eu tô só.” “Não!” Primeiro que a gente tá com Deus, segundo as pessoas que tão ao nosso redor. Muito bom valorizar a vida, o que a gente tem que agradecer a Deus pelo dom da vida. Mesmo na, a (...) Porque tá na velhice e tudo. A gente não

pode falar “Eu estou velha!” Tem que falar “Eu estou vivendo, e agradecer a Deus pelo dom da vida!” Chega um momento, que a gente tem que aceitar é (...) As consequências da idade, que são diversas, né?! (I5)

O discurso reflete a religião como algo transcendente, que acolhe a idosa nos momentos de fraqueza, solidão e tristeza. A velhice impõe limites físicos, cognitivos, emocionais e de relacionamento à pessoa idosa, principalmente quando se está inserida em um ambiente de segregação, como a ILPI. No discurso, sobressai o sentimento de abandono, ao mesmo tempo em que se consola e aceita as determinações de Deus e do destino.

A religiosidade é bastante presente na ILPI, as idosas independentes organizam um momento de oração todas às tardes, o padre da igreja próxima à Instituição celebra, mensalmente, uma missa para as idosas. Ao passear pela Casa e olhar dentro dos quartos sempre se via alguma imagem religiosa, velas e terços. Percebe-se que as idosas encontram na religião uma forma de suportarem os efeitos da institucionalização (SCORTEGAGNA; PICHLER; FÁCCIO, 2018; VITORINO; VIANNA, 2012).

Entretanto, Moser (2005) reflete a noção de que existem novas alternativas, que contribuem para tornar visível o que a normalização tornou invisível e fazer com que padrões, como aceitar o destino, se tornem inconcebíveis. Assim, frente à sujeição vivenciada pelas idosas e à categorização baseada em suas incapacidades cognitivas e dependência, torna-se imperioso descobrir novas formas de lidar com o imposto, por meio de regulamentações e discursos. Essa quebra de paradigma nas relações e nas condutas permite vislumbrar outras possibilidades frente ao normalizado, bem como possibilita um incentivo à autonomia das idosas, dementes ou não.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo possibilitou conhecer uma realidade até então desconhecida por mim, em sua essência. Apesar de em um primeiro momento, a casa me remeter a um ambiente recluso, triste e sombrio, com o passar dos dias e semanas, pude perceber muita vida em seu interior. Muitas histórias, sorrisos e amizades, as idosas gostam de conversar e contar sobre suas histórias de vida.

Após a jornada que delinea o curso de mestrado, percebi que uma ILPI se constitui em um ambiente complexo, permeado por situações de difícil manejo que o transformam em um lugar, por vezes, pouco amistoso, receptivo e acolhedor para se morar, cuidar e administrar.

Atualmente, o que se tem visto na sociedade, é sua incapacidade em lidar com o crescente envelhecimento no país, e, assim, as ILPI tendem a se tornar depósitos de indivíduos velhos. Há uma continuidade do pensamento de exclusão e segregação de certos grupos sociais como os idosos. Assim, a tão sonhada velhice passa a ser temida por aquele que envelhece, pois o idoso corre o risco de ser excluído, muitas vezes, do contato com a família, da convivência em sociedade, do mercado de trabalho e, pode ser institucionalizado contra a própria vontade.

Nesse contexto, morar em uma ILPI abarca relações complexas que envolvem o cuidado a um indivíduo, não raro, dependente, doente e sozinho. Relações que, por vezes, beiram a dominação quando se depende do cuidado do outro nas atividades cotidianas. Associado a isso, a ILPI é um ambiente que pode não ter um significado afetivo para as idosas, podendo ganhar diferentes denominações e sentido como casa, moradia, abrigo, instituição, lar. Assim, a verdadeira essência de uma casa de acolhimento e morada, em que as idosas deveriam se sentir parte dela, fica perdido em meio às normas e rotinas impostas.

Entretanto, é importante ressaltar que a normalização em uma ILPI não pode ser entendida como algo eminentemente negativo, uma vez que a organização do ambiente e da vida das idosas, por meio de regras e normas, lhes garante segurança. Além disso, para que haja um funcionamento adequado da estrutura, que é composta por pessoas diferentes, que moram e trabalham, é necessário que haja limites e regras estabelecidas. Assim, apesar do ambiente de uma ILPI ser um modelo de normalização, o que se deve atentar é para que as normas não sejam utilizadas unicamente como forma de controle e cerceamento, impedindo que o idoso exerça seu poder de decisão e perca sua individualidade.

Pelo contrário, o ambiente de uma ILPI deveria desenvolver atividades de estímulo a autonomia e independência do idoso, uma vez que a idade já retira dele essas possibilidades. Associado a isso, a instituição deveria ser um ambiente acolhedor, promovendo interações entre os diversos atores: sociedade, idosas, profissionais, colaboradores, voluntários e igreja. A inserção das idosas na vida da comunidade, e vice-versa, é de grande importância para que elas se sintam parte de um contexto. Essa integração seria uma das formas de fazê-las participar da vida social, ao invés de viverem, unicamente, reclusas na ILPI. Tirá-las do isolamento, pode ser um incentivo a uma vida ativa junto à sociedade, na medida em que elas têm a possibilidades de escolha.

O trabalho em uma ILPI não se constitui em tarefa simples. Cuidar abarca particularidades e especificidades, principalmente quando esse indivíduo cuidado é um idoso. Associado a isso, não existe um incentivo para que os profissionais se capacitem e se motivem para o trabalho que exercem, tornando-se um conjunto de tarefas automáticas que homogeneíza não apenas suas práticas, mas a vida daqueles que são cuidados. Homogeneização que se materializa na ILPI, por meio das classificações e categorizações, como uma maneira de padronizar as condutas e os comportamentos e marcar os desvios. Assim, o cuidado prestado nem sempre respeita as necessidades do indivíduo, bem como, não se flexibiliza as normas e rotinas, que acabam por prevalecer na instituição.

Deve-se ter como premissa, o cuidado centrado na pessoa idosa para que suas individualidades sejam respeitadas e suas demandas atendidas. Além disso, pautar a assistência no idoso possibilita o incentivo de sua autonomia, permitindo-os transpor o papel de sujeitos dependentes e assujeitados, para indivíduos capazes de decidir por si próprios. Entretanto, o que se vê nas políticas destinadas às pessoas idosas, é uma reafirmação de sua incapacidade, uma vez que o idoso é livre para ir e vir, caso não tenha empecilhos de saúde ou legais. Além disso, os diferentes conteúdos referentes à preservação da autonomia do idoso são, em sua maioria, direcionados ao grupo de idosos saudáveis e ativos. Portanto, há uma lacuna em se tratando de dispositivos duráveis que poderiam, de fato, garantir meios para que o idoso seja cuidado de acordo com suas necessidades. Bem como, para auxiliar os profissionais que estão em contato direto e indireto com o idoso, para que eles consigam promover atividades para um maior incentivo à tomada de decisão, compreendendo que essa conquista impacta diretamente na qualidade de vida dos idosos.

A administração de uma ILPI enfrenta percalços, por ser um ambiente em que a escassez abrange os recursos, sejam eles financeiros, humanos, estruturais ou materiais. Ao visitarmos a casa com regularidade, viam-se inúmeras consequências do tempo na estrutura

física. A ILPI tinha uma estrutura precária, antiga e com poucas reformas, o ambiente não era adequado para a atividade a que se destinava. As adaptações físicas, que poderiam ser feitas para auxiliar no cuidado das idosas, eram realizadas de forma isolada e sem um projeto do todo. Por um lado se viam alguns banheiros reformados, corrimão nas paredes, piso emborrachado, e por outro, infiltrações, torneiras vazando, pisos quebrados, jardins descuidados, entre outros.

Em se tratando dos recursos humanos, alguns profissionais não tinham a experiência, ou mesmo um olhar diferenciado e sensível para atender as demandas decorrentes do processo de envelhecimento. Além disso, não existia qualquer indicativo de que os profissionais eram capacitados para a atividade que exerciam. Bem como, estavam sempre sobrecarregados, pois o quantitativo de profissionais era pequeno em relação ao grau de dependência que as idosas apresentavam. Outro problema frequente era a rotatividade dos profissionais da casa, que atingia desde cuidadores a cargos administrativos. Muitas vezes, os cargos administrativos eram ocupados por profissionais que não tinham uma visão clara de como a ILPI deveria ser conduzida e gerenciada.

O recurso material que chamava a atenção pela falta de variedade, era a comida. Havia sempre poucas opções para que as idosas pudessem escolher. Assim, caso alguma idosa não gostasse de determinada comida, não havia uma segunda opção. Refletindo a cerca das consequências do processo de envelhecer, em que as doenças limitam o tipo de alimento ingerido, a falta de apetite é recorrente e há uma dificuldade de digerir determinados alimentos ou mesmo a ausência de dentes, é compreensível que as idosas fechem a boca e resistam.

Os recursos financeiros eram escassos. Primeiramente, não existe repasse financeiro que atenda às demandas de um grupo com tamanha especificidade e particularidade como os idosos. Bem como, recolher 70% do único benefício que elas recebem para partilhar nas despesas, não cobre suas necessidades de financiamento. O repasse via prefeitura é regular, mas não supre os gastos que as idosas demandam, por isso, a instituição conta, mensalmente, com o apoio financeiro da fundação a que está vinculada ou com doações anônimas. Assim, como o sistema não consegue suportar o ônus, caso a assistência fosse gratuita, novas formas de fazer com que o recurso chegue à ponta precisam ser repensadas.

Apesar de existir um volume de leis sendo criadas para manter a “falsa” noção de que o Estado se preocupa com o bem estar da população idosa, o que se vê na prática, é um descaso com o envelhecimento e com a institucionalização da pessoa idosa. As políticas enfatizam a dignidade, lazer, moradia, alimentação e todos os adjetivos possíveis que uma

velhice feliz possa abarcar. Contudo, na prática, os idosos estão, muitas vezes, abandonados e institucionalizados em locais inadequados para seu cuidado e moradia. Nesse contexto, a lógica asilar permanece enraizada no cotidiano das ILPI, como ambientes segregadores, com regras adestradoras que põem em prática atividades semelhantes para seus moradores, não considerando suas histórias de vida. Além disso, as práticas profissionais não são regidas por instrumentos que existem para auxiliá-los no cuidado, fazendo com que suas condutas e práticas sejam livres e baseadas no que eles próprios determinam. Esse uso aleatório e equivocados de dispositivos acarreta em homogeneização de condutas e necessidades, minando a individualidade e a autonomia dos idosos.

Apesar do crescimento acelerado no número de idosos no Brasil, pouco se ensina e pesquisa sobre o envelhecer no ambiente acadêmico, o que demonstra o ínfimo envolvimento das instituições de ensino com o panorama que está por vir. As universidades tem um papel fundamental na formação de mão de obra para compreender e cuidar de pessoas em processo de envelhecimento. Entretanto, há uma omissão frente à demanda, uma vez que, nas grades curriculares não existem disciplinas voltadas para o cuidado ao idoso. Pelo contrário, há uma contínua formação de pessoas especializadas em saúde materno-infantil.

Assim, devem-se refletir as mudanças necessárias a serem feitas, uma vez que, a demanda por cuidado ao idoso tende a crescer no Brasil. Os espaços destinados ao cuidado deveriam estimular a autonomia, para a conquista de um modo de vida menos dependente. Além de, promover o maior exercício da tomada de decisão, considerando suas histórias de vida e particularidades. É importante refletir quanto ao lugar de valorização do idoso em nossa sociedade e criar formas de inserí-lo no mercado de trabalho, torná-lo ativo e participante no contexto em que vive, criar espaços para que ele se sinta valorizado e respeitar seu direito de opinião, não vivendo apenas sobre o comando de normas e regras impostas.

Por fim, a ideologia, a estrutura física e a organização do ambiente de uma ILPI, bem como as práticas dos profissionais funcionam como uma trama que reforça a dependência e incapacidade da pessoa idosa. Nessa perspectiva, o poder opera sutilmente e se apresenta nas relações, que dentro da ILPI são percebidas de maneira desigual, tornando mais dependente aquele que já é. O conhecimento científico e a necessidade por cuidado faz com que o profissional se sinta valorizado, necessário e produz poder. Por outro lado, o contexto de abandono familiar, a exclusão da sociedade e as limitações do corpo, faz com que o cuidado recebido, muitas vezes, seja percebido como afeto, atenção e submissão. Assim, o poder na ILPI funciona pelo controle minucioso do corpo, por meio de gestos, comportamentos, discursos e práticas.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

AFONSO, M. L. M. Notas sobre sujeito e autonomia na intervenção psicossocial. **Psicologia em Revista**, v. 17, n. 3, p. 445-64, 2011.

ALMEIDA, A. V. *et al.* A feminização da velhice: em foco as características socioeconômicas, pessoais e familiares das idosas e o risco social. **Textos & Contextos**, v. 14, n. 1, p. 115-31, 2015.

ANDRADE, F. L. J. P. *et al.* Incapacidade cognitiva e fatores associados em idosos institucionalizados em Natal, RN, Brasil, Rio Grande do Norte, Brasil. **Rev. bras. Geriatr. Gerontol.** v. 20, n. 2, p. 186-197. 2017.

ANDREWS, G. J. *et al.* Airplanes are flying nursing homes“: geographies in the concepts and locales of gerontological nursing practice. **International Journal of Older People Nursing in association with Journal of Clinical Nursing**, v. 14, n. 8b, p. 109–20, 2005.

ARAÚJO, M. T. *et al.* Caregiving for the Elderly Person: Discourses Embedded in the Brazilian Practical Guide for the Caregiver. **Journal of Aging & Social Policy**, v. 29, n. 5, p. 444-60, 2017.

ARAÚJO, C. L. O.; SOUZA, L. A.; FARO, A. C. M. Trajetória das instituições de longa permanência para idosos no Brasil. **Enf. Rev. Eletr.** v. 1, n. 2, p. 250-62, 2010.

ARQUIDIOCESE DE BELO HORIZONTE. **Fundação Obras Sociais Nossa Senhora da Boa Viagem**. 2016. Disponível em: <<http://arquidiocesbh.org.br/projetos-sociais/fundacao-obras-sociais-nossa-senhora-da-boa-viagem/>>. Acesso em: 30 de agosto de 2017.

BAJOTTO, A. P.; GOLDIM, J. R. Evaluation of the quality of life and decision-making capacity in elderly participating in sociotherapeutic groups in Arroio do Meio city, Brazil. **Rev Bras Geriatr Gerontol.** v. 14, n. 4, p. 753-61, 2011.

BAKHTIN, M. M. ([1952-1953]). Os gêneros do discurso. In: _____. *Estética da criação verbal*. 4. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2003.

BAUER, M. W.; GASKELL, G. **Pesquisa Qualitativa com texto, imagem e som**. Rio de Janeiro: Petrópolis, 2002.

BAUMAN, Z. **Comunidade: a busca por segurança no mundo atual**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2003.

BEAUCHAMP, T. L.; CHILDREES, J. F. **Principles of biomedical ethics**. 4. ed. Nova York: Oxford Press University, 1994.

BENEVIDES, P. S. Autonomia, liberdade e sujeição: uma análise do dispositivo panóptico. **Textura**, n. 25, p.86-105, 2012.

_____. Verdade e Ideologia no pensamento de Michel Foucault. **ECOS Estudos Contemporâneos da Subjetividade**, v. 3, n. 1, 88-101, 2013.

BJÖRNSDÓTTIR, K.; CECI, C; PURKIS, M. E. The „right“ place to care for older people: Home or institution? **Nursing Inquiry.**, v. 22, n. 1, p. 64-73, 2014.

BRANDÃO, H. H. N. **Introdução à análise do discurso**. Campinas: UNICAMP, 2004.

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 05 jan. 1994. Seção 1, p. 77.

_____. Ministério de Saúde. Portaria nº 1.395, de 10 de dezembro de 1999. Aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 13 dez. 1999. Seção 1, p. 20.

_____. Presidência da República. Lei n.º 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do idoso e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 03 out. 2003. Seção 1, p. 1.

_____. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). RDC nº 283, de 26 de setembro de 2005. Regulamento técnico para o funcionamento das instituições de longa permanência para idosos. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 27 set. 2005. Seção 1, p. 58.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa e determina outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 20 out. 2006. Seção 1, p. 142.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Cidades: Minas Gerais, Belo Horizonte**. 2010a. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/belo-horizonte/panorama>>. Acesso em: 22 ago. 2015.

_____. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Condições de funcionamento e infraestrutura das instituições de longa permanência para idosos no Brasil. In: _____. **Infraestrutura Social e Urbana no Brasil: subsídios para uma agenda de pesquisa e formulação de políticas públicas**. Brasília: IPEA, 2010b.

_____. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 13 jun. 2013. Seção 1, p. 58.

_____. **Estatuto do Idoso**. 3ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

_____. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510, de 07 de abril de 2016. Dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana, na forma definida nesta Resolução. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 24 maio 2016. Seção 1, p. 44.

BRUCKI, S. M. D. *et al.* Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. **Arq Neuropsiquiatr.**, v.61, n.3B, p.777-81, 2003.

BURLA, C. *et al.* Envelhecimento e doença de Alzheimer: reflexões sobre autonomia e o desafio do cuidado. *Rev. Bioét.*, v. 22, n. 1, p. 85-93, 2014.

CAMARGOS, M. C. S. Instituições de longa permanência para idosos: um estudo sobre a necessidade de vagas. *Rev. bras. estud. popul.*, v. 31, n. 1, 2014.

CAMARANO, A. A.; KANSO, S. As instituições de longa permanência para idosos no Brasil. **R. Bras Est Pop.** v. 27, n. 1, p. 233-5, 2010.

CASTORIADIS, C. **A instituição imaginária da sociedade**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1982. 418 p.

CASTRO, M. F.; KRAVETZ, R. Z. C. O problema da autonomia da vontade na sociedade disciplinar: uma análise foucaultiana da proibição do suicídio assistido. **Revista Jurídica**, v. 2, n. 39. 2015.

CERTEAU, M. de. **A invenção do cotidiano: artes de fazer**. Petrópolis: Vozes, 1996.

CHALITA, G. **Vivendo a filosofia**. São Paulo: Ática, 2005.

CLARK, P. G. Autonomy, Personal Empowerment, and Quality of Life in Long-Term Care. **Journal of Applied Gerontology**, v. 7, n. 3, p. 279-97, 1988.

CLOS, M. B.; GROSSI, P. K. Desafios para o cuidado digno em instituições de longa permanência. **Rev. Bioét.**, v. 24, n. 2, p. 395-411, 2016.

COLLOPY, B. J. Autonomy in Long Term Care: Some Crucial Distinctions. **Gerontologist**. v. 28 Suppl: 10-7. 1988.

CONVERSO, M. E. R.; IARTELLI, I. Caracterização e análise do estado mental e funcional de idosos institucionalizados em instituições públicas de longa permanência. **J. bras. psiquiatr.** v. 56, n. 4, p. 267-72, 2007.

CUNHA, J. X. P. *et al.* Autonomia do idoso e suas implicações éticas na assistência de enfermagem. **Saúde em Debate**, v. 36, n. 95, p. 657-64, 2012.

DEBERT, G. G.; OLIVEIRA, A. M. A profissionalização da atividade de cuidar de idosos no Brasil. **Revista Brasileira de Ciência Política**, 1(18), 7-41, 2015.

DEON, R. G.; GOLDIM, J. R. Capacidade para tomada de decisão em idosos institucionalizados e não institucionalizados. **Estud Interdiscipl Envelhec.** v. 21, n. 1, 2016.

DREYFUS, H. L.; RABINOW, P. **Michel Foucault: Beyond Structuralism and Hermeneutics: With an Afterword by and an Interview with Michel Foucault**. 2. ed. Chicago: The University Of Chicago Press, 1983. 299 p.

_____; _____. **Michel Foucault, uma Trajetória Filosófica: (para além do estruturalismo e da hermenêutica)**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.

FALEIROS, V. P.; MORANO, T. Cotidiano e relações de poder numa instituição de longa permanência para pessoas idosas. **Textos & Contextos**, v. 8, n. 2, 319-38, 2009.

FARIA, A. A. M.; LINHARES, P. T. F. S. O preço da passagem no discurso de uma empresa de ônibus. In: MACHADO, I. L. **Análises de discursos: sedução e persuasão**. Caderno de Pesquisas do NAPQ, Belo Horizonte, FALE/UFMG, n. 10, p. 1-98, 1991.

FARIA, A. A. M. Interdiscurso e intradiscurso: da teoria à metodologia. In: MENDES, E. A. de M; OLIVEIRA, P. M; BENNIBLER, V. (Orgs.). **O novo milênio: interfaces linguísticas e literárias**. Belo Horizonte: FALE/UFMG, 2001.

FERNANDES, M. T. de O.; SOARES, S. M. O desenvolvimento de políticas públicas de atenção ao idoso no Brasil. **Rev. esc. enferm.**, v. 46, n. 6, p. 1494-502, 2012.

FETHERSTONHAUGH, D.; TARZIA, L.; NAY, R. Being central to decision making means I am still here!: The essence of decision making for people with dementia. **Journal of Aging Studies**, n. 27, p. 143-50, 2013.

FLORES, G. C. *et al.* Cuidado intergeracional com o idoso: autonomia do idoso e presença do cuidador. **Rev Gaúcha Enferm.**, v. 31, n. 3, p. 467-74, 2010.

FONTANELLA, B. J. B.; RICAS, J.; TURATO, E. R. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Caderno Saúde Pública**, v. 24, n. 1, p. 17-27, 2008.

_____. *et al.* Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. **Caderno Saúde Pública**, v. 27, n. 2, p. 389-94, 2011.

FOUCAULT, M. **História da loucura na Idade Clássica**. São Paulo: Perspectiva, 1978.

_____. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

_____. **Vigiar e Punir: nascimento da prisão**. Petrópolis: Vozes, 1987.

_____. Sujeito e Poder. In: DREYFUS, H. L.; RABINOW, P. **Michel Foucault: Uma Trajetória Filosófica**. Rio de Janeiro, Editora Forense Universitária, 1995.

_____. **A ordem do discurso**. 5. ed. São Paulo: Ed. Loyola, 1999.

_____. **Em Defesa da Sociedade: Curso no Collège de France, 1975-1976**. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

_____. **A Hermenêutica do Sujeito**. São Paulo. Martins Fontes, 2006.

_____. **Vigiar e punir: história da violência nas prisões**. 35. ed. Petrópolis: Vozes, 2008.

_____. **A ordem do discurso**. 19. ed. São Paulo: Edições Loyola, 2009.

_____. **Arqueologia do saber**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2012.

FURLIN, N. **Sujeito e agência no pensamento de Judith Butler**: contribuições para a teoria social. *Soc. e Cult.*, Goiânia, v. 16, n. 2, p. 395-403, 2013.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6ª ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GOVERNO DO ESTADO DO PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Superintendência de Atenção à Saúde. **Avaliação multidimensional do idoso**. Curitiba: SESA, 2017.

GUIMARÃES, N. A.; HIRATA, H. S.; SUGITA, K. Cuidado e cuidadoras: o trabalho de care no Brasil, França e Japão. **Sociologia & antropologia**, v. 1, n. 1, p. 151-80, 2011.

HOSPITAL COLÔNIA DE BARBACENA. In: WIKIPÉDIA, **a enciclopédia livre**. Flórida: Wikimedia Foundation, 2019. Disponível em: <https://pt.wikipedia.org/w/index.php?title=Hospital_Col%C3%B4nia_de_Barbacena&oldid=54905106>. Acesso em: 21 abr. 2019.

JUNGES, J. R. Educação para Valores no Contexto Neoliberal. In: LOPES, R. C. **A Pedagogia Inaciana Rumo ao Séc. XXI**. São Paulo: Loyola, 1998.

_____. Uma leitura crítica da situação do idoso no atual contexto sociocultural. **Estud. interdiscip. envelhec.** v. 6, p. 123-44, 2004.

KÜCHEMANN, B. A. Envelhecimento populacional, cuidado e cidadania: velhos dilemas e novos desafios. **Soc. estado.**, v.27, n.1, p.165-80, 2012.

LACERDA, T. T. B. de. *et al.* Caracterização das Instituições de longa permanência para idosos da região metropolitana de Belo Horizonte **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, v. 20, n. 6, p. 743-54, 2017.

LEIBING, A. Olhando para trás: os dois nascimentos da doença de Alzheimer e a senilidade no Brasil. **Est. Interdiscipl. Envelhec.**,v. 1, p. 37-56, 1999.

LUCIDEZ. **Michaelis Online**. Dicionário Brasileiro da Língua Portuguesa. 2019. Disponível em <<https://michaelis.uol.com.br/moderno-portugues/busca/portugues-brasileiro/lucidez/>>. Acesso em 30 de abril de 2019.

MAINGUENEAU, D. **Termos-chave da Análise de Discurso**. UFMG. Belo Horizonte, 2000.

MANN, S. J. A postmodern perspective on autonomy. In: RIBE, R. **Proceedings of the 6th Conference on Autonomous Learning**. Barcelona: University of Barcelona, 1999.

MANZINI, E. J. Entrevista semi-estruturada: análise de objetivos e de roteiros. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL SOBRE PESQUISA E ESTUDOS QUALITATIVOS, 2, 2004, Bauru. **A pesquisa qualitativa em debate. Anais...** Bauru: USC, 2004.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo-Rio de Janeiro, HUCITEC-ABRASCO, 1992.

_____. **Pesquisa Social**. Teoria, método e criatividade. 18 ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

_____. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

_____. Trabalho de campo: contexto de observação, interação e descoberta In. MINAYO, M. C. de S.; DESLANDES, S. F. GOMES, R. (Org). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 28ª. ed. Petrópolis: Vozes, 2009.

_____. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 29. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010. (Coleção temas sociais). Resenha.

- MINAYO, M. C. de S. Amostragem e Saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. **Revista Pesquisa Qualitativa**, v. 5, n. 7, p. 01-12, 2017.
- MOL, A.; MOSER, I.; POLS, J. **Care in Practice On Tinkering in Clinics, Homes and Farms**. 2010. 326 p.
- MOLINIER, P.; PAPERMAN, P. Descompartimentar a noção de cuidado? **Rev. Bras. Ciênc. Polít.**, n. 18, p. 43-57, 2015.
- MORAES, E. N. **Atenção à Saúde do Idoso: Aspectos Conceituais**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.
- MOSER, I. On becoming disabled and articulating alternatives: the multiple modes of ordering disability and their interferences. **Cultural Studies**, v. 19, n. 6, p. 667-700, 2005.
- OLIVEIRA, M. Z. P. B.; BARBAS, S. Autonomia do idoso e distanásia. **Rev. bioét.** v. 21, n. 2, p. 328-37, 2013.
- OLIVEIRA, J. M. de; ROZENDO, C. A. Instituição de Longa Permanência para Idosos: um Lugar de Cuidado para quem não tem opção? **Rev. bras. enferm.**, v. 67, n. 5, p. 773-9, 2014.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde. **Resumo**. Genebra: OMS, 2015.
- ORLANDI, E. P. **Discurso e texto: formulação e circulação de sentidos**. 2. ed. Campinas: Pontes, 2005.
- PAULIUKONIS, M. A. L. Texto e discurso: os processos de desvendamento inferencial. **I Simpósio Internacional de Letras e Linguística (SILEL)**, v. 1, p. 1918-25, 2006.
- PÊCHEUX, M. A Análise do Discurso: três épocas. In: GADET, F; HAK. T. **Por uma Análise Automática do Discurso: uma introdução à obra de Michel Pêcheux**. Campinas: Ed. da Unicamp, 1997, p. 311-20.
- PEREIRA, M. S. **Análise da institucionalização do comitê de ética em pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (1997-2007): complexidades e desafios**. 2007. 165 f. Tese (Doutorado em Ciências da Saúde). Faculdade de Medicina. Universidade Federal de Minas Gerais. Minas Gerais, 2007.
- PETERS, M. **Estruturalismo e pós-estruturalismo**. Universidade do Estado de Santa Catarina, 2005.
- RABELO, J. O. C. C.; AMAZONAS, M. C. L. A. **A questão do método em Foucault e Butler: caminhos enredados**. In: 18º REDOR, Universidade Federal de Pernambuco, Recife: pp. 1467-1477, 2014.
- REVEL, J. **Michel Foucault: conceitos essenciais**. São Carlos: Claraluz, 2005.
- RODRIGUES, R. A. P. *et al.* Política nacional de atenção ao idoso e a contribuição da enfermagem. **Texto contexto - enferm.**, v.16, n.3, p.536-45, 2007.
- SALCHER, E. B. G.; PORTELLA, M. R.; SCORTEGAGNA, H. M. Cenários de instituições de longa permanência para idosos: retratos da realidade vivenciada por equipe multiprofissional. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, v. 18, n. 2, p. 259-72, 2015.

SANTOS, M. C. C. L. **Equilíbrio de um pêndulo: bioética e a lei, implicações médico-legais**. São Paulo: Editora Ícone, 1998.

SANTOS, C. A. S. S.; SANTOS JUNIOR, A. J. dos. O conceito de interdiscurso na propaganda da “operação Lei Seca”. **Cadernos do CNFL**, Rio de Janeiro, v. XV, n. 5, p. 2106-16, 2011.

SANTOS, S. M. dos. Programas e Ações realizadas pela PBH para Idosos: Programa Mais Vida – PBH. In: II SEMINÁRIO DE POLÍTICAS DE CUIDADOS PARA IDOSOS. 2016. Secretaria Municipal de Saúde. Prefeitura Municipal de Belo Horizonte, 2016.

SAQUETTO, M. *et al.* Aspectos bioéticos da autonomia do idoso. **Revista Bioética**, v. 21, n. 3, p. 518-24, 2013.

SCORTEGAGNA, H. M.; PICHLER, N. A.; FÁCCIO, L. F. Vivência da espiritualidade por idosos institucionalizados. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, v. 21, n. 3, p. 304-11, 2018.

SILVA, M. V.; FIGUEIREDO, M. L. F. Idosos institucionalizados: uma reflexão para o cuidado de longo prazo. **Enfermagem em Foco**, v. 3, n.1, p. 22-4, 2012.

SILVA, O. S. F. Os ditos e os não-ditos do discurso: movimentos de sentidos por entre os implícitos da linguagem. **Revista entreideias: educação, cultura e sociedade**, n.14, p. 39-53, 2008.

SMEBYE, K. L.; KIRKEVOLD, M.; ENGEDAL, K. Ethical dilemmas concerning autonomy when persons with dementia wish to live at home: a qualitative, hermeneutic study. **BMC Health Services Research**, 16:21, 2016.

SOBRAL, A. Lugar social e sentido do discurso: um diálogo com M. Pêcheux a partir de F. Flauhault e da concepção dialógica de linguagem. **Revista Prolíngua**, v. 7, n. 1, p. 119-32, 2012.

STRUHKAMP, R. M. Patient autonomy: A view from the kitchen. **Medicine, Health Care and Philosophy**, v. 8, p. 105–14, 2005.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

TRONTO, J. Particularisme et responsabilité relationnelle en morale: une autre approche de l'éthique globale; In: GILLIGAN, C.; HOCHSCHILD, A.; TRONTO, J. **Contre l'indifférence des privilégiés: À quoi sert le care**. Édité et présenté par Patricia Paperman et Pascale Molinier. Paris, 2013.

VELLOSO, I. S. C. **Configurações das relações de poder no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência de Belo Horizonte**. 2011. 129 f. Tese (Doutorado em Saúde e Enfermagem). Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2011.

VITORINO, L. M.; VIANNA, L. A. C. *Coping* religioso/espiritual de idosos institucionalizados. **Acta Paul Enferm.** v. 25, n. 1, p. 136-42, 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **The Global Health and Aging**. WHO, 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Dementia:** a public health priority. World Health Organization, 2012.

WULFF, I et al. Perceived enactment of autonomy of nursing home residents: a German cross-sectional study. **Nursing and Health Sciences**, n. 15, 186–93, 2013.

XIMENES, M. A.; CÔRTE, B. A. instituição asilar e seus fazeres cotidianos: um estudo de caso. **Estud. interdiscip. envelhec.**, v. 11, p. 29-52, 2007.

ANEXOS

ANEXOS

ANEXO A – Mini Exame do Estado Mental (FOLSTEIN; FOLSTEIN; McHUGJ, 1975)

Paciente: _____

Escolaridade: _____

Data da Avaliação: ___/___/___ Avaliador: _____

ORIENTAÇÃO

- Dia da semana (1 ponto) ()
- Dia do mês (1 ponto) ()
- Mês (1 ponto) ()
- Ano (1 ponto) ()
- Hora aproximada (1 ponto) ()
- Local específico (apartamento ou setor) (1 ponto) ()
- Instituição (residência, hospital, clínica) (1 ponto) ()
- Bairro ou rua próxima (1 ponto) ()
- Cidade (1 ponto) ()
- Estado (1 ponto) ()

MEMÓRIA IMEDIATA

- Fale 3 palavras não relacionadas. Posteriormente pergunte ao paciente pelas 3 palavras. Dê 1 ponto para cada resposta correta ()
- Depois repita as palavras e certifique-se de que o paciente as aprendeu, pois mais adiante você irá pergunta-las novamente.

ATENÇÃO E CÁLCULO

- (100 – 7) sucessivos, 5 vezes sucessivamente (1 ponto para cada cálculo correto) ()
- Alternativamente, soletrar MUNDO de trás pra frente

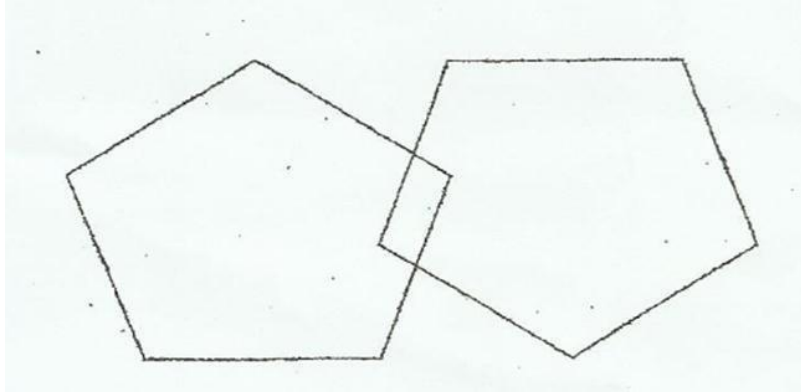
EVOCAÇÃO

- Pergunte pelas 3 palavras ditas anteriormente (1 ponto por palavra) ()

LINGUAGEM

- Nomear um relógio e uma caneta (2 pontos) ()
- Repetir “nem aqui, nem ali, nem lá” (1 ponto) ()
- Comando: pegue este papel com a mão direita, dobre ao meio e coloque no chão (3 pontos) ()
- Ler e obedecer: “feche os olhos” (1 ponto) ()

- Escrever uma frase (1 ponto) ()
- Copiar um desenho (1 ponto) ()



ANEXO B – Parecer Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG (COEP)

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Práticas cotidianas em Instituições de Longa Permanência para Idosos: discursos de idosos institucionalizados e de profissionais

Pesquisador: Isabela Silva Cancio Velloso

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 80172317.0.0000.5149

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.470.752

Apresentação do Projeto:

O presente estudo tem como tema as práticas de cuidado cotidianas em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI), uma vez que cresce a demanda por vagas nessas instituições devido às mudanças na conformação sócio demográfica da população, da reconfiguração da estrutura familiar e da ampliação da participação das mulheres no mercado de trabalho. Tem-se como objetivo geral analisar a constituição dos discursos relacionados às práticas cotidianas de idosos institucionalizados e de profissionais de ILPI de Belo Horizonte e região metropolitana. A metodologia escolhida foi o método qualitativo tendo como participantes do estudo, idosos moradores das ILPI's e profissionais que cuidam direta ou indiretamente destes. A coleta de dados será realizada por meio de entrevista de roteiro semiestruturado, observação não participante e análise de documentos normativos institucionais e documentos relacionados às políticas públicas relativas ao cuidado da pessoa idosa institucionalizada. A análise dos dados utilizada será a Análise do Discurso, que visa a compreender o modo de funcionamento, os princípios de organização e as formas de produção social do sentido. Como resultado esperado estima-se que o presente estudo desvelará discursos relacionados às práticas de cuidado cotidianas de idosos institucionalizados e profissionais de ILPI's para que se possa melhorar o cuidado prestado ao idoso no município de Belo Horizonte e região metropolitana.

Objetivos da Pesquisa:

Objetivo Primário: Analisar a constituição dos discursos relacionados às práticas cotidianas de idosos institucionalizados e de profissionais de Instituições de Longa Permanência para Idosos de Belo Horizonte e região metropolitana.

Objetivo Secundário: Mais especificamente, buscar-se-á compreender os discursos de idosos e profissionais, no que se refere: às concepções e dimensões do cuidado e os aos significados atribuídos (emoções positivas e negativas, situações de estresse) às experiências de cuidado vivenciadas

cotidianamente por ambos; à constituição da identidade dos idosos institucionalizados; à constituição da autonomia da pessoa idosa, no cotidiano das práticas das ILPI; às práticas e vivências nutricionais no cotidiano das ILPI; à configuração das relações de poder entre profissionais e idosos institucionalizados; às repercussões da incontinência urinária nas práticas cotidianas de idosos e de profissionais; ao risco de quedas e sua prevenção nas ILPI; à demanda por procedimentos de enfermagem cotidianamente nas ILPI; às práticas de cuidados paliativos vivenciadas nas ILPI; às práticas de socialização dos idosos institucionalizados.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: O principal risco potencial decorrente desta pesquisa relaciona-se ao desconforto, por parte dos participantes, diante da presença e observação do pesquisador no campo, durante o desempenho das atividades cotidianas.

Benefícios: Os benefícios que a pesquisa trará para o Sr. (a) será a melhora nos cuidados prestados, ampliar o acesso a serviços direcionados aos idosos, envolver as esferas públicas na gestão da saúde do idoso.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante para área de Ciências Sociais, Humanas ou Filosofias aplicadas à Saúde. Projeto com previsão de início em janeiro de 2018 e término em dezembro de 2022.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados os seguintes documentos:

Projeto detalhado.

Informações básicas do projeto.

Folha de rosto.

Parecer fundamentado do Departamento de Enfermagem Aplicada da UFMG.

Modelo de Carta de Anuência a ser apresentado às instituições onde serão coletados os dados da pesquisa.

TCLE.

Roteiro de entrevista institucionalizado a ser aplicado. Roteiro de entrevista a ser aplicado ao profissional.

Recomendações:

- Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

S.M.J. sou a favor da aprovação do projeto.

Considerações Finais a critério do CEP:

Tendo em vista a legislação vigente (Resolução CNS 466/12), o COEP-UFMG recomenda aos Pesquisadores: comunicar toda e qualquer alteração do projeto e do termo de consentimento via emenda na Plataforma Brasil, informar imediatamente qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento da pesquisa (via documental encaminhada em papel), apresentar na forma de notificação relatórios parciais do andamento do mesmo a cada 06 (seis) meses e ao término da pesquisa encaminhar a este Comitê um sumário dos resultados do projeto (relatório final).

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BELO HORIZONTE, 19 de Janeiro de 2018

Assinado por: Vivian Resende (Coordenador)

APÊNDICES

APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de Consentimento livre e esclarecido – Idoso

Título do Projeto: Práticas cotidianas em Instituições de Longa Permanência para Idosos: discursos de idosos institucionalizados e profissionais

Pesquisador Responsável: Isabela Silva Cancio Velloso

Prezado (a),

Convidamos você a participar da pesquisa intitulada “**Práticas cotidianas em Instituições de Longa Permanência para Idosos: discursos de idosos institucionalizados e profissionais**”, que tem como objetivo analisar a constituição dos discursos relacionados às práticas cotidianas de idosos e de profissionais de uma Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI) de Belo Horizonte e região metropolitana. Sua participação na pesquisa será responder algumas perguntas sobre seu cotidiano na ILPI e, se você não quiser, não é obrigado a responder. Se concordar em responder às perguntas, a conversa será gravada e o material será utilizado exclusivamente para essa pesquisa. Além da entrevista, será utilizada a observação do campo como ferramenta de obtenção de dados. Vamos ouvir os profissionais que trabalham nas instituições e os idosos que nela residem, para conhecer os discursos produzidos em seu cotidiano. Queremos saber que discursos são produzidos pelos idosos em relação a sua identidade, autonomia, relações interpessoais, socialização e experiências de cuidado na instituição. As entrevistas estão previstas para durarem em torno de 30 minutos e serão feitas na própria instituição, em local reservado, agendadas em data e horário de acordo com sua disponibilidade. Seu nome não será divulgado ou conhecido por outras pessoas que não trabalham na pesquisa.

O Sr.(a) correrá o risco de sentir-se desconfortável ou incomodado com a entrevista ou com a presença e observação do investigador. No entanto, poderá retirar seu consentimento ou interromper sua participação a qualquer momento. Ao participar desta pesquisa, o(a) Sr.(a) não terá nenhum benefício direto, mas esperamos que o conhecimento produzido a partir dela possa contribuir para reflexões sobre as práticas cotidianas nas ILPI e suas repercussões no dia a dia das pessoas institucionalizadas.

Para participar deste estudo o Sr.(a) não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. O Sr.(a) terá esclarecimento sobre qualquer aspecto do estudo que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável, na Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, e a outra será entregue ao Sr.(a). Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos, e após esse tempo serão destruídos. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

Eu, _____, declaro que fui informado(a) dos objetivos da pesquisa **Práticas cotidianas em Instituições de Longa Permanência para Idosos: discursos de idosos institucionalizados e profissionais**, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações

e modificar minha decisão de participar se assim o desejar. Declaro que concordo em participar. Recebi uma via original deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Local/Data: _____

Nome do participante: _____

Assinatura: _____

Eu, (*nome do pesquisador*), declaro que forneci todas as informações referentes ao projeto para o participante.

Nome do pesquisador: _____ Data: __/__/__ Telefone:

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG (COEP) pode ser contatado em caso de dúvidas éticas.

Av. Presidente Antônio Carlos, 6627, Pampulha, Belo Horizonte. Telefone: (031) 3409-4592.

E-mail: coep@prpq.ufmg.br

Contato do pesquisador responsável: Isabela Silva Cancio Velloso. Email: isavelloso@ufmg.br Telefone: (031) 3409-9180. Universidade Federal de Minas Gerais, Avenida Alfredo Balena, 190, sala 516, Bairro Santa Efigênia, Belo Horizonte.

APÊNDICE B – Termo de Consentimento livre e esclarecido – Profissional

Título do Projeto: Práticas cotidianas em Instituições de Longa Permanência para Idosos: discursos de idosos institucionalizados e profissionais

Pesquisador Responsável: Isabela Silva Cancio Velloso

Prezado (a),

Convidamos você a participar da pesquisa intitulada “**Práticas cotidianas em Instituições de Longa Permanência para Idosos: discursos de idosos institucionalizados e profissionais**”, que tem como objetivo analisar a constituição dos discursos relacionados às práticas cotidianas de idosos e de profissionais de uma Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI) de Belo Horizonte e região metropolitana. Sua participação na pesquisa será responder algumas perguntas sobre seu cotidiano na ILPI e, se não quiser, não é obrigado a responder. Se concordar em responder às perguntas, a conversa será gravada e o material será utilizado exclusivamente para essa pesquisa. Além da entrevista, será utilizada a observação do campo como ferramenta de obtenção de dados. Vamos ouvir os profissionais que trabalham nas instituições e os idosos que nela residem, para conhecer os discursos produzidos em seu cotidiano. Queremos saber que discursos são produzidos por idosos institucionalizados e profissionais das ILPI em relação à identidade do idoso, sua autonomia, as relações interpessoais, socialização e experiências de cuidado na instituição. As entrevistas estão previstas para durarem em torno de 30 minutos e serão feitas na própria instituição, em local reservado, agendadas em data e horário de acordo com sua disponibilidade. Seu nome não será divulgado ou conhecido por outras pessoas que não trabalham na pesquisa.

Você correrá o risco de sentir-se desconfortável ou incomodado com a entrevista ou com a presença e observação do investigador. No entanto, poderá retirar seu consentimento ou interromper sua participação a qualquer momento. Ao participar desta pesquisa, você não terá nenhum benefício direto, mas esperamos que o conhecimento produzido a partir dela possa contribuir para reflexões sobre as práticas cotidianas nas ILPI e suas repercussões no dia a dia das pessoas institucionalizadas.

Para participar deste estudo, você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Você terá esclarecimento sobre qualquer aspecto do estudo que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma será arquivada pelo pesquisador responsável, na Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, e a outra será entregue a você. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos, e após esse tempo serão destruídos. Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

Eu, _____, declaro que fui informado(a) dos objetivos da pesquisa **Práticas cotidianas em Instituições de Longa Permanência para Idosos: discursos de idosos institucionalizados e profissionais**, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar. Declaro que concordo em participar. Recebi uma via original deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Local/Data: _____

Nome do participante: _____

Assinatura: _____

Eu, (*nome do pesquisador*), declaro que forneci todas as informações referentes ao projeto para o participante.

Nome do pesquisador: _____ Data: __/__/__ Telefone:

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG (COEP) pode ser contatado em caso de dúvidas éticas.
Av. Presidente Antônio Carlos, 6627, Pampulha, Belo Horizonte. Telefone: (031) 3409-4592. E-mail:
coep@prpq.ufmg.br

Contato do pesquisador responsável: Isabela Silva Cancio Velloso. Email: isavelloso@ufmg.br
Telefone: (031) 3409-9180. Universidade Federal de Minas Gerais, Avenida Alfredo Balena, 190, sala 516, Bairro Santa Efigênia, Belo Horizonte.

APÊNDICE C – Roteiro de entrevista do idoso institucionalizado

IDENTIFICAÇÃO

Data: ____/____/____

ENTREVISTA N°: ____

Sexo: () F () M

Estado civil: _____

Data de nasc.: ____/____/____

Idade: ____ anos

Tempo de institucionalização na ILPI: _____

Escolaridade máxima

Nível	Completo	Incompleto
Ensino fundamental		
Ensino médio		
Ensino superior		
Pós-graduação		

QUESTÕES NORTEADORAS

1. Onde você vivia antes de vir para esta Instituição?
2. De quem foi a decisão de você vir morar aqui? Por quê?
3. Como é o seu dia a dia aqui? Como é, para você, morar aqui?
4. O que você acha do ambiente (estrutura física) do local onde você mora?
5. Me fale um pouco sobre seu relacionamento com as pessoas que trabalham aqui.
6. Você precisa de auxílio dos cuidadores e/ou de outra pessoa para alguma de suas atividades diárias? Qual(is)?
7. Você se sente em condições de tomar decisões sobre as coisas que precisa fazer no dia-a-dia? Por quê?
8. O que é, para você, envelhecer e ser idoso no Brasil?

APÊNDICE D – Roteiro de entrevista do profissional

IDENTIFICAÇÃO

Data: ____/____/____

ENTREVISTA N°: ____

Sexo: () F () M

Estado

civil: _____

Data de nasc.: _/ _/ _____

Idade: ____ anos

Tempo de trabalho na ILPI: _____

Cargo/função na ILPI: _____

Formação acadêmica

Nível	Não	Sim	Ano de conclusão
Curso técnico em _____			
Cuidador de idosos			
Graduação em _____			
Especialização			
Mestrado			
Doutorado			

QUESTÕES NORTEADORAS

1. Como é, para você, trabalhar em uma ILPI?
2. Como é seu cotidiano de trabalho na Instituição?
3. O que você acha do ambiente (estrutura física) da Instituição onde você trabalha?
4. Me fale um pouco sobre seu relacionamento com os idosos que residem aqui.
5. Qual a sua percepção sobre a relação dos idosos institucionalizados com seus familiares e amigos?
6. Você presta cuidado aos idosos institucionalizados? Que tipo de cuidado você presta?
7. Você considera que os idosos dessa ILPI têm condições de tomar decisões sobre as coisas que precisam fazer em seu dia-a-dia? Por quê?