

14

A Linguagem do Envelhecer entre Muros

*Ana Lucia Tubero
Danuza Nunn
Paula Andreyra de Souza
Marise Braz
Andrea Grecco Matarazzo*

Introdução

O número de idosos residindo em asilos tem aumentado consideravelmente nos últimos tempos. Com o aumento da longevidade, os idosos desenvolvem doenças crônicas, necessitando de cuidados intensivos e contínuos. A exigência de assistência constante na vida diária torna o idoso um indivíduo dependente, incapaz de manter sua autonomia nas mínimas atividades do cotidiano: alimentação, locomoção, higiene etc. Nesse contexto, a dependência parece ser a causa principal do asilamento.

A conjuntura atual determina que quase todos os membros de uma família trabalhem, contribuindo para o orçamento doméstico. Assim, é muito difícil que um membro da família esteja disponível, ou mesmo, disponha-se a cuidar do idoso. Esse fator é agravado pelo custo elevado dos cuidados médicos e terapêuticos.

Muitas vezes, mudanças na constelação familiar como casamento dos filhos, viuvez, morte de algum membro podem determinar a condição de asilamento. As diversas atitudes da família — rejeição, culpa, negação — podem, também, conduzir o idoso ao asilamento.

O impacto do asilamento e do ambiente da instituição sobre o indivíduo idoso é, sem dúvida, peculiar para cada um e depende de sua história anterior e de suas necessidades atuais de comunicação. Entretanto, o asilamento é sempre limitante, tanto para o idoso que vem de um

ambiente de isolamento, quanto para aquele que vivia anteriormente num ambiente estimulador.

Qual é o impacto do asilamento sobre a comunicação? Como é a comunicação do idoso asilado? O asilo é um espaço que permite uma comunicação efetiva? Ou será o asilo um lugar de privação da comunicação? A busca de respostas a essas questões nos levou a pesquisar sobre a comunicação do idoso asilado.

Objetivo

Este trabalho objetiva traçar o *perfil de comunicação* dos indivíduos envolvidos numa instituição asilar: internos e funcionários.

Estabelecer o *perfil de comunicação* significa apreender o uso e a função da linguagem, as condições e possibilidades de interlocução, o papel da linguagem na construção da identidade do asilado e como intermediadora das relações de poder, a fala como manifestação das estratégias de adaptação do indivíduo à instituição, tanto dos internos quanto dos funcionários. Para isso, foi necessário, inicialmente, traçar o perfil desta população asilar, que se constitui na primeira etapa desta pesquisa, cujos resultados apresentaremos neste artigo.

Perfil do Hospital Geriátrico D. Pedro II

O Hospital Geriátrico D. Pedro II, onde realizamos nossa pesquisa, é uma instituição asilar para idosos que faz parte do Departamento de Geriatria da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo e localiza-se no bairro do Jaçanã.

Tem cerca de 650 internos, divididos em 20 pavilhões: masculinos e femininos, inferiores e superiores. Cada pavilhão é constituído por um ou dois salões grandes com duas fileiras de leitos dispostos lateralmente e um corredor central de circulação. Os leitos podem ou não ser separados por cadeiras, criados-mudos ou divisórias. Na entrada de cada pavilhão, geralmente, existem quartos individuais ou quartos para dois ou quatro internos. Em seguida, vem a enfermaria, onde estão arquivados os prontuários e guardados os medicamentos. Alguns pavilhões contam, ainda, com uma sala onde ficam o material de limpeza e o descartável (seringas, algodão, sonda etc.). No final de cada salão existe um banhei-

ro com chuveiro e banheira aberto e cerca de cinco sanitários privativos. Ao lado de cada banheiro há uma área para vestir o interno após o banho.

Cada pavilhão conta também com uma cozinha, utilizada apenas para lavar os utensílios dos internos (prato e caneca), equipada com geladeira e fogão. O refeitório, ao lado da cozinha, tem uma, duas ou três mesas grandes de uso comum dos internos que deambulam. Os acamados fazem refeições no leito. Os internos que dispõem de cadeiras de roda fazem refeições no salão, no refeitório ou nos terraços da área externa dos pavilhões.

Existem alguns critérios estabelecidos pela instituição para organização e distribuição dos internos tanto nos pavilhões como nos leitos.

A condição financeira do interno determina se ele vai ocupar um apartamento individual ou duplo, numa ala separada dos pavilhões (particulares) ou, ainda, os quartos individuais ou quádruplos existentes na entrada dos pavilhões, ou um dos leitos nos salões grandes.

O tipo de dependência física do interno, avaliado pelo serviço social, determina se este ocupará um pavilhão superior (dependentes e acamados) ou pavilhão inferior (independentes).¹

Cada pavilhão possui critérios próprios para organizar seus internos, de acordo com os já estabelecidos pela enfermeira responsável. Geralmente, são os seguintes os critérios de distribuição:

- internos mais lúcidos (dependentes para locomoção ou não) no salão da frente e internos mais confusos, no salão do fundo;
- internos “mais saudáveis” na frente e “menos saudáveis” no fundo do pavilhão.

Entretanto, há pavilhões cuja distribuição dos internos é aleatória, ou ainda, os critérios são contrários aos citados, ou seja, os mais dependentes e comprometidos na frente e os mais independentes no fundo.

No asilo trabalham cerca de 599 funcionários em funções administrativas, prestação de serviços e diretamente com os internos. Os 397 funcionários que atuam diretamente com os internos estão divididos em funções de médico (5), enfermeiro (7), auxiliar de enfermagem e atendentes (382). Também há um fisioterapeuta, um nutricionista e um cirurgião-dentista. Os funcionários trabalham em turnos matutino, vespertino e noturno de seis horas.

¹ Em alguns casos, esse critério não é mais observado, sendo os internos distribuídos de acordo com a escolha dos familiares que avaliam os pavilhões antes da internação.

Perfil da População da Pesquisa

Como no asilo há critérios para distribuição dos internos nos pavilhões, para obtenção de uma amostra mais representativa, a pesquisa foi realizada em dez pavilhões: seis femininos (3 superiores e 3 inferiores) e quatro masculinos (2 superiores e 2 inferiores), totalizando 345 internos, sendo 235 mulheres (68,1%) e 110 homens (31,9%).

Metodologia

Para conhecer essa população, inicialmente foi feito o levantamento sobre aspectos de alimentação, higiene e locomoção nos 345 prontuários com o objetivo de analisar o grau de dependência ou independência e, também, quanto à idade dos internos.

Em seguida, elaboramos dois questionários (Anexos 1 e 2) um para os internos e outro para os funcionários (enfermeiros e auxiliares de enfermagem). Esses questionários foram aplicados por diferentes entrevistadoras — alunas do quarto ano do curso de fonoaudiologia da PUC-SP, através de entrevistas dirigidas.

Do total de 345 internos foram realizadas 288 entrevistas (83,5%), sendo 186 com mulheres (53,9%) e 102 com homens (29,6%). Não responderam à entrevista 57 internos (16,5%), sendo 49 mulheres (14,2%) e 8 homens (2,32%). As causas da não-participação foram distúrbios cognitivos e/ou atencionais, recusa do próprio interno em participar e óbito durante o período de realização da pesquisa.

Resultados (Ver Gráficos do Anexo 3)

Análise dos Prontuários

Locomoção: 189 internos são dependentes (53,9%), sendo 131 mulheres (38,2%) e 58 homens (16,5%). Consideramos dependentes os internos que não deambulam e que, mesmo dispendo de cadeiras de rodas extremamente precárias, em sua maioria, necessitam do auxílio de outra pessoa para se locomover, quer no pavilhão, quer no asilo; a arquitetura do asilo não é muito funcional, com muitas rampas e chão irregular, dificultando mais ainda a circulação dos internos.

Higiene: 168 internos dependem de ajuda (48,7%) para as atividades de higiene pessoal (tomar banho, escovar os dentes, ir ao banheiro etc.)

sendo 105 mulheres (30,4%) e 63 homens (18,3%). Não obtivemos dados de 86 mulheres (24,9%).

Alimentação: 134 internos (38,8%) necessitam de ajuda para se alimentar, sendo 71 mulheres (20,5%) e 63 homens (18,3%). Não obtivemos dados de 108 mulheres (31,3%).

Idade: A média de idade nos dez pavilhões é de 74 anos, com maior concentração na faixa de 72 a 80 anos.

Análise das Entrevistas dos Internos

Nesta análise, consideramos os seguintes itens:

- Condições anteriores ao asilamento:
 - 1) moradia;
 - 2) saúde;
 - 3) trabalho/aposentadoria.

- Causas do asilamento:
 - 1) involuntário x voluntário;
 - 2) consciência ou não do asilamento.

- Situação atual de asilamento:
 - 1) atividade ocupacional²;
 - 2) atividade de lazer³.

CONDIÇÕES ANTERIORES AO ASILAMENTO

Em relação à moradia, 32 internos (11,1%) moravam sozinhos, sendo 16 mulheres (5,5%) e 16 homens (5,5%). Dos 118 internos (40,9%) que moravam com a família nuclear, 31 eram homens (10,8%) e 87, mulheres (30,1%). Com parentes, moravam 73 internos (25,3%), sendo 3 homens (1%) e 70 mulheres (24,3%). Quatro mulheres (1,4%) moravam na casa do empregador. Um homem (0,34%) morava em pensão e um outro

² No pavilhão, no asilo e fora dele. As atividades no pavilhão: lavar canecas, arrumar a cama etc. No asilo: oficina de trabalhos manuais, oficina de parafusos, biblioteca etc. Fora do asilo: empresas e indústrias.

³ Conversar, ler, ouvir rádio, assistir à televisão, visitar amigos, ir à biblioteca do asilo, ir à missa no asilo etc.

(0,34%) veio de um hospital. Cinco homens (1,7%) vieram de outro asilo e 8 internos (2,7%) foram abandonados no asilo quando crianças, sendo 3 homens (1%) e 5 mulheres (1,7%). Não obtivemos dados de 45 internos (15,6%), sendo 41 homens (14,2%) e 4 mulheres (1,4%).

Quanto ao item saúde, 222 internos (77,1%) referem ter sido internados com alguma doença, sendo 81 homens (28,2%) e 141 mulheres (48,9%). Como problemas de saúde, consideramos qualquer queixa relatada durante a entrevista, ou seja, cardiopatias, deficiência visual, deficiência física, AVC, diabetes, alcoolismo etc.

Em relação ao trabalho, 247 internos (85,8%) trabalhavam antes do asilamento, sendo 96 homens (35,3%) e 151 mulheres (52,4%). As profissões variavam desde nível superior até mão-de-obra assalariada. Quanto à aposentadoria, 69 internos (23,9%) recebiam aposentadoria na época do asilamento, sendo 25 homens (8,7%) e 44 mulheres (15,2%). Apenas 4 mulheres (1,38%) não recebiam aposentadoria. Não temos dados de 215 internos (74,6%), sendo 77 homens (26,7%) e 138 mulheres (47,9%).

CAUSAS DO ASILAMENTO

Ao investigarmos as causas do asilamento, verificamos que pode ser voluntário, quando o próprio interno decide pelo asilamento, ou involuntário, quando a decisão é tomada por outro que não o interno, quer seja a família, vizinhos, cuidadores etc.

Do total de 288 entrevistados, 263 (91,3%) referem-se a asilamento involuntário, sendo 92 homens (31,9%) e 171 mulheres (59,4%). Desse total, 216 (75,3%) associam sua internação a problemas de saúde, sendo 81 homens (28,1%) e 135 mulheres (46,8%). Vinte e um internos (7,3%) referem ter sido abandonados pela família, sendo 6 homens (2,08%) e 15 mulheres (5,21%). Oito internos (2,78%) foram internados devido a algum acidente que trouxe seqüelas invalidantes, sendo 4 homens (1,39%) e 4 mulheres (1,39%). Não temos dados de 17 mulheres (5,9%).

Apenas 25 internos (8,68%) informam que seu asilamento foi voluntário, sendo 10 homens (3,48%) e 15 mulheres (5,2%). Oito internos (2,78%) não queriam incomodar a família, desses, 4 eram mulheres (1,39%) e 4 homens (1,39%). Cinco homens (1,7%) decidiram pelo asilamento por problemas financeiros, que os impossibilitavam de continuar morando como antes. Um homem (0,34%) alegou não ter uma razão específica, apenas sua vontade. Dez mulheres (3,47%) se asilaram por solidão e uma (0,34%) por estar doente.

Investigamos, também, a questão da consciência ou não do asilamento. Do total de 288 entrevistados, 135 internos (46,9%) têm consciência de seu asilamento, sendo 74 (25,7%) homens e 61 (21,2%) mulheres; 108 internos (37,5%) não têm consciência do asilamento, sendo 6 homens (2,08%) e 102 mulheres (35,4%). Do total de internos sem consciência do asilamento, 91 (31,6%) acreditam estar num hospital em tratamento, sendo 6 homens (2,08%) e 85 mulheres (29,5%). Dezesete mulheres (5,9%) negam seu asilamento. Não obtivemos dados de 45 internos (15,6%), sendo 22 homens (7,7%) e 23 mulheres (7,9%).

SITUAÇÃO ATUAL DE ASILAMENTO

Investigamos, aqui, as atividades dos internos em relação à ocupação e ao lazer.

Dos 288 entrevistados, 231 internos (80,2%) não desempenham nenhuma atividade ocupacional, sendo 75 homens (26%) e 156 mulheres (54,2%). Cinquenta e sete internos (19,8%) têm algum tipo de atividade ocupacional, sendo 27 homens (9,4%) e 30 mulheres (10,4%).

Quanto às atividades de lazer, 94 internos (32,6%) têm alguma forma de lazer, sendo 53 homens (18,4%) e 41 mulheres (14,2%). Cinquenta e quatro internos (18,7%) não têm nenhuma forma de lazer, sendo 45 mulheres (15,6%) e 9 homens (3,1%). Não temos dados de 140 internos (48,6%), sendo 100 mulheres (34,7%) e 40 homens (16,3%).

Análise das Entrevistas dos Funcionários

O questionário dos funcionários foi, na maioria das vezes, respondido pelo(a) responsável do pavilhão.

Na análise das entrevistas, consideramos os seguintes itens:

- Idéia de comunicação.
- Realidade da comunicação:
 - 1) uso e função da linguagem;
 - 2) interlocutores.
- Comunicação efetiva.
- Privação da comunicação.

IDÉIA DE COMUNICAÇÃO

A comunicação aparece como sendo uma forma de interação entre as pessoas. Na maioria dos pavilhões, ao responderem ao questionário, os

funcionários consideraram, principalmente, a comunicação na perspectiva funcionários e internos e, depois, a comunicação entre internos. Apenas em um dos pavilhões foi considerada também a relação funcionários *versus* responsável pelo pavilhão (autoridade).

Não só a fala e a oralidade, mas também as formas não-verbais (gestos) são consideradas comunicação pelos funcionários. Eis algumas definições de comunicação dadas por estes:

- *“É falar com o outro, dialogar, entender o que a pessoa fala. É dar recados.”*
- *“É qualquer meio de falar com a outra pessoa, um sorriso, um gesto, um olhar. A linguagem tem a função de comunicar.”*
- *“É a transmissão de desejos, sentimentos e vontades oralmente.”*
- *“Comunicação é muito importante para chegar até o paciente, perguntar o que está acontecendo, por que não quer comer, se está triste. E também para as atendentes falarem o que percebem nos pacientes. A linguagem é muito importante.”*
- *“É tudo, você pode se comunicar através dos gestos, da fala ou de um olhar.”*

A idéia principal de comunicação vinculada nessas definições é a de que comunicar não implica, necessariamente, o falar. Gestos, olhares, sorrisos também são formas de contato, de comunicação. Como uma grande parte dos internos apresenta distúrbios de comunicação (afasias, disartrias etc.) é interessante observar que outras formas de comunicação também são consideradas.

Uma outra questão que pode ser analisada em relação à função da linguagem e da comunicação, a partir das definições apresentadas, é a de que ela parece estar a serviço do trabalho a ser realizado pelos funcionários, ou seja, a função principal da linguagem está em intermediar e permitir que o trabalho dos funcionários seja possível.

REALIDADE DA COMUNICAÇÃO

USO E FUNÇÃO DA LINGUAGEM

Neste item, aparecem queixas da responsável do pavilhão em relação às atendentes.

Algumas atendentes, às vezes, usam a linguagem para reprimendas, fingem que não ouvem os chamados dos internos porque não têm tempo de dar toda a atenção solicitada por eles.

A linguagem usada pelos internos aparece como meio para transmitir o que desejam e também para contar como era a vida que tinham.

A linguagem surge, também, com a função de lidar com as dificuldades que os pacientes recém-internados têm em se adaptar ao asilamento.

INTERLOCUTORES

Potencialmente, existem, no asilo três tipos de interlocutores: internos, externos e funcionários.

Os funcionários podem ser divididos em dois grupos: os que trabalham diretamente com os internos (enfermeiras, auxiliares de enfermagem, atendentes, médicos etc.) e os que trabalham na administração (pessoal da diretoria e do escritório).

Os externos podem ser também de dois tipos: os visitantes e o pessoal que trabalha no asilo sem um vínculo empregatício (alunas do curso de fonoaudiologia, por exemplo). O pessoal da diretoria e do escritório, às vezes, pode se aproximar mais dos internos do que os próprios funcionários como os atendentes.

Em relação à comunicação entre os internos, observamos que depende, principalmente, do seu grau de lucidez:

- *“Por ser um pavilhão onde todos são lúcidos, eles conversam quase que o tempo todo.”*
- *“As internas não conversam nada, ninguém se comunica no pavilhão.”*
- *“Algumas internas tentam se comunicar. Apenas uma realmente conversa.”*
- *“Algumas internas não são de falar, não vejo dificuldade nenhuma de comunicação, as internas conversam bem.”*
- *“Existem muitas brigas, falta de adaptação das internas.”*

Em um pavilhão onde a comunicação é bastante efetiva, os internos conversam bastante sobre o trabalho que fazem política, futebol, amigos e, às vezes, família. A maioria dos pavilhões, entretanto, parece se caracterizar por uma grande ausência de comunicação entre internos.

Em relação à comunicação entre internos e funcionários, as entrevistas informam que, geralmente, são os funcionários que começam um assunto com os internos, sugerindo a baixa iniciativa destes em estabelecer algum tipo de conversa. No entanto, observamos que, quando algum externo, visitante ou estagiário, aproxima-se de uma das camas, existe uma busca intensa do interno para estabelecer algum contato. Há, por-

tanto, uma diferença significativa entre a aproximação dos internos em relação aos funcionários e aos externos.

Em alguns pavilhões, os funcionários acabam se adaptando ao tipo de comunicação dos internos (usam gestos, interpretam balbucios etc.). Em outros, os funcionários não usam gestos para a comunicação, só a linguagem verbal.

Algumas entrevistas informam também que a qualidade da interação comunicativa depende da "simpatia" dos internos em relação aos funcionários. Um determinado turno de funcionários pode ter melhor ou pior relacionamento com os internos de um mesmo pavilhão.

Quanto ao item comunicação interno *versus* externo (visitas), as entrevistas sugerem que os internos, em geral, recebem poucas visitas. Quando querem, conversam. Mas, a maioria não tem assunto, não tem nada a dizer. Às vezes, o responsável pelo pavilhão se preocupa com o que os internos dizem às visitas ("*a comida é ruim*", "*me tratam mal*" etc.) o que denota falta de privacidade e a constante vigilância exercida pelos funcionários, limitando a liberdade de comunicação.

COMUNICAÇÃO EFETIVA

Os momentos do dia em que ocorre maior possibilidade de comunicação são referidos como sendo a hora do banho, da medicação e do curativo.

Nos pavilhões onde os internos são lúcidos, não existe um momento específico para que a comunicação ocorra.

Em alguns pavilhões, há a preocupação de tentar ajudar na adaptação dos recém-internados através da comunicação.

Em um outro pavilhão, o responsável considera que os internos nunca querem nada. Não se comunicam realmente, nem na hora da visita. Em um outro, ainda, a responsável diz que há oportunidade para que "*a comunicação aconteça durante o café, na hora de assistir à TV, mas as internas não aproveitam tais momentos, não se comunicam*".

PRIVAÇÃO DE COMUNICAÇÃO

Em alguns pavilhões, não há nenhuma referência quanto às dificuldades de comunicação, mas, no geral, todos percebem o ambiente físico do asilo como pouco motivador e pouco estimulante à comunicação. O espaço físico restrito ("*é muito amontoado*"), o número insuficiente de auxiliares de enfermagem e atendentes e o número extremamente grande de internos são os maiores problemas apontados.

Um responsável afirma: *“não trabalhamos com máquinas, e sim, com gente”*.

Alguns identificam e reconhecem a importância de contato e interação maiores, porém, apontam a falta de tempo em função do acúmulo de trabalho como um dos grandes obstáculos para uma maior dedicação (*“carinho”*) aos internos.

Em alguns pavilhões, as dificuldades apontadas não se referem a aspectos específicos da comunicação ou interação com os internos, mas são de ordem prática.

“A principal dificuldade é transportar os pacientes do leito para a cadeira higiênica por falta de funcionários. Exige rapidez (as internas não agüentam) e dois funcionários para cada interno.”

Discussão

“A instituição total é um híbrido social, parcialmente comunidade residencial, parcialmente organização formal. (...) Em nossa sociedade, são estufas para mudar pessoas; cada uma é um experimento natural sobre o que se pode fazer ao eu.”

ERVING GOFFMAN

O asilo, enquanto instituição total, é definido como um local de residência, trabalho e lazer, com um grande número de indivíduos em situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, levando uma vida fechada e formalmente administrada. Dada sua natureza institucional, constitui-se num ambiente de comunicação deficiente, que é afetada tanto nos internos quanto na equipe, contribuindo para uma redução da comunicação efetiva e significativa entre os idosos que aí vivem.

Definiremos comunicação efetiva como o sentimento de realização e satisfação quando uma mensagem é mandada e é recebida (compreendida) não tendo relação com a complexidade ou extensão de estruturas lingüísticas. A comunicação efetiva deve promover a valorização da mensagem do idoso como integrante de sua identidade e interação social que conecta o idoso ao seu ambiente. Um ambiente de comunicação efetiva deve, portanto, encorajar intercâmbios e trocas sociais, valorizar e reforçar socialmente as tentativas de comunicação e minimizar as proibições de comunicação.

Nossa pesquisa aponta dados significativos que caracterizam o Hospital Geriátrico D. Pedro II como um ambiente de privação da comunicação, reduzindo, em seu grau máximo, a comunicação efetiva dos internos.

Por sua própria origem e história esse hospital é marcado por uma dicotomia: é uma instituição total com algumas características que lhe conferem um perfil de um hospital. Isto dificulta a atribuição de papéis e a construção de identidade tanto dos internos, que são vistos e se vêem como asilados e/ou doentes, quanto dos funcionários que, geralmente, atuam como em um hospital, portanto, tratando de doentes.

A causa principal do asilamento de idosos no D. Pedro II é a doença (75,3%): acidentes vasculares cerebrais com seqüelas de hemiplegia e afasia, as doenças degenerativas com alterações cognitivas e motora (demências), fraturas conseqüentes da osteoporose e quedas acabam por tornar 53,9% dos internos dependentes para a locomoção. A maioria permanece no leito, poucos dispõem de cadeiras de rodas que, em geral, são bastante precárias, e dependem da ajuda de um funcionário ou interno para se locomover pelo pavilhão ou pelo asilo. A estrutura física do asilo, por si só, não é funcional, com muitas rampas e chão irregular, dificultando mais ainda a circulação dos internos que acabam permanecendo na área restrita ao pavilhão e, muitas vezes, no próprio leito. A hemiplegia, a deficiência auditiva impedem a comunicação, às vezes, com o próprio vizinho de leito. A dependência física é, portanto, um dos mais graves fatores de privação da comunicação.

Potencialmente, a refeição pode ser considerada como um momento de interação, troca de informações e encontro. No asilo, 38,8% dos internos são dependentes para alimentação. Isto significa que estes são alimentados em seus leitos por um atendente, sem chances de encontro com os demais internos que se reúnem no refeitório. Mesmo internos independentes acabam por comer no leito ou ao lado do leito, isolando-se. Os atendentes, por sua vez, dispõem de muito pouco tempo para interagirem com o interno dependente durante a refeição e não a consideram como um dos momentos de maior possibilidade de comunicação. Esses são referidos como sendo a hora do banho, da medicação e curativo. A hora do banho, em contrapartida, como também todos os aspectos ligados à higiene do interno deveria ser o momento de maior privacidade e intimidade, entretanto, não é isso o que ocorre. Como 48,7% dos internos são dependentes quanto à higiene e sendo os banheiros, geralmente, abertos, a falta de privacidade caracteriza as atividades de higiene. Mesmo na hora do banho, momento considerado pelos funcionários como de grande possibilidade de comunicação, os internos aguardam sua vez, enfileirados em suas cadeiras de rodas, sem condições de interagirem.

O espaço físico do asilo determina a existência de poucas áreas privativas. Assim, conversas mais íntimas são propriedade de todos e, por isso, são evitadas. Nas áreas comuns, as conversas se limitam a tópicos neutros e amenidades. Existem poucas razões para conversar. O interno, muitas vezes, já conhece a história de seu vizinho de leito, geralmente a história da doença, sempre justificando o estar na instituição. E o conversar pressupõe interagir com o outro, mas, se esse outro é visto como doente, senil, louco, quase morrendo, a identificação é evitada. O interno luta para não ser visto no outro.

O ambiente do asilo oferece poucas oportunidades de comunicação efetiva e significativa. Os internos não se valorizam e nem são valorizados como interlocutores. A comunicação tem pouco ou nenhum efeito, uma vez que há pouca variação nos tópicos de conversação entre os internos e os funcionários, em relação ao contexto, marcado por uma rotina tanto dos eventos quanto das pessoas envolvidas. A comunicação se torna desnecessária e desvalorizada. Não há razões para conversar.

A identidade do interno é definida tanto por sua própria consciência ou não do asilamento quanto pelo *status* que lhe é conferido pelos funcionários, de asilado, de doente ou de uma combinação dos dois, dependendo do papel atribuído à própria instituição: asilo ou hospital.

Dos internos entrevistados, 91,3% teve asilamento involuntário. Como a doença é a principal causa do asilamento, muitos internos (75,3%) associam sua internação ao tratamento dessa doença, preferindo justificar o asilamento em função desse tratamento. Outros acreditam, de fato, estarem num hospital para tratamento (31,6%), não tendo consciência de estarem em uma instituição asilar.

Os funcionários, por sua vez, em função de ser em número insuficiente e da grande população de internos, acabam restringindo sua atuação aos cuidados de higiene, alimentação e medicação. Geralmente, classificam os internos em "lúcidos" e "não-lúcidos". Os critérios para tal classificação são baseados, exclusivamente, no seu contato com os internos, muitas vezes, desconhecendo o diagnóstico ou as características da patologia do interno, por exemplo, na categoria dos "não-lúcidos" podem estar incluídos internos com distúrbios de comunicação, como afasias e disartrias. Os internos com dependência física e "não-lúcidos" têm ainda mais reduzidas as oportunidades de comunicação.

Estudamos as atividades tanto ocupacionais quanto de lazer dos internos com o objetivo de verificar o grau de vinculação destes à instituição.

Cerca de 80,2% dos internos não participam de nenhuma atividade ocupacional. Elencamos fatores que, talvez, possam explicar essa alta

porcentagem. Um primeiro fator é a locomoção (dependência física), associada à doença (aspectos físicos e cognitivos) e à própria estrutura física do asilo que limita o acesso dos internos às oficinas e demais dependências, restringindo-os aos pavilhões e, freqüentemente, ao leito. Um segundo fator é a consciência que o interno tem ou não de viver num asilo. Se o asilo é visto como hospital (31,6%), as atividades ocupacionais, remuneradas ou não, não fazem sentido, pois o interno busca ser tratado e, se possível, curado, objetivando uma alta hospitalar. Em contrapartida, aquele que sabe que vive em um asilo, muitas vezes, considera-o como uma casa de repouso, fator que, associado à questão da aposentadoria anterior ao asilamento, leva-o a objetivar o descanso e o lazer, sem intenção de um retorno ao trabalho.

O sentimento de inutilidade, a baixa auto-estima e a desvalorização pessoal, associados ao asilamento involuntário e conseqüente sentimento de ter sido abandonado pela família, dificultam ao interno uma vinculação e uma integração em qualquer tipo de atividade, tanto ocupacional quanto de lazer. Vários internos se referem que estão lá para morrer.

O conceito de lazer dos internos é muito heterogêneo, sendo determinado por aquele tipo que possuía anterior ao asilamento. Para alguns, assistir à televisão ou conversar, ouvir rádio ou ir à missa no asilo são consideradas atividades de lazer. Para outros, o lazer existe apenas fora do asilo, quando a família vem buscá-los para um passeio, ou quando existe alguma festa especial (festa junina, Natal etc.).

Mais uma vez, a dependência física limita extremamente as oportunidades dos internos. O uso da área de lazer, onde eles jogam dominó, baralho etc., é restrito àqueles que deambulam, geralmente, os do sexo masculino, pois o acesso é difícil e fica distante de alguns pavilhões. Mesmo as atividades de lazer que podem ser desenvolvidas dentro do pavilhão, são caracterizadas por condições que dificultam e criam obstáculos a uma maior participação dos internos. O conversar, uma das atividades de lazer bastante referida pelos internos, caracteriza-se, no asilo, pela pouca variação de tópicos, desvalorização do conteúdo, marcada pelos mesmos interlocutores no mesmo contexto, o da rotina do asilo, que para muitos significa dormir, comer e beber.

Nesse contexto, os funcionários são vistos como os outros internos, fazendo parte da rotina: objetivam, primariamente, os cuidados com a saúde e aspectos físicos em detrimento dos aspectos sociais da comunicação.

O assistir à televisão, ouvir rádio, atividades referidas pelos funcionários, são atividades de lazer passivas, não pressupõem interação entre os internos. Os aparelhos de TV e rádio ficam sintonizados aleato-

riamente, às vezes, dois simultaneamente, em diferentes programas e estações. O interno não tem possibilidade de escolha.

A ociosidade é uma marca bastante profunda. Mesmo os internos que referem ter algum tipo de atividade tanto ocupacional ou de lazer, ocupam apenas uma pequena parte de seu tempo disponível na realização dessas atividades. O tempo ocioso sobrepõe o da atividade, com os internos vistos sentados em silêncio ou deitados em seus leitos.

Conclusão

O processo de envelhecimento confronta o indivíduo com uma série de problemas pessoais e sociais. Às vezes, é necessário se adaptar às mudanças associadas à aposentadoria, mudanças na constelação familiar, perda do cônjuge, doenças etc. Para muitos idosos ocorre uma redução das capacidades físicas, dos papéis sociais e dos contatos com amigos e membros da família. A necessidade de se adaptar a essas mudanças obriga aos idosos a se apoiarem em suas capacidades comunicativas para garantir independência e se manterem membros ativos da sociedade. A comunicação torna-se a diferença crucial entre o isolamento e o vínculo social, entre a dependência e a independência, entre o vazio da solidão e o sentimento de ser e pertencer.

O asilamento provoca uma ruptura violenta na identidade e história de vida do idoso, fragilizando, em grau máximo, seus vínculos e sua independência, isolando-o fisicamente e atingindo sua comunicação. O asilo é uma instituição fortemente marcada pela privação da comunicação efetiva, fechando seus membros em um silêncio desolador.

Na instituição asilar, o papel do fonoaudiólogo tem, assim, uma importância fundamental: resgatar a identidade do idoso, através da linguagem e da comunicação. A atuação do fonoaudiólogo tem uma dupla natureza: identifica, avalia e trata individualmente os distúrbios específicos da fala, linguagem, audição e deglutição do idoso; e centra sua ação no ambiente, identificando, avaliando e transformando os fatores que contribuem para a criação e a manutenção de ambientes de privação da comunicação, promovendo uma comunicação efetiva.

Assim, o fonoaudiólogo pode identificar e modificar barreiras físicas do ambiente à comunicação efetiva; pode informar e orientar a equipe administrativa, os funcionários e a equipe de reabilitação quanto à necessidade de uma comunicação efetiva para todos os internos; pode identificar e transformar os aspectos da instituição que criam e mantêm

um ambiente prejudicial às oportunidades de comunicação e pode aumentar a qualidade do ambiente comunicativo, criando novas e diversas oportunidades de comunicação.

Referências Bibliográficas

1. GOFFMAN, E. — *Manicômios, Prisões e Conventos*. São Paulo: Perspectiva, 1961.
2. LIPMAN, A.; SLATER, R.; HARRIS, H. — The quality of verbal interaction in homes for old people. *Gerontology*, 25: 275-84, 1979.
3. LUBINSKI, R. — *Speech, Language, and Audiology Programs in Home Health Care Agencies, and Nursing Home*. cap. 20. [Texto xerocopiado]
4. NERI, A.L. — *Qualidade de Vida e Idade Madura*. São Paulo: Papyrus, 1993.
5. OBLER, L.K. & ALBERT, M.L. — *Language and Communication in the Elderly*. Lexington Books, 1980.
6. SHADDEN, B.; AUBURN, S.; BAYLES, K.P.; NERBONNE, M.; POPIELIC, E.; WEINSTEIN, B.; WILLIAMS, P. — The roles of a speech-language pathologists and audiologists in working with older persons. *ASHA*, 33-7, Dec. 1986.

Anexo 1

Roteiro das Entrevistas com os Internos

- 1) Há quanto tempo está no asilo?
- 2) Como chegou até o asilo?
- 3) Como era sua vida antes de chegar ao asilo?
- 4) Realiza alguma atividade no asilo?
⇒ resp. positiva: Qual atividade? Onde?
⇒ resp. negativa: Por quê?
- 5) Tem amigos no asilo? Quem são seus amigos? (do mesmo pavilhão/pavilhões diferentes/funcionários)
- 6) O que faz com seus amigos?
- 7) Como é seu dia-a-dia no asilo?
- 8) O que faz quando está dentro do pavilhão?
- 9) Recebe visitas? Quais? Com que frequência? O que faz quando recebe essas visitas?
- 10) Conversa com amigos?
⇒ resp. positiva: Sobre o que conversa? Conversa sempre com a mesma pessoa ou não?
⇒ resp. negativa: Por que não conversa?

- 11) Tem acesso a jornais, revistas, livros, assiste à televisão, ouve música?
⇒ resp. positiva: Onde consegue livros, revistas? O que gosta de ver na TV? Que tipo de livro/revista gosta de ler?
⇒ resp. negativa: Gostaria de ter acesso a esse tipo de atividade (leitura)?
- 12) Tem contato com os funcionários?
⇒ resp. positiva: Com quais funcionários? Como é esse contato? Sobre o que gosta de conversar com esses funcionários?
- 13) Conversa sempre com os mesmos funcionários?
- 14) O que acha da velhice?

Anexo 2

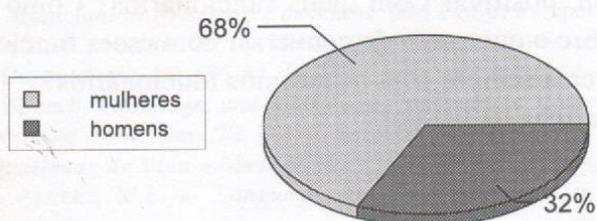
Roteiro das Entrevistas com os Funcionários

- 1) Quais são os momentos de comunicação na rotina do pavilhão?
- 2) Quais são os interlocutores em potencial?
- 3) Quem de fato conversa? Comunica-se?
- 4) Existe alguma atividade na rotina que proporcione a comunicação?
- 5) Qual é o critério de organização do pavilhão?
- 6) Quais são as dificuldades que existem dentro do pavilhão? Como lidam?
- 7) Quais as dificuldades referentes à comunicação e como eles lidam com essas dificuldades?
- 8) O que é comunicação?
- 9) Qual é a função da linguagem?

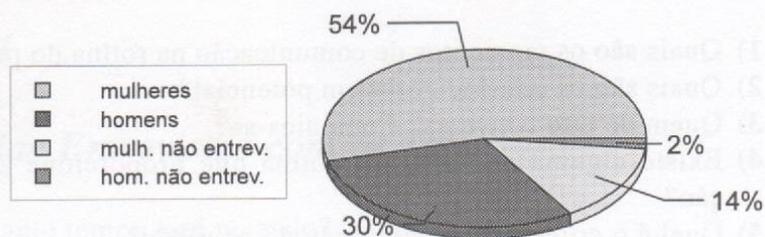
Anexo 3

Gráficos

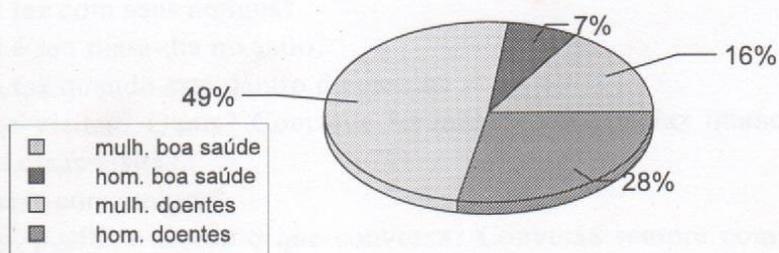
Internos



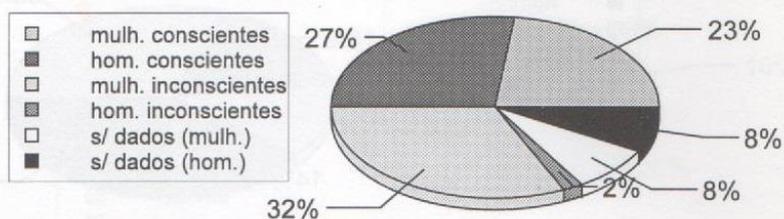
Entrevistas



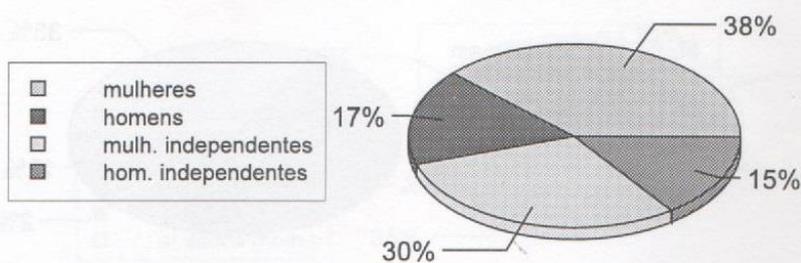
Saúde Anterior ao Asilamento



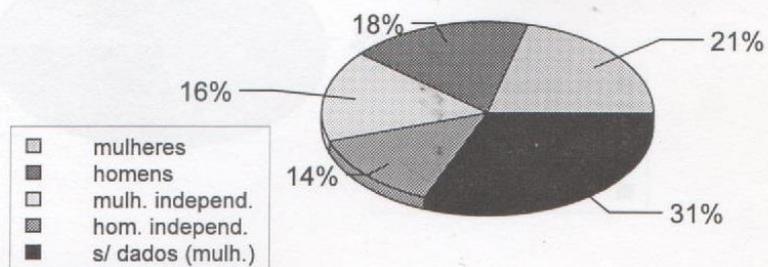
Consciência do Asilamento



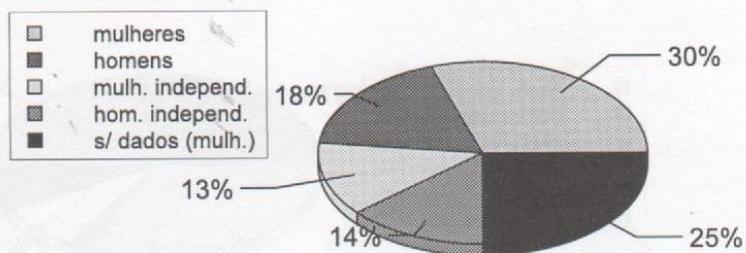
Dependência/Locomoção



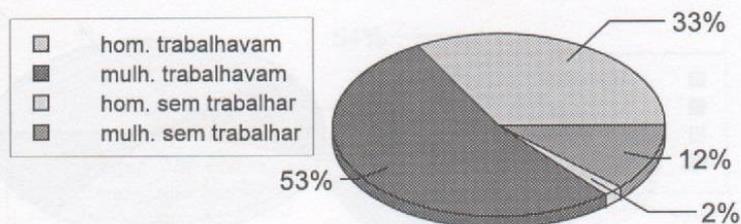
Dependência/Alimentação



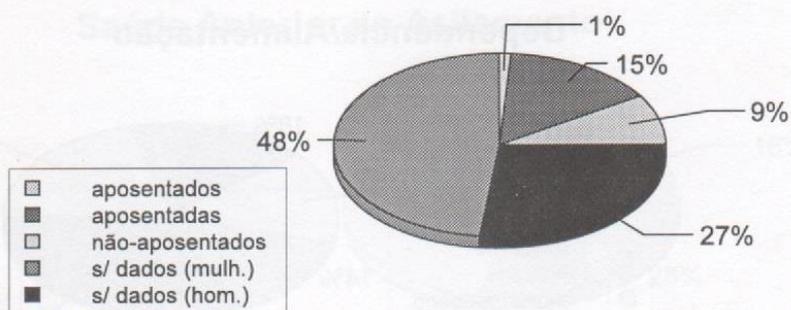
Dependência/Higiene



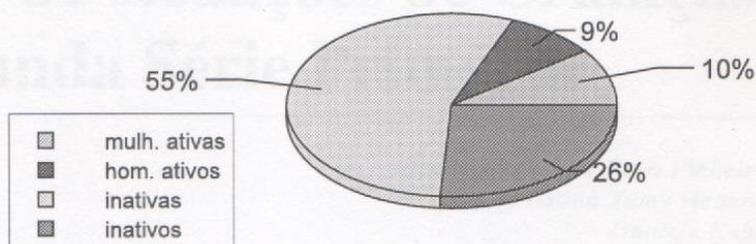
Trabalho Anterior ao Asilamento



Aposentadoria Anterior ao Asilamento



Atividades Ocupacionais



Lazer

