

# Vulnerabilidade, violência familiar e institucionalização: narrativas de idosos e profissionais em centro de acolhimento social

*Vulnerability, family violence and institutionalization: narratives for elderly and professionals in social welcome center*

*Vulnerabilidad, violencia familiar e institucionalización: narrativas para personas mayores y profesionales en centro de bienvenida social*

Dayane Akinara Toledo Ribeiro<sup>a</sup> 

Aline Balandis Costa<sup>a</sup> 

Pâmela Patricia Mariano<sup>a</sup> 

Vanessa Denardi Antoniassi Baldissera<sup>a</sup> 

Susanne Elero Betioli<sup>b</sup> 

Lúgia Carreira<sup>a</sup> 

## Como citar este artigo:

Ribeiro DAT, Costa AB, Mariano PP, Baldissera VDA, Betioli SE, Carreira L. Vulnerabilidade, violência familiar e institucionalização: narrativas de idosos e profissionais em centro de acolhimento social. Rev Gaúcha Enferm. 2021;42:e20200259. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200259>

## RESUMO

**Objetivo:** Conhecer o processo de institucionalização e a condição clínica funcional de idosos que sofreram violência familiar, na perspectiva dos idosos e dos profissionais.

**Métodos:** Estudo qualitativo, que utilizou a história oral como técnica de coleta de dados. Realizado em instituição de longa permanência para idosos, utilizando roteiro de entrevista semiestruturada. Os participantes foram três técnicos de enfermagem, dois auxiliares de enfermagem, cinco cuidadores de idosos e oito idosos. A análise temática foi realizada com o auxílio do software MAXQDA®.

**Resultados:** Identificaram-se três categorias: A condição de vulnerabilidade e as necessidades de cuidado dos idosos indicando como intervenção o acolhimento; O sofrimento e a negação das condições de vulnerabilidade; e Situações de violência familiar e os aspectos positivos do acolhimento.

**Conclusões:** Consideram-se as instituições de longa permanência importantes espaços para o cuidado integral e humanizado, assim como essenciais na proteção de idosos vítimas de violência familiar.

**Palavras-chave:** Idoso. Maus-tratos ao idoso. Instituição de longa permanência para idosos.

## ABSTRACT

**Objective:** To know the institutionalization process and the functional clinical condition of elderly people who suffered family violence, from the perspective of the elderly and professionals.

**Methods:** Qualitative, which used oral history as a data collection technique. Held in a long-term institution for the elderly, using a semi-structured interview script. The participants were three nursing technicians, two nursing assistants, five caregivers for the elderly and eight elderly. Thematic analysis was performed with the aid of the MAXQDA® software.

**Results:** Three categories were identified: The condition of vulnerability and the care needs of the elderly, indicating welcoming as an intervention; Suffering and denial of conditions of vulnerability; and Situations of family violence and the positive aspects of reception. Conclusions: Long-term institutions are considered important spaces for comprehensive and humanized care, as well as essential for the protection of elderly victims of family violence.

**Keywords:** Aged. Elder abuse. Homes for the aged.

## RESUMEN

**Objetivo:** Conocer el proceso de institucionalización y el estado clínico funcional de las personas mayores que sufrieron violencia familiar, desde la perspectiva de los adultos mayores y profesionales.

**Métodos:** Estudio cualitativo, que utilizó la historia oral como técnica de recolección de datos. Se lleva a cabo en un centro de atención a largo plazo para personas mayores, utilizando un guión de entrevista semiestruturada. Los participantes fueron tres técnicos de enfermería, dos auxiliares de enfermería, cinco cuidadores de ancianos y ocho ancianos. El análisis temático se realizó con la ayuda del software MAXQDA®.

**Resultados:** Se identificaron tres categorías: la condición de vulnerabilidad y las necesidades de atención de los ancianos, lo que indica la bienvenida como una intervención; Sufrimiento y negación de condiciones de vulnerabilidad; y Situaciones de violencia familiar y los aspectos positivos de la recepción.

**Conclusiones:** Las instituciones a largo plazo se consideran espacios importantes para la atención integral y humanizada, así como esenciales para la protección de las víctimas de la violencia familiar.

**Palabras clave:** Anciano. Maltrato al anciano. Hogares para ancianos.

<sup>a</sup> Universidade Estadual de Maringá (UEM), Departamento de Enfermagem, Programa de Pós-graduação em Enfermagem. Maringá, Paraná, Brasil.

<sup>b</sup> Universidade Federal do Paraná (UFPR), Departamento de Enfermagem, Programa de Pós-graduação em Enfermagem. Curitiba, Paraná, Brasil.

## INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional, em países em desenvolvimento, ocorre em concomitância com os graves problemas sociais. Os indicadores básicos do Ministério da Saúde evidenciam esta transição demográfica de maneira bastante expressiva<sup>(1)</sup>. A estimativa de 2020 mostra que a população com 60 anos ou mais para este mesmo ano soma 30.197.052 milhões, representando 14.26% da população brasileira. Atualmente, 5.020.140 milhões de idosos, residem no Sul do Brasil, totalizando 16.62% da população idosa dessa região, sendo a região com maior crescimento deste grupo etário no país<sup>(1)</sup>.

Os problemas sociais causados pelo rápido processo de envelhecimento populacional também se associam ao aumento dos casos de violência<sup>(2)</sup>. A violência contra a pessoa idosa é considerada um problema social grave, um fenômeno universal que acomete todas as classes sociais e tem causado adoecimento físico, psíquico e morte<sup>(2-3)</sup>.

O conceito de violência é entendido como o uso intencional da força física ou poder, em ameaça ou na prática, contra si próprio, outra pessoa ou contra um grupo, que resulte ou possa resultar em sofrimento, dano psicológico, privação ou morte<sup>(2-3)</sup>. As formas específicas de manifestação da violência contra a pessoa idosa podem ser descritas como: Intrafamiliar ou familiar, Estrutural e Institucional<sup>(3)</sup>.

A violência, quando ocorre no meio intrafamiliar, é definida e compreendida como sendo ações ou omissões que prejudiquem o estado de bem-estar, a integridade física e psicológica do idoso. Ela pode ser executada dentro ou fora do lar, por qualquer familiar que esteja em relação de poder com a pessoa agredida ou mesmo pessoas com vínculo íntimo, ainda que não seja consanguíneo<sup>(2)</sup>. A família tanto pode trazer aspectos positivos, de forma a auxiliar no desenvolvimento dos indivíduos, como pode apresentar aspectos negativos, através da disputa pelo poder, fomentando desigualdades e discriminação. Pode ocorrer a necessidade de intervenção e, em casos não tão raros, a institucionalização do idoso como forma de proteção deste<sup>(4-5)</sup>.

No Brasil, muitos estudos têm sido voltados para a população idosa, porém se constata um número reduzido de investigações direcionadas aos idosos institucionalizados, menos ainda estudos que relacionam a institucionalização à violência<sup>(6)</sup>. Os idosos que sofrem violência familiar normalmente apresentam características que evoluem junto ao processo de envelhecimento, dentre elas, destaca-se a vulnerabilidade clínico-funcional<sup>(6)</sup>.

A vulnerabilidade clínico-funcional compreende alterações orgânicas que podem comprometer as principais dimensões da funcionalidade, acarretando, conseqüentemente, déficit

locomotor, disfunções no humor, cognição e comunicação, afetando diretamente a autonomia e independência da pessoa idosa para execução de atividades básicas e instrumentais de vida diária, bem como sua qualidade de vida<sup>(7)</sup>.

Os idosos tornam-se mais suscetíveis à violência na medida em que necessitam de maiores cuidados físicos ou apresentam evolução do grau de dependência. Neste sentido, a vulnerabilidade clínico-funcional pode influenciar negativamente nas relações familiares<sup>(8)</sup>. A vulnerabilidade do idoso, o convívio familiar fragilizado, bem como os cuidadores despreparados e desassistidos tornam o ambiente em que se encontra a pessoa idosa extremamente hostil<sup>(9)</sup>.

Sendo assim, conhecer as expectativas e a adaptação de idosos que foram institucionalizados em situação de violência ou negligência pode contribuir para o planejamento e implementação de estratégias de cuidado singular ao idoso, na perspectiva de melhores práticas assistenciais, levando-se em conta suas necessidades e limitações<sup>(10)</sup>. Nesse contexto, questiona-se: Como acontece o processo de institucionalização frente às condições de vulnerabilidade clínico-funcional de idosos que sofreram violência familiar? Assim, o presente estudo tem como objetivo conhecer o processo de institucionalização e a condição clínica funcional de idosos que sofreram violência familiar, na perspectiva dos idosos e dos profissionais.

## MÉTODO

Trata-se de estudo qualitativo, pautado na história oral como técnica de coleta de dados. A pesquisa qualitativa tem características fidedignas, como ambiente natural para a busca de sua fonte de dados<sup>(11)</sup>. A história oral como técnica de coleta de dados coloca o sujeito em um lugar de destaque, por partir da fala, utiliza a memória como fonte primária para compreensão da sociedade e do passado, valorizando as experiências vivenciadas e o que se tem a dizer sobre elas<sup>(12)</sup>.

O estudo aconteceu em um município localizado na Região Sul do Brasil, onde 13,6% dessa população são idosos<sup>(1)</sup>. O cenário do estudo foi uma Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI) governamental para vítimas de violência. A garantia de assistência aos acolhidos ocorre por meio da Secretaria de Assistência Social e Cidadania (SASC), juntamente à Rede de Proteção Especial de Alta Complexidade, que coordena a execução das políticas de proteção e defesa dos direitos dessa população no município.

A instituição tem capacidade de acolhimento para 18 pessoas, respeitando sua capacidade, com nove vagas femininas e nove masculinas. Na ocasião da pesquisa, duas vagas estavam preenchidas por indivíduos não idosos, portadores de necessidades especiais.

A instituição possui 28 servidores estatutários do município, sendo dois profissionais de nível superior, sete técnicos de nível médio e seis cuidadores de idosos. Estes 15 servidores prestavam assistência diretamente aos idosos. Os outros 13 servidores atuam na manutenção da unidade. Dos servidores que atuam diretamente nos cuidados aos idosos, dois tinham sido admitidos havia menos de 6 meses na instituição, dois estavam de férias e um, de licença médica, no período de coleta de dados, sendo assim, não participaram da pesquisa.

Dos 16 idosos acolhidos na unidade, um idoso estava hospitalizado no período de coleta de dados e sete idosos apresentaram comprometimento cognitivo conforme resultados do Mini Exame do Estado Mental (MEEM), e não participaram da pesquisa por não atenderem aos critérios de inclusão da pesquisa.

Do total de 18 participantes, 10 eram profissionais: três técnicos de enfermagem, dois auxiliares de enfermagem, cinco cuidadores de idosos. Oito participantes eram idosos vítimas de violência familiar.

O critério de inclusão para a participação dos idosos na pesquisa foi: ser acolhido na ILPI motivado pela violência familiar. Para os profissionais, foram: prestar assistência direta à pessoa idosa e atuar no serviço há mais de 6 meses. Os critérios de exclusão para os idosos foram: apresentar comprometimento do estado cognitivo, avaliado com base na aplicação do MEEM, estar hospitalizado no período da coleta de dados, apresentar apraxia orofacial ou qualquer outra condição que impossibilitasse a compreensão da entrevista. Já para os servidores foram: estar ausente de suas atividades laborais devido a férias ou licença durante o período de coleta de dados. Portanto, tratou-se de uma amostra intencional.

Para a coleta de dados, o instrumento utilizado passou por validação aparente e de conteúdo por três doutores *experts* no tema. A avaliação foi realizada a partir de um instrumento de adequação para roteiro de entrevista, contendo duas partes: a primeira composta da identificação do avaliador; a segunda parte com instruções sobre os objetivos, local e participantes da pesquisa para subsidiar o processo de avaliação, e as questões para análise dos aspectos do roteiro, considerando sua forma, sequência e abrangência.

Após a avaliação, todas as sugestões foram incorporadas ao instrumento e esta versão corrigida foi analisada no âmbito de um grupo de pesquisa, com participantes discentes e docentes, para o seu uso no trabalho de campo. Houve a lapidação das questões de modo a dar clareza às questões e a responder aos objetivos propostos, minimizando também aos participantes os riscos de desconforto.

Foram aplicadas as técnicas da história oral, na modalidade temática. Estas colocam o sujeito num lugar de destaque,

partem dos relatos e da memória como fonte primária. São utilizadas para compreensão da sociedade, das histórias de vida, acontecimentos marcantes e do passado, enfatizando as experiências vivenciadas e o que se tem a dizer sobre elas<sup>(13)</sup>.

A coleta de dados se deu em duas etapas. Inicialmente, foram realizadas coletas documentais a partir de prontuários e registros pessoais, sociais e institucionais, tais como: motivo e situação do idoso no momento do acolhimento, vínculo e frequência de visitas familiares, cuidados e rotinas diárias, atividades e entretenimento.

A segunda etapa se deu a partir das entrevistas dos idosos e profissionais da instituição. Os participantes foram convidados pessoalmente pela pesquisadora principal. No momento do convite, cada participante foi informado sobre o objetivo da pesquisa, o tema em estudo e os riscos relacionados à pesquisa como momentos de desconforto já que haveria exposição de sentimentos e resgate das memórias e trajetória de vida. As entrevistas foram realizadas pela pesquisadora principal conforme a disponibilidade dos participantes, na própria instituição em ambiente reservado, tranquilo, sem interrupções. O áudio das entrevistas foi gravado para posterior transcrição e análise.

Os diálogos entre entrevistador e idosos foram orientados por roteiro de perguntas contendo as seguintes questões: Conte-me como era sua vida e se necessitava de algum cuidado antes de residir na ILPI; Como era a relação com sua família ao longo da vida?; Como conheceu ou foi encaminhado à instituição?; Como se sente morando nessa instituição? Quais alterações ocorreram em sua vida após vir morar aqui?; Gostaria de falar mais sobre alguma coisa que não foi perguntada nesta entrevista?

Já para os profissionais o roteiro de perguntas foi: Como é a aceitação e a evolução do idoso no processo de institucionalização?; Conhecendo as histórias dos idosos daqui, no geral, o que você acha sobre a conduta de institucionalizar como solução para os casos de violência?; Após o acolhimento, quais resultados você identifica em relação à violência que o idoso sofria?; Gostaria de falar mais sobre alguma coisa que não foi perguntada nesta entrevista?

Na sequência, fizeram-se a análise temática<sup>(11)</sup>, apoiando-se no *software* MAXQDA®, versão 2018, que proporcionou facilidade na codificação e permitiu a inter-relação entre dados, códigos e derivados de abordagem metodológica.

A análise temática dos dados derivados dos documentos e entrevistas se deu segundo Minayo<sup>(11)</sup>, seguindo as etapas pré-análise, exploração do material ou codificação e tratamento dos resultados obtidos/interpretação. Na pré-análise, a organização do material envolveu a sistematização inicial das ideias, por meio da leitura. Na segunda fase realizou-se a codificação do material, possibilitando interpretações

e inferências. A terceira fase constou do tratamento dos resultados, inferência e interpretação, foi o momento da intuição, da análise reflexiva e crítica<sup>(11)</sup>.

A validação das inferências foi realizada de maneira voluntária, por meio de um convite aos participantes, tendo como critério mínimo um integrante de cada categoria. Participaram deste processo de validação dois profissionais e dois idosos, sendo um participante idoso de cada sexo, considerando que a violência familiar pode ser vivenciada e interpretada de forma diferente em ambos os sexos. Realizou-se a leitura das inferências no processo de análise para os profissionais e idosos e estes confirmaram ou adaptaram as afirmações.

Por fim, a análise dos prontuários dos idosos permitiu a visualização do contexto familiar, ambiental e social no qual os idosos estavam inseridos, facilitando a compreensão dos significados dos discursos acerca das condições de vulnerabilidade que os residentes estavam expostos e a relação desta realidade com o processo de institucionalização.

As categorias emergiram a partir dos resultados das narrativas dos participantes. Assim, constituíram-se três delas, de modo a visualizar melhor a vulnerabilidade clínico-funcional dos idosos vítimas de violência familiar e a sua institucionalização.

O estudo obedeceu às resoluções vigentes quanto as pesquisas com seres humanos, foi autorizado pelo responsável da instituição, bem como pelo Comitê Permanente de Ética em Pesquisa envolvendo Seres Humanos, da Universidade Estadual de Maringá, com o Parecer nº 3.384.162 e CAAE nº 08167419.7.0000.0104. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre Esclarecido e, para garantir o sigilo e anonimato, as falas foram identificadas pelas letras: TE - para Técnico de Enfermagem, AE - para Auxiliar de Enfermagem, CI - para Cuidador de idoso e ID - para idoso, seguido da numeração.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Entre os profissionais participantes (n=10), todas eram do sexo feminino, com faixa etária entre 31 e 63 anos. Quanto à função desenvolvida, duas eram auxiliares de enfermagem; três, técnicas de enfermagem; e cinco, cuidadoras de idosos. Todas as profissionais possuíam mais que 11 anos de estudo, duas cuidadoras possuíam nível superior em serviço social. O tempo de trabalho das profissionais foi de um a 16 anos, com média de seis anos.

Entre os idosos participantes (n=8), quatro eram do sexo feminino e quatro, do sexo masculino, e apresentaram faixa etária entre 60 e 85 anos. Três idosos eram solteiros; dois, viúvos; dois, divorciados; e um, separado. Todos foram institucionalizados motivados por situações de violência e

risco familiar e social. Os idosos possuíam doenças pré-existentes como: Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), hipertensão, diabetes, hipotireoidismo, doenças neurodegenerativas, doenças vasculares, psiquiátricas e emocionais. Em relação às condições de dependência, um idoso possuía grau de dependência I, havia quatro idosos com grau de dependência II, e três idosos possuíam grau de dependência III.

Da análise temática emergiram as seguintes categorias: A condição de vulnerabilidade e as necessidades de cuidado dos idosos indicam o acolhimento em ILPI como intervenção; O sofrimento e a negação das condições de vulnerabilidade e violência familiar e Situações de violência familiar e os aspectos positivos da institucionalização do idoso.

### A condição de vulnerabilidade e as necessidades de cuidado dos idosos indicam o acolhimento em ILPI como intervenção

Nesta categoria, os idosos reconheceram sua condição de vulnerabilidade e suas necessidades de cuidados, assim como a importância do acolhimento na ILPI diante do contexto em que estavam inseridos. Observou-se também, durante a análise documental, o alto risco social e de saúde em que os idosos viviam antes do acolhimento e quão grande eram as impossibilidades de realizar atividades básicas e instrumentais de vida diária. Sendo assim, a vulnerabilidade clínico-funcional se mostrou um forte fator para a institucionalização dos acolhidos até o momento. Durante o processo de coleta de dados, ficou evidenciado o desejo dos participantes em viver com mais qualidade, recebendo cuidado, companhia e respeito.

*Eu precisava de cuidado sim, de alguém que me ajudasse nas coisas do dia a dia. Eu sentia muita tontura, mal caminhava, tomava banho sentado, fazia comida como podia, mas não comia [...] mudou tudo na minha vida depois que eu vim morar aqui. (ID-01)*

*Na verdade, eu sabia que já não dava para eu me cuidar [...] Eu já não podia fazer quase nada, vivia como dava [...] morava no hospital, depois que eu tive alta não podia viver só. (ID-4)*

*Eu vivia sozinha, sabia que precisava de ajuda para as tarefas do dia a dia, tomar banho e ir ao médico, por exemplo. Não aguentava mais aquela vida, era muita solidão. (ID-05)*

A impossibilidade de realizar as atividades básicas e instrumentais está fortemente relacionada à presença da vulnerabilidade clínico-funcional, associadas às condições

de saúde desse idoso. Desse modo, é importante a implementação de programas com a finalidade de minimizar a vulnerabilidade e seus riscos<sup>(10,14)</sup>. A condição de vulnerabilidade abrange fatores biológicos, psicológicos, sociais e cognitivos, sendo necessário a avaliação integral do idoso, associada à assistência social e de saúde<sup>(2,15)</sup>.

Sabe-se que a condição de vulnerabilidade clínica pode levar à hospitalização, institucionalização e, até mesmo, à morte<sup>(14)</sup>. Esse contexto pode tornar o idoso dependente de cuidados especiais e, portanto, devem ser considerados um grupo prioritário nas políticas públicas sociais e de saúde, a fim de minimizar suas consequências e agravos<sup>(10,15)</sup>.

Ainda que os idosos mantenham o sistema cognitivo preservado, o alto grau de vulnerabilidade e, conseqüentemente, dependência, normalmente faz parte do contexto dos idosos acolhidos no cenário da pesquisa. As narrativas abaixo trazem as histórias de abandono e solidão que envolvem esse contexto.

*Vim morar aqui na casa lar, porque eu morava sozinha e já usava cadeira de rodas, não podia me cuidar. Precisava de ajuda para tomar banho, fazer comida, fazer compra. Dependia da ajuda de uma vizinha para tudo. (ID-02)*

*Eu tinha bastante remédio para tomar, mas sempre teve um amigo ou vizinho por perto para me ajudar a buscar e a comprar [...] antes eu tomava banho sozinha, fazia comida, lavava minha roupa e limpava a casa [...], mas depois foi ficando difícil, impossível. (ID-03)*

*Eu sempre estava sozinha quando tinha as convulsões e quando precisava da ajuda dos meus irmãos, percebia que minhas cunhadas não gostavam. Sentia medo de ficar sozinha, me sentia um peso para eles. (ID-6)*

*Eu creio que, dependendo do estágio que alguns idosos chegam aqui, se não estivessem aqui, já teriam evoluído a óbito. Então, a institucionalização para os nossos acolhidos é a continuação da vida. Na minha opinião, a gente quase ressuscita esses idosos [...] a pessoa chega aqui e floresce! (CI-03)*

Idosos que vivem em ILPI, apesar de possuírem familiares, aceitam viver na instituição devido à solidão experimentada e às condições de saúde que aumentam as necessidades de cuidados e companhia. O atual local onde se vive representa um refúgio, proteção, significa um espaço de representações, histórias e lembranças, pois o principal motivo da institucionalização normalmente é a necessidade de cuidado, advinda dos percalços sociais<sup>(4,14)</sup>.

Sabe-se também que a institucionalização pode ter efeitos negativos para a pessoa idosa<sup>(14)</sup>. A presença de sintomas de depressão, diminuição dos níveis de atividade física ou de lazer e perda da independência funcional, potencializam

o declínio funcional<sup>(16)</sup>. Contudo, já foi evidenciado que o cuidado especializado e humanizado traz benefícios potencialmente positivos ao idoso<sup>(10,17-18)</sup>.

## O sofrimento e a negação das condições de vulnerabilidade e violência familiar

A vulnerabilidade do idoso está relacionada aos desfechos adversos, como dependência funcional, risco de institucionalização, hospitalização ou morte, frente aos determinantes biológicos, sociais, cognitivos, psíquicos e arranjos familiares<sup>(3,10)</sup>. No entanto, as narrativas mostram que, mesmo vivendo em condição subumana, os idosos se fizeram resistentes ao reconhecer, ou até mesmo negaram sua condição de vulnerabilidade e suas vivências em relação à violência e abandono sofridos. Em meio a esse cenário, os idosos apresentam resistência à institucionalização. Frequentemente, reconhecem o motivo e a importância da institucionalização para a manutenção de sua saúde, mas tendem a justificar este processo de maneira que não exponham sua vulnerabilidade, mesmo apresentando compreensão desse contexto.

*Eu precisava de muita ajuda da minha vizinha, mas também fazia muita coisa sozinha se eu pensar bem, na verdade eu vim morar aqui porque o assistente social foi na minha casa, me chamou e eu decidi vir [...]. (ID-02)*

*Não precisava de ajuda, só para me levar no banco, porque não conhecia Maringá direito, mas a comida eu fazia. Vim morar aqui por causa da minha idade, já tinha trabalhado, agora era hora de parar. Por causa disso, não tinha onde morar. (ID-05)*

*Fazia café, fazia minha comida, as pessoas da casa lar (residia ao lado da casa lar) me dava comida porque queriam, mas eu fazia. Tomava meus remédios sozinho, mas quem buscava os remédios e me levava no médico eram outras pessoas, não da minha família [...] na verdade, eu não podia trabalhar, não tinha o que comer em casa. Eu catava papelão, ganhava cesta básica. (ID-08)*

A negação da condição de vulnerável traz consigo o sofrimento ao relembrar suas histórias de vida e o que os trouxe ao acolhimento institucional. Durante a avaliação e análise documental e das entrevistas, sentimentos de fracasso, rejeição, solidão e tristeza foram facilmente evidenciados.

A percepção de vulnerabilidade funcional e as situações de violência familiar vivenciadas remetem às histórias de vida, marcadas por sofrimentos físicos ou mentais, bem como aos adoecimentos, à falta de recursos financeiros, de segurança, cuidado e apoio familiar<sup>(15-16)</sup>. Essas narrativas se

embargam de emoção e expressam sofrimento ao relatar como o indivíduo vivia antes do acolhimento institucional e o reconhecimento dos benefícios adquiridos após a institucionalização<sup>(15-16,19)</sup>, que podem ser observados através das seguintes falas:

*Com o tempo aqui, eu entendi que antes eu bebia por causa da solidão, não tinha outra coisa para fazer [...] não recebia visitas, não tinha contato com meus filhos. Aqui eu não sinto vontade de beber, porque me sinto bem. Na verdade, eu não gosto muito de lembrar de como eu vivia antes. Aqui, até meus filhos vêm me visitar às vezes [...] eu achava que solidão era viver em um asilo, mas para mim foi melhor. (ID-01)*

*Não tinha ajuda em nada, eu cuidei de todos meus irmãos. Me dediquei a vida inteira a eles, tanto que não me casei [...] e hoje são outras pessoas que cuidam de mim, graças a Deus que tem eles (se refere à equipe da instituição). (ID-04)*

*Percebo que eles entendem a necessidade de receberem cuidado adequado, mas às vezes negam, talvez por vergonha. Em dias especiais, como aniversários, mesmo com a festa que fazemos, percebemos eles pensativos e tristes. Falar da família para eles também não me parece ser algo que eles sentem prazer, quase nunca falam. (TE-01)*

*No dia a dia é muito fácil perceber o quanto são carentes, querem chamar atenção. Poucos recebem visitas e estes normalmente adoram os voluntários que visitam a casa, porque sabem que são as únicas visitas, não vem mais ninguém. Eu percebo que por melhor que seja a instituição, não substitui a presença da família. Os idosos sofrem com o abandono familiar. (AE-02)*

Relembrar suas histórias de vida abrange vários fatores que estão diretamente associados à cultura e às características individuais dos idosos, o que gera sensações diversas e de intensidades diferentes. Isso reflete diretamente nos sentimentos vivenciados e na aceitação ou não de residir em uma ILPI, pois são diferentes as formas de avaliar as situações que se apresentam ao longo da vida. Alguns idosos encaram com naturalidade a institucionalização, outros aceitam por não haver outras opções<sup>(10,14)</sup>.

### **Situações de violência familiar e os aspectos positivos da institucionalização do idoso**

Sabe-se que vários fatores estão associados às situações de violência contra idosos. Neste contexto, esta pesquisa foi marcada por um forte fator que parece contribuir para

a perpetuação da violência familiar, a vulnerabilidade clínico-funcional dos idosos.

A família, quando possui um idoso com alto grau de dependência sob seus cuidados, está suscetível às constantes pressões financeiras, sobrecarga física e reorganização na rotina familiar e dos cuidadores familiares. Esses fatores podem tornar o ambiente e a convivência hostil, desencadeando respostas comportamentais violentas por parte dos cuidadores familiares, sendo potencializadas pelas complicações do estado de saúde físico, emocional e psíquico do idoso<sup>(2,14)</sup>. Além disso, diversos fatores intrínsecos ao idoso contribuem para dificultar a identificação da violência por profissionais de saúde<sup>(7,14)</sup>.

A violência se relaciona diretamente com relações de poder, pois ela envolve a habilidade de impor sua vontade sobre os outros, fora de qualquer marco organizacional ou institucional<sup>(14)</sup>. São muitos os fatores que se associam às situações de violência. Trata-se de um fenômeno biopsicossocial, altamente entrelaçado com o estado de vulnerabilidade do outro<sup>(9,14)</sup>.

*A maioria das vezes são as famílias que cometem as violências e geralmente as violências mais graves que chegaram aqui foram com os idosos mais frágeis, todo tipo imaginável. Os idosos exigem muito do cuidador, mas ninguém merece a violência. (CI-01)*

*Temos uma pessoa acolhida aqui com necessidades especiais, totalmente "inconsciente", sofreu violência sexual, dói na gente. Aqui tem casos de agressão, tanto verbal quanto física, cárcere privado. A família que comete a maioria das violências dos casos que atendemos e sempre se nota que os idosos que não têm a menor condição de se defender. (CI-02)*

*Eu percebo que os idosos que chegam para o acolhimento apresentam grande dependência, normalmente Grau III. As famílias não estão preparadas ou não querem essa responsabilidade e acabam agredindo ou simplesmente não cuidam. (AE-01)*

*Depois que eu comecei trabalhar aqui, vi algumas situações muito ruins contra os idosos antes do acolhimento na instituição. Situações de abandono, colocando-o em risco, sem alimentação, sem água. As vezes o idoso sofre violência da família, agressões físicas e contra a mente. A violência é causada na maioria das vezes, pelas famílias[...] (TE-02)*

Ao ressaltar a relação da vulnerabilidade clínico-funcional do idoso e a violência, observaram-se nas entrevistas e documentos analisados os sentimentos que a institucionalização reflete no idoso, frente às necessidades de cuidado.

Sabe-se que os idosos podem demonstrar estarem felizes em viver na instituição, embora, muitas vezes fossem resistentes aos desconfortos frente às regras institucionais, às mudanças de rotinas, as quais são inerentes à assistência coletiva<sup>(14,15)</sup>. No contexto da presente pesquisa, o sentimento positivo em estar na ILPI está diretamente relacionado ao trabalho da equipe que valorizava e investia no atendimento humanizado e individualizado, o qual era facilitado pelo número reduzido de acolhidos. As narrativas dos profissionais e dos idosos se mostraram contundentes.

*Eu tenho muita gratidão por quem me trouxe para casa lar, ela foi muito boa para mim. Acho que não iria muito longe vivendo como estava (se refere à sua condição frágil, com alta necessidade de cuidados). Bom, estou feliz, aceito, eu falo que nunca esperava achar um lugar como aqui. (ID-01)*

*Não sofro aqui, melhor do que isso, não poderia ser. As pessoas que trabalham aqui são boas comigo. Conversamos, rimos, falamos besteiras. Eu gosto de morar aqui, tenho toda ajuda que preciso [...] não sinto mais medo da solidão ou de não ter ajuda quando eu precisar. (ID-03)*

*A vida deles muda, a aparência, a saúde melhora depois que acolhem. Eles ganham mais autonomia e depois, quando vai aumentando o grau de dependência por exemplo, é porque não temos mais nada para fazer. Os idosos que vivem aqui, vivem muito melhor que antes. (CI-01)*

*Eles vivem muito melhor aqui na casa lar, do que antes, parecem ser felizes, se sentem à vontade. É claro que eles têm momentos de tristeza e revolta como todas as pessoas têm. Isso acontece com as pessoas de qualquer idade, morando com a família ou com amigos. (TE-02)*

Vale ressaltar que o grau mais elevado de dependência, como era o caso dos idosos desta pesquisa, promove o sentimento de prazer diante o acolhimento, favorecendo a adaptação ao processo de institucionalização<sup>(14,19)</sup>. Ainda, o fato de que muitos idosos nesta condição de vulnerabilidade não possuem uma vida pública e social ativa e intensa, como, por exemplo, realizar as tarefas de casa, ir ao mercado, ter relacionamentos amorosos, frequentar bailes ou grupos de convivências<sup>(14,19)</sup>, também facilita a aceitação do contexto de vida em ILPI. Destaca-se que unidades com acolhimento especializado ao indivíduo vítima de violência, negligência e abandono, como o local do estudo, prevê resgatar a vida social, além da dignidade, que em algumas situações pode ter-se perdido<sup>(7,14)</sup>.

Outro fator importante observado é que os idosos se preocupavam em incomodar a família com suas demandas, fato que os confortava quando institucionalizados, e que

pode se relacionar também com as subnotificações dos casos de violência contra a pessoa idosa<sup>(10)</sup>. Essas constatações se mostraram contrárias a um estudo, ao constatar que os idosos com dificuldades de relacionamento e conflitos com a família sofrem com a institucionalização<sup>(10)</sup>.

Portanto, muitos esforços interdisciplinares, oriundos das áreas da saúde, educação, assistência social e justiça, são necessários na intervenção do problema. Na organização dos serviços de assistência social e de saúde, pressupõe-se que os resultados possam contribuir com a política de saúde pública e a qualidade da assistência aos idosos, sejam eles institucionalizados ou não<sup>(6,14-15,20)</sup>.

## ■ CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo da pesquisa foi desvelado a partir do uso da técnica da história oral, uma vez que permitiu compreender como se dá o processo de institucionalização em uma unidade de acolhimento para idosos vítimas de violência.

Os idosos acolhidos na instituição em estudo apresentavam alto grau de dependência para a realização de atividades de vida diária, elevada necessidade de cuidados e atenção às comorbidades existentes, possuindo condições de vulnerabilidade clínico-funcional. Ainda, evidenciam-se sinais de abandono ou violência verbal, psicológica e física contra os idosos, nas narrativas dos participantes. Neste sentido, a institucionalização foi considerada, na perspectiva dos profissionais e dos próprios idosos, a promoção de um cuidado seguro e de qualidade à saúde e às necessidades básicas diárias, bem como o distanciamento dos riscos de violência.

Ao relembrem da vida antes do processo de institucionalização, alguns idosos não reconheceram a sua condição de vulnerável e de vítima de violência. No entanto, os seus discursos evidenciaram a vivência de sentimentos complexos e negativos como tristeza, fracasso, solidão e sensação de rejeição, estes diretamente relacionados às limitações de autocuidado e incapacidade de realização de atividades de vida diária, decorrentes do declínio funcional e presença de comorbidades. Estas circunstâncias ainda eram agravadas por fragilidades nas relações familiares a que estavam submetidos. Diante esse contexto que viviam, o acolhimento institucional pautado no cuidado humanizado proporcionou aos idosos experiências positivas permeadas por sensação de proteção e melhoria da sua qualidade de vida.

Além disso, observou-se a importância de que uma vez institucionalizado, o idoso tenha uma equipe de profissionais responsável por acolher, preservar e incentivar a autonomia e a independência, buscando atender ao conjunto de necessidades e certificando-se de uma atenção integral. Destaca-se o papel da equipe de saúde para a importância

e a compreensão das mudanças no estado físico e mental dos idosos institucionalizados.

Houve também a sensibilização do olhar do pesquisador para a assistência resolutiva, em que são necessárias análises multidisciplinares, estratégias coletivas na saúde pública e assistência social, a fim de minimizar os riscos e os danos na vida e na saúde dessa população.

O desenvolvimento da pesquisa em um único cenário, bem como o número reduzido de participantes podem se configurar em limitações do estudo. Entretanto, ressalta-se que esta instituição é a única na região direcionada a atender especialmente idosos vítimas de violência. Além disso, o estudo pode contribuir para a formulação de novas políticas públicas que melhorem a adaptação do idoso no processo de institucionalização, possibilitando novas ações protetivas à essa população.

## REFERÊNCIAS

1. [datasus.saude.gov.br](https://datasus.saude.gov.br) [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; c2020 [citado 2020 set 02]. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/>
2. Yon Y, Mikton CR, Gassoumis ZD, Wilber KH. Elder abuse prevalence in community settings: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Glob Health*. 2017;5(2):e147-56. doi: [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(17\)30006-2](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(17)30006-2)
3. Soares LAL, Dias FA, Marchiori GF, Gomes NC, Corradini FA, Tavares DMS. Violence against the elderly people: predictors and space distribution. *Cienc Cuid Saude*. 2019;18(1):e45043. doi: <https://doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v18i1.45043>
4. Willig MH, Lenardt MH, Caldas CP. Longevity according to life histories of the oldest-old. *Rev Bras Enferm*. 2015;68(4):697-704. doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2015680418i>
5. Lopes VM, Scofield AMTS, Alcântara RKL, Fernandes BKC, Leite SFP, Borges CL. What taken the elderly people to institucionalization? *Rev Enferm UFPE on line*. 2018 [cited 2020 Sep 02];12(9):2428-35. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/234624/29938>
6. Silva PA, Silva CB, Marinho TPC. Vulnerabilidade social e violência: perfil de vítimas de violência atendidas em um hospital de urgências. *Rev Cient Esc Est Saúde Pública Goiás Cândido Santiago*. 2019 [citado 2019 out 16];5(2):3-22. Disponível em: <http://www.revista.esap.go.gov.br/index.php/resap/article/view/136/154>
7. Freitas FFQ, Soares SM. Clinical-functional vulnerability index and the dimensions of functionality in the elderly person. *Rev Rene*. 2019;20:e39746. doi: <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20192039746>
8. Cesari M, Prince M, Thiyagarajan JA, Carvalho IA, Bernabei R, Chan P, et al. Frailty: an emerging public health priority. *J Am Med Dir Assoc*. 2016;17(3):188-92. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2015.12.016>
9. Minayo MCS, Souza ER, Ribeiro AP, Figueiredo AEB. Lessons learned from the evaluation of a Brazilian healthcare program for elderly victims of violence. *Interface (Botucatu)*. 2015;19(52):171-81. doi: <https://doi.org/10.1590/1807-57622014.0427>
10. Soares NV, Corrêa BRS, Fontana RT, Brum ZP, Guimarães CA, Silva AF, et al. Feelings, expectations and adaptation of elderly people living in a long-stay institution. *Rev Min Enferm*. 2018;22:e1124. doi: <https://doi.org/10.5935/1415-2762.20180047>
11. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 9. ed. São Paulo: Hucitec; 2006.
12. Müller MT. História oral: uma estratégia utilizada no desenvolvimento de projetos. *Rev Cienc Inovação*. 2015;2(1):45-9.
13. Padilha MI, Bellaguarda MLR, Nelson S, Maia ARC, Costa R. The use of sources in historical research. *Texto Context Enferm*. 2017;26(4):e2760017. doi: <https://doi.org/10.1590/0104-07072017002760017>
14. Foucault M. *Microfísica do poder*. 8. ed. São Paulo: Paz & Terra; 2014.
15. Ribeiro EG, Matozinhos FP, Guimarães GL, Couto AM, Azevedo RS, Mendoza IYQ. Self-perceived health and clinical-functional vulnerability of the elderly in Belo Horizonte/Minas Gerais. *Rev Bras Enferm*. 2018;71(suppl 2):914-21. doi: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0135>
16. Danielewicz AL, Wagner KJP, D'Orsi E, Boing AF. Is cognitive decline in the elderly associated with contextual income? results of a population-based study in southern Brazil. *Cad Saúde Pública*. 2016;32(5):e00112715. doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00112715>
17. Gross CB, Kolankiewicz ACB, Schmidt CR, Berlezi EM. Frailty levels of elderly people and their association with sociodemographic characteristics. *Acta Paul Enferm*. 2018;31(2):209-16. doi: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201800030>
18. Mariano PP, Carreira Li. Pleasure and suffering in the elderly care in long-term care institution: perception of nursing workers. *Esc Anna Nery*. 2016 [cited 2020 May 16];20(4):e20160088. Available from: [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452016000400206&lng=en&nrm=iso&tlng=en](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452016000400206&lng=en&nrm=iso&tlng=en)
19. Silveira DR, Giacomini KC, Dias RC, Firmo JOA. The perception of the elderly about suffering related to frailty. *Rev Bras Geriatr Gerontol*. 2018;21(2):220-8. doi: <https://doi.org/10.1590/1981-22562018021.170126>
20. Oliveira KSM, Carvalho FPB, Oliveira LC, Simpson CA, Silva FTL, Martins AGC. Violence against the elderly: the conceptions of nursing professionals regarding detection and prevention. *Rev Gaúcha Enferm*. 2018;39:e57462. doi: <https://doi.org/10.1590/19831447.2018.57462>



■ **Contribuição de autoria:**

Conceituação, curadoria de dados, metodologia, software, recursos, investigação, escrita – rascunho original, revisão e edição: Dayane Akinara Toledo Ribeiro.

Visualização, administração de projeto, escrita - revisão e edição: Aline Balandis Costa e Pâmela Patricia Mariano.

Visualização, administração de projeto, validação, escrita – rascunho original, revisão e edição: Vanessa Denardi Antoniassi Baldissera.

Visualização, Validação, escrita – rascunho original, revisão e edição: Susanne Elero Betioli.

Visualização, supervisão, análise formal, validação, investigação, escrita – rascunho original, revisão e edição: Lúgia Carreira.

■ **Autor correspondente:**

Dayane Akinara Toledo Ribeiro  
E-mail: dayaneakinara@hotmail.com

Recebido: 17.07.2020  
Aprovado: 12.11.2020

**Editor associado:**

Carlise Rigon Dalla Nora

**Editor-chefe:**

Maria da Graça Oliveira Crossetti