

Adriana de Assis

**NOVOS MODELOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DO IDOSO: DESAFIOS E
TENDÊNCIAS DA ARQUITETURA FRENTE AO ENVELHECIMENTO POPULACIONAL
BRASILEIRO.**

Dissertação submetida ao corpo docente do Programa de Pós-Graduação em Arquitetura da Faculdade de Arquitetura e Urbanismo da Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ, como parte dos requisitos necessários para obtenção do grau de Mestre em Ciências em Arquitetura, área de concentração em Racionalização do Projeto e da Construção.

Orientador:
Prof^a. Ivani Bursztyn, D.Sc.

Co-orientador:
Prof. Mauro César de Oliveira Santos, D.Sc.

Rio de Janeiro
2006

**NOVOS MODELOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DO IDOSO: DESAFIOS E
TENDÊNCIAS DA ARQUITETURA FRENTE AO ENVELHECIMENTO POPULACIONAL
BRASILEIRO.**

Adriana de Assis

Dissertação submetida ao corpo docente do Programa de Pós-Graduação em Arquitetura da Faculdade de Arquitetura e Urbanismo da Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ, como parte dos requisitos necessários para obtenção do grau de Mestre em Ciências em Arquitetura, área de concentração em Racionalização do Projeto e da Construção.

Aprovada em 19 de Abril de 2006

Banca Examinadora

Prof^a. Ivani Bursztyn, D.Sc. – Orientadora
PROARQ / NESC / UFRJ

Prof. Mauro César de Oliveira Santos, D.Sc. – Co-orientador
PROARQ / FAU / UFRJ

Prof. José Gustavo Francis Abdalla, D.Sc.
Faculdade de Engenharia e Arquitetura / UFJF

Prof^a. Maria Teresa Bustamante Teixeira, D.Sc.
Faculdade de Medicina / UFJF

Rio de Janeiro

2006

A848 Assis, Adriana de,
Novos modelos de assistência à saúde do idoso:
desafios e tendências da arquitetura frente ao enve-
lhecimento populacional brasileiro/ Adriana de Assis.-
Rio de Janeiro: UFRJ/FAU, 2006.
viii, 142f.: il.; 30 cm.
Orientador: Ivani Bursztyn.
Co-orientador: Mauro César de Oliveira Santos.
Dissertação (mestrado) – UFRJ/ PROARQ/
Programa de Pós-graduação em Arquitetura, 2006.
Referências Bibliográficas: f. 113 -119.
1.Arquitetura - Asilos. 2. Casas de Repouso. 3.
Saúde do idoso. I. Bursztyn, Ivani . II. Santos, Mauro
César de Oliveira. III. Universidade Federal do Rio de
Janeiro, Faculdade de Arquitetura e Urbanismo,
Programa de Pós-graduação em Arquitetura. IV. Título.

CDD 725.5

Aos idosos, participantes da pesquisa
pela boa vontade em contribuir para
a realização deste trabalho.

AGRADECIMENTOS

Aos orientadores Mauro Santos e Ivani Bursztyn pelo aprendizado e pela tranquilidade que me conduziram na direção certa do tema pesquisado. Ao Professor Luiz Fernando Tura pelas dicas no planejamento da pesquisa de campo.

Aos meus pais por serem pessoas tão presentes e especiais na minha vida e pelo apoio incondicional em todas as etapas da minha formação profissional.

Aos meus irmãos Patrícia e Marco Aurélio, minha vó Alice e meu tio Márcio por estarem sempre me encorajando como também repreendendo pela extrapolação das horas de estudo. A todos os familiares que vibraram positivamente.

Ao dr. Jorge Baldi e Marilene Fabri que acreditaram no meu trabalho como arquiteta colocando o Hospital Universitário à disposição como um campo de trabalho e pesquisa. A todos os funcionários deste estabelecimento com os quais adquiri conhecimentos durante os projetos de reforma e construção.

À Waina, colega de trabalho, pela oportunidade de trabalharmos juntas nos projetos arquitetônicos do Hospital Universitário.

Ao Professor Gustavo Abdala pelo incentivo à minha participação no mestrado e por todas as contribuições durante esta longa jornada.

Aos professores José Aravena, Maurício Aguilar e Waldir Azevedo pelas orientações e incentivo à busca incessante do conhecimento durante e após a minha especialização na Universidade Federal de Juiz de Fora.

Ao geriatra Márcio Borges e à fonoaudióloga Talita pelo intercâmbio de informações e material bibliográfico.

Ao Gustavo, parceiro e admirador, pelo seu modo divertido de me acalmar nas horas difíceis.

À minha prima Claudilene Christina pelas dicas e ajudas na organização dos textos do mestrado.

Ao professor Marcus Tanure e ao Engenheiro Júlio César Honorato pelo incentivo à realização do mestrado e apoio na difícil conciliação do trabalho com a vida acadêmica.

À todos os funcionários do Departamento de Saúde da Terceira Idade que me receberam de braços abertos para a realização da pesquisa de campo.

Aos profissionais entrevistados, cuidadores e em especial aos idosos participantes da pesquisa que com suas respostas simples mas profundas em significado contribuíram para a realização desta dissertação. Alguns idosos me agradeceram por ouvi-los quando na verdade a satisfação era minha. Pude perceber que minutos de atenção trazem felicidade por representarem carinho, respeito e consideração.

À Deus companheiro de todas as horas.

RESUMO

NOVOS MODELOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DO IDOSO: DESAFIOS E TENDÊNCIAS DA ARQUITETURA FRENTE AO ENVELHECIMENTO POPULACIONAL BRASILEIRO.

Adriana de Assis

Orientadora: Prof^ª. Ivani Bursztyn, D.Sc.

Co-orientador: Prof. Mauro César de Oliveira Santos, D.Sc.

Com as mudanças do perfil demográfico e epidemiológico brasileiro em consequência do aumento da expectativa de vida da população, torna-se cada vez mais urgente o planejamento e adequação dos ambientes assistenciais às pessoas idosas. O crescimento deste grupo etário significa mudanças na vida do indivíduo, na dinâmica familiar e na estrutura da sociedade. Neste contexto as políticas públicas de amparo ao idoso estimulam ações que buscam a promoção do envelhecimento saudável e qualidade de vida bem como a ampliação e renovação dos modelos institucionais de atenção à saúde. Tendo estes dados como pressuposto o trabalho objetiva identificar os desafios e tendências da arquitetura frente às novas demandas espaciais dos estabelecimentos de saúde. A pesquisa apoiou-se na literatura multidisciplinar do tema e no estudo de campo realizado em duas unidades ambulatoriais da rede municipal e federal do Sistema Único de Saúde de Juiz de Fora, MG. Nestes locais foram investigados usuários idosos, cuidadores e profissionais. A análise levantou questões relacionadas à imagem da velhice e da pessoa idosa, condições de saúde e opiniões sobre os locais ideais de cuidado. Concluiu-se que a criação dos novos espaços alternativos de assistência à saúde do idoso é um processo progressivo que já está em construção, mas apresenta como desafio a interface amigável entre poder público, equipe profissional multidisciplinar e idosos, com respeito e valorização das suas reais necessidades.

Palavras chave: Idoso, Saúde, Estabelecimentos Assistenciais de Saúde, Arquitetura.

Rio de Janeiro
2006

ABSTRACT

NEW MODELS FOR ELDERLY PEOPLE HEALTH AID: ARCHITECTURE CHALLENGES AND TENDENCIES RELATED TO THE BRAZILIAN AGING PEOPLE PROCESS

Adriana de Assis

Advisor: Prof^a. Ivani Bursztyn, D.Sc.

Co-advisor: Prof. Mauro César de Oliveira Santos, D.Sc.

The changes that have happened in Brazil with the profiles: demographic and epidemiologist claims to an urgent planning and adequacy of the aid places dedicated to elderly people. The raising number of old aged people causes changes in the person's life, it affects the family habits and the society structure. In this context the public actions to support the elderly people stimulates actions which are set to promote a healthful aging and a good life standard as well as the enlargement and renewal of institutional models for health care. The present work goal is to identify the architecture challenges and tendencies to deal with the new demands of places made to be health establishments supported by the dates detailed in the previous paragraphs. The research is based on the multidiscipline literature about the subject and also by study visits at two city clinics: a local one and a federal one. They are part of the health care system of Juiz de Fora, MG. In these places elderly costumers, their caretakers and employees where interviewed. The analysis was about matters related to the image of oldness and of the elderly people, health conditions and opinions about the ideal care places. The conclusion is that the creation of new alternative places to help elderly people health is a progressive process which has already been constructed but it still has a challenge: friendly interaction between the public power, the multidiscipline team and elderly people being respected the valuation of their real needs.

key words: Elderly people, Health, Health aid establishments, Architecture.

Rio de Janeiro
2006

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS	v
RESUMO	vii
ABSTRACT	viii
SUMÁRIO	09
LISTA DE FIGURAS	12
LISTA DE TABELAS	13
LISTA DE QUADROS	14
INTRODUÇÃO	16
OBJETIVOS	18
ESTRUTURA DA DISSERTAÇÃO	18
CAPÍTULO 1 – O IDOSO	
1.1 – Contextualização.....	21
1.1.1 - O idoso nas diferentes culturas.....	21
1.1.2 - Envelhecimento populacional e transição demográfica.....	28
1.1.3 - Transição epidemiológica	36
1.1.4 - Envelhecimento e assistência à saúde no contexto internacional.....	39
1.2 – Definições.....	45
1.2.1 - Aspectos biológicos, psicológicos e sociais do envelhecimento.....	45
1.3 - Políticas públicas de amparo e assistência à saúde do idoso.....	52
CAPÍTULO 2 – ARQUITETURA DOS ESTABELECIMENTOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DO IDOSO: NOVOS RUMOS	
2.1 - Humanização dos espaços assistenciais.....	57
2.2 - Arquitetura e interdisciplinariedade na construção de ambientes de saúde.....	61
2.3 - Aspectos gerais das normas vigentes.....	68
CAPÍTULO 3 – PESQUISA DE CAMPO: A SAÚDE DO IDOSO EM JUIZ DE FORA / MG	
3.1 – A cidade pesquisada.....	74
3.2 - Planejamento da pesquisa.....	77
3.2.1 – Introdução.....	77
3.2.2 – Metodologia	78
3.2.3 – Coleta de dados.....	79
3.2.3.1 Campo de estudo.....	79
3.2.3.2 Participantes	79
3.2.3.3 Instrumentos	80
3.2.4 – Resultados	81

3.2.4.1 Perfil dos idosos.....	81
3.2.4.2 A imagem de uma pessoa idosa.....	82
3.2.4.3 A imagem de um pessoa idosa saudável	84
3.2.4.4 O local ideal para cuidar da saúde do idoso.....	85
3.2.4.5 Satisfação com o ambulatório.....	86
3.2.4.6 Hospitalização.....	87
3.2.4.7 Saúde	89
3.2.4.8 Perfil dos cuidadores e idosos assistidos	90
3.2.4.9 A imagem de uma pessoa idosa	91
3.2.5.0 A imagem de um idoso saudável.....	92
3.2.5.1 O local ideal para cuidar da saúde do idoso.....	93
3.2.5.2 Experiência de internação	93
3.2.5.3 Grau de dependência do idoso cuidado	94
3.2.5.4 Problemas mais freqüentes para cuidar da saúde do idoso.....	95
3.2.5.5 Outros serviços freqüentados pelos idosos	95
3.2.5.6. Espaço físico dos estabelecimentos assistenciais de saúde e a influência na recuperação e bem do paciente.....	95
3.2.5.7 Perfil dos profissionais.....	98
3.2.5.8 O atendimento ao idoso como um campo especial de assistência.....	99
3.2.5.9 Adequação dos serviços ao atendimento especial do idoso	100
3.2.6.0 O espaço construído do ambulatório	100
3.2.5 Análise dos resultados.....	102

CAPÍTULO 4 – RECOMENDAÇÕES E CONCLUSÃO

4.1- Recomendações.....	108
4.2- Conclusão.....	110

BIBLIOGRAFIA.....	113
--------------------------	------------

APÊNDICES

Apêndice I - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa	121
Apêndice II - Questionário – Idosos	122
Apêndice III - Questionário – Cuidadores	126
Apêndice IV - Roteiro da entrevista – Profissionais.....	129
Apêndice V - Tabela 5 – Um idoso saudável – Resposta dos Idosos	130
Apêndice VI - Tabela 6 – Local para cuidar da saúde do idoso – Resposta dos idosos.....	136

Apêndice VII - Tabela 7 – Local para cuidar da saúde do idoso – Resposta dos cuidadores.....	141
---	------------

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Evolução da pirâmide etária do Brasil.....	32
Fonte: IBGE (2005)	
Figura 2 – Pirâmide etária do Brasil.....	32
Fonte: DATASUS (2005)	
Figura 3 – Pirâmide etária da região Sudeste do Brasil.....	33
Fonte: DATASUS (2005)	
Figura 4 – Pirâmide etária da estado de São Paulo.....	34
Fonte: DATASUS(2005)	
Figura 5– Pirâmide etária da estado de Minas Gerais.....	34
Fonte: DATASUS(2005)	
Figura 6 – Pirâmide etária da estado do Rio de Janeiro.....	35
Fonte: DATASUS (2005)	
Figura 7 – Pirâmide etária da cidade de Juiz de Fora/MG	35
Fonte: DATASUS (2005)	
Figura 8 – Sala de terapia ocupacional do hospital –dia do Centro Geriátrico Júlia Magalhães em Salvador.....	71
Fonte: http://www.irmadulce.org.br/saude/nucleos/cqjm.htm (2004)	

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Fases da vida segundo diferentes autores	46
Fonte: CORRÊA (1996)	
Tabela 2 – Distribuição percentual da População por idade em Juiz de Fora, Minas Gerais e Brasil, 1980/ 1991/2000.....	74
Fonte: IBGE, Censos Demográficos 1980 / 1991 / 2000; Centro de Pesquisas Sociais / Anuário 2004	
Tabela 3 – Indicadores de saúde (setor primário e secundário).....	76
Fonte: Diretoria de Saúde, Saneamento e Desenvolvimento Ambiental/Anuário Estatístico da UFJF 2001	
Tabela 4 – Indicadores de saúde (setor terciário).....	77
Fonte: Diretoria de Saúde, Saneamento e Desenvolvimento Ambiental/Anuário Estatístico da UFJF 2001	
Tabela 8 – Perfil dos profissionais entrevistados.....	98

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Tópicos de interesse em psicologia ambiental e envelhecimento63

Fonte: NERI (2004)



“A velhice é algo que está no futuro mas perto e dentro de nós, pois começamos a envelhecer desde crianças e jovens.”

James Hillman

INTRODUÇÃO

INTRODUÇÃO

O aumento da expectativa de vida do ser humano tem sido objeto de estudo de diferentes áreas de pesquisa e entidades governamentais. Este fenômeno registrado em países desenvolvidos e em desenvolvimento é resultado da combinação de vários fatores como a redução das taxas de natalidade e mortalidade assim como melhorias na qualidade de vida e saúde pública. O crescimento acentuado do grupo etário idoso traz novas demandas que repercutem em todos os âmbitos da sociedade, altera as relações interpessoais e das pessoas daquele grupo com o meio onde vivem.

No Brasil, a preocupação com os mais velhos é recente, uma vez que o número deles era pequeno se comparado com as demais faixas etárias. Também não havia meios e informações necessárias para promover a qualidade de vida a estes cidadãos. Nas últimas décadas, a longevidade da população brasileira está aumentando de forma semelhante à dos países do primeiro mundo e segundo projeções estatísticas da OMS, Organização Mundial de Saúde, em 2005, o país terá a sexta população de idosos do mundo.

O processo brasileiro de transição demográfica diferente do ocorrido em países desenvolvidos vem acontecendo, aceleradamente, em um contexto com graves problemas sociais, ainda não solucionados, que atingem todas as faixas etárias. Assim, a atenção às necessidades dos idosos constitui-se uma nova preocupação do Estado e da sociedade. Neste sentido, o governo já regulamentou várias políticas públicas para assegurar aos idosos todos os direitos de cidadania. O Estatuto do Idoso, lei nº 10.741 de 01/10/05 coloca que: *"É obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária."*

As mudanças do perfil epidemiológico da população assinalam um impacto sobre o sistema de saúde e a necessidade de oferecer aos que envelhecem uma infra-estrutura adequada que inclui a criação de espaços alternativos de assistência à saúde. Embora exista um número elevado de pessoas idosas com a capacidade funcional preservada, ainda encontramos uma parcela relevante de indivíduos portadores de doenças crônico-degenerativas que, paralelamente, apresentam um acentuado declínio das suas funções fisiológicas. Essa disfunção os torna dependentes. As doenças crônico-degenerativas, normalmente, são de longa duração e demandam tratamento prolongado e oneroso ao sistema de saúde. Este, pelas suas dificuldades históricas, acaba por não atender adequadamente o segmento idoso da população (Sanchez,2000).

A assistência integral ao idoso estimulada pelo ministério da Saúde se estrutura sobre o conceito ampliado de saúde e busca substituir o atual modelo centrado na doença e na internação hospitalar. Esta forma de cuidado humanizado valoriza as ações de

prevenção aos agravos, promoção, proteção e recuperação da saúde com vistas ao envelhecimento saudável. Diante destas considerações, o modelo hospitalar ou asilar existente mostra-se inadequado como base do sistema. Instâncias intermediárias de cuidado como: Hospital-dia, centro-dia, centros de convivência, lares abrigados e outros já se encontram regulamentados por lei.

A construção do novo modelo de atenção integral ao idoso, decorrente dos novos conceitos de promoção da saúde e qualidade de vida, perpassa por mudanças no “lócus” do cuidado. Nesse panorama, a arquitetura tem papel fundamental por trabalhar com a organização dos espaços conferindo a qualquer tipo de edifício uma ambiência humana coerente com as dimensões físicas, psicológicas e sociais do indivíduo. O arquiteto comparado ao médico tem a responsabilidade de fazer com que o seu trabalho faça alguém se sentir melhor (HERTZBERGER,1996).

A valorização das sensações físicas, dos estímulos e signos produzidos por um determinado ambiente são aspectos relevantes em estabelecimentos de assistência à saúde, pois diferente de outros locais a maioria das pessoas os procuram por necessidade e não por vontade própria. Desse modo o espaço construído além de promover o bem estar dos usuários pode servir como suporte terapêutico.

O recorte teórico que se pretende para o desenvolvimento deste trabalho situa-se em uma abordagem multidisciplinar que procura articular conhecimentos formais da área de saúde, da arquitetura e informais da população entrevistada (idosos, cuidadores e profissionais) como subsídios para o planejamento arquitetônico dos espaços alternativos de assistência à saúde regulamentados pelas leis governamentais de atenção ao idoso.

Para efeitos dessa dissertação, adotou-se como idosos pessoas com idade cronológica a partir de 60 anos como determina a Lei nº 8.842/94, artigo 2 no inciso I. Esta definição foi estabelecida pela ONU, Organização da Nações Unidas, para países em desenvolvimento, como o Brasil.

A pesquisa de campo foi realizada em Juiz de Fora, MG. Este município de médio porte já se mobiliza em busca de novas alternativas de cuidado à saúde do grupo etário idoso, tendo em vista o elevado percentual da população idosa, cerca de 10,57%, índice acima do registrado no estado de Minas gerais e no Brasil.

A pesquisa adotada foi de natureza qualitativa com apoio da teoria das Representações Sociais e teve como instrumentos o uso de entrevistas, questionários semi-estruturados e observações em campo. A abordagem dos entrevistados se deu em dois estabelecimentos de assistência à saúde que atendem um número maior de pacientes idosos, o ambulatório do Hospital Universitário da UFJF e o Departamento de Saúde da Terceira Idade, órgão do município.

O estudo realizado nestes locais não teve como objetivo uma avaliação da estrutura física, mas uma primeira aproximação entre a assistência atual e a idealizada pelos entrevistados com o foco principal na percepção dos idosos.

As informações objetivas e subjetivas relativas ao envelhecimento, saúde, doença e arquitetura obtidas na pesquisa poderão complementar os requisitos estanques das legislações de infra-estrutura-física dos Estabelecimentos Assistenciais de Saúde e contribuir para a produção de ambientes humanizados e facilitadores da assistência holística preconizada na Política Nacional de Saúde do Idoso.

OBJETIVOS

Objetivo Geral

Identificar os novos desafios e tendências da arquitetura hospitalar frente ao envelhecimento da população brasileira.

Objetivos Específicos

- identificar as necessidades de assistência à saúde do idoso;
- conhecer a concepção do idoso e da equipe de saúde em relação à velhice e à doença;
- demonstrar a relação existente entre ambiente adequado e recuperação do paciente;
- servir como material de apoio para futuros projetos de estabelecimentos assistenciais de saúde;
- demonstrar que é possível formar uma equipe participativa entre profissionais da saúde, arquiteto e idoso.

ESTRUTURA DA DISSERTAÇÃO

O presente estudo foi organizado em quatro capítulos objetivando demonstrar o papel da arquitetura no campo da assistência à saúde dentro de uma sociedade em envelhecimento. De maneira geral, em arquitetura como nas demais áreas do conhecimento, o foco da pesquisa recai sobre as crianças e o adulto jovem, o idoso é um sujeito pouco estudado nas suas particularidades. Deste modo, o trabalho pretende explorar um pouco mais o universo do idoso como recurso para o planejamento dos novos estabelecimentos alternativos de assistência à saúde.

O Capítulo 1 apresenta uma visão geral do envelhecimento populacional através de aspectos históricos e contemporâneos. Discorre sobre as questões culturais, demográficas,

epidemiológicas, conceituais e políticas relativas ao idoso assim como o seu impacto na sociedade.

O Capítulo 2 aborda o conceito de humanização dentro dos espaços assistenciais de saúde. Enfoca a importância da interdisciplinariedade e complementariedade dos conhecimentos das diversas áreas da saúde com a arquitetura para a construção de espaços de saúde holisticamente adequados às necessidades humanas. Também apresenta as normas que regulamentam os novos estabelecimentos de assistência à saúde do idoso.

O Capítulo 3 apresenta um estudo de caso em duas instituições de saúde que prestam atendimento ambulatorial ao paciente idoso na cidade de Juiz de Fora, MG. A coleta de dados foi obtida por meio de entrevista e questionário aplicados aos idosos, cuidadores e profissionais, com o objetivo de obter informações de natureza objetiva e subjetiva aplicáveis ao planejamento físico dos estabelecimentos de cuidado ao idoso.

O Capítulo 4 expõe as recomendações sobre o tema em questão e conclui esse estudo.



*“Através da maneira como a sociedade se comporta com seus velhos,
ela desvela sem equívoco a verdade – muitas vezes cuidadosamente
mascarada – de seus princípios e seus fins”
Simone de Beauvoir*

CAPÍTULO 1

O IDOSO

CAPÍTULO 1 – O IDOSO

1.1 – Contextualização

1.1.1 - O idoso nas diferentes culturas

O envelhecimento é um fenômeno que percorre toda a história da humanidade, mas com características diferenciadas de acordo com os costumes, tempo e espaço. Quando um tema como este é abordado, torna-se necessário um estudo histórico da velhice nas diversas culturas para entendermos o *status*, preconceitos e estereótipos que são atribuídos a esta parcela da população. *“Cada sociedade reservou para seus idosos uma função e um lugar determinado – privilegiado ou marginal – segundo suas necessidades e seus valores”* (VARGAS, 1994).

No processo evolutivo do homem, nômade ou sedentário, a situação dos velhos passa a representar uma questão cultural no momento em que ele se agrupa para formar um núcleo de relacionamento e de segurança na caverna ou em qualquer outro tipo de habitação (CANÇADO, 1980).

Nas sociedades primitivas instáveis, principalmente as que viviam da caça e coleta, fatores como o baixo nível cultural, a escassez de alimentos, a falta de abrigo fixo e a rigidez do sistema patriarcal eram responsáveis por uma série de atitudes violentas contra os anciãos. De maneira geral, quando estes se tornavam improdutivos e com as forças diminuídas eram abandonados, repudiados, agredidos e mortos, segundo o costume de cada grupo. *“Quando o clima é duro as circunstâncias difíceis, os recursos insuficientes, a velhice dos homens assemelha-se muitas vezes à dos bichos”* (BEAUVOIR, 1990).

O parricídio era uma prática comum entre os Ainos (Japão), Yakutes (Sibéria), Sirionos (Bolívia) e Thonga (África do sul) (CANÇADO, 1980). O senilicídio, costume dos esquimós, consistia no abandono do idoso em um iglu trancado, sujeito ao frio e à fome ou exposição aos elementos naturais para acelerar a sua morte, se despiam dos casacos de pele e caminhavam pela gelada região Ártica para serem devorados pelos ursos polares (SALGADO, 2005). Esta última atitude fazia parte da filosofia deles, pois diziam: *“Durante a juventude matei o urso para, com sua carne, alimentar os meus filhos. É justo que, na minha velhice, entregue a minha carne para alimentar o urso, que continuará alimentando os meus descendentes”*.

O romance *Narayama*, inspirado em fatos reais, ilustra a situação dos velhos japoneses em épocas passadas. As aldeias eram tão pobres que por questão de sobrevivência os velhos eram mortos. A festa dos mortos era um ritual onde cada filho primogênito apresentava seus velhos para serem sacrificados, conduzidos até o alto de

uma montanha, onde eram abandonados para morrerem de fome, frio ou devorados por algum animal.

A obra narra a história de um filho que mesmo com as festas dos mortos acontecendo era incapaz de apresentar sua mãe devido ao seu grande amor por ela. Por sua vez, de acordo com o costume do lugar, a mãe sentia-se envergonhada por estar próxima dos 70 anos, vigorosa, trabalhando e principalmente com todos os dentes para devorar o que quer que seja numa aldeia onde havia falta de comida. Moralmente incomodada e se sentindo inútil após o casamento do neto mais velho, ela quebra os dentes para parecer mais velha e finalmente na festa seguinte é sacrificada (BEAUVOIR,1990).

Os índios norte-americanos, Objibwa, que habitavam as margens do lago Michigan concediam, de acordo com as famílias, tratamento diferenciado para as pessoas com idade avançada e incapacidade, mas, freqüentemente, eram negligenciadas. O descendente doente era abandonado numa cabana longe da aldeia ou numa pequena ilha deserta; se ele merecesse honras por feitos no passado, a tribo promovia uma festa animada com cânticos, durante a qual, seu filho surgia para lhe tirar a vida a machadadas (JAMES,1986).

Em geral, as sociedades agrícolas sedentárias e as que não possuem linguagem escrita tratam bem os velhos por considerá-los como uma fonte viva de conhecimentos e transmissores da cultura do grupo. O homem idoso enquanto sábio, intercessor e protetor contra os fenômenos sobrenaturais é a figura que assegura ao longo dos tempos a coesão da comunidade.

No Brasil, a maior parte das tribos indígenas transmitem os seus costumes oralmente. Os idosos são considerados e valorizados como um arquivo vivo por isso ficam responsáveis pela transmissão dos saberes tradicionais que envolvem a vida da aldeia, os processos curativos, fabricação de remédios, rituais xamânicos, cantos e danças (PASCHOAL,2002). A pesquisadora Nádia Farange, do Departamento de antropologia social da Unicamp diz que a etnia Wapixana de Roraima considera os velhos como uma marca do passado no presente, como uma “dobradiça do tempo” e conclui: *“A realidade para eles é só o presente e o passado só existe na linguagem dos velhos”* (FARANGE apud PASCHOAL,2002).

Atualmente o resgate cultural das tradições é também um meio de evitar as interferências do contato urbano e fortalecer as organizações políticas e sociais da tribo a fim de exigir o respeito aos direitos indígenas e a demarcação de terras. Nesse processo o idoso é peça fundamental.

Na África, a velhice é considerada uma fase privilegiada no círculo da vida, o momento em que a evolução espiritual se intensifica por estabelecer um vínculo entre os vivos e os mortos. O respeito e o desejo de atingir a longevidade deve-se à visão animista

que eles têm do universo, segundo a qual a vida é uma corrente eterna que flui através dos homens e gerações sucessivas (KABWASA,1982).

Os *Ambum*, etnia da região de Kwilu no Zaire, consideram as pessoas idosas quando seus cabelos embranquecem ou se tornam avós, geralmente chamadas de *tata* (pai), *mbuta* (ancião) ou *nkuluntu* (cabeça velha). Os velhos são vistos como fontes de sabedoria e ensinamento, perpetuadores da tradição da tribo, assim eles assumem funções importantes nos domínios jurídico, religioso, médico-mágico, educacional e econômico. Estes saberes são transmitidos oralmente e através de rituais às novas gerações. Existe um ditado africano que diz: “*Cada vez que um velho morre, uma biblioteca se queima*” e uma crença de que “*Uma aldeia sem velhos é como uma cabana roída de cupins*”, deste modo os anciãos são considerados os alicerces da vida na aldeia (KABWASA,1982).

A tarefa de cuidar do idoso debilitado e dependente cabe ao membro mais jovem da família por este motivo todo homem aspira a uma prole grande que lhe garanta segurança no futuro. No entanto, hoje, em algumas aldeias africanas, à medida que os jovens vão para as cidades em busca de trabalho nota-se a desintegração das famílias com o declínio das tradições em troca dos valores individualistas da vida urbana e o conseqüente abandono dos seus ancestrais.

No oriente, a vida interior foi sempre mais importante do que a exterior. Os ensinamentos de Confúcio tem como princípio básico a harmonia dos relacionamentos humanos, enfatizam a piedade filial, o respeito e a obediência que todos os membros da família devem ter com os familiares idosos. As filosofias Budista, Lamaista, Taoista, Yogue e outras veneram e consideram os velhos como possuidores de sabedoria.

A China mantém o costume de várias gerações de uma família habitarem a mesma casa tendo como figura central a pessoa idosa. Os vínculos se tornam mais fortes entre os diferentes grupos etários, os avós cuidam do lar e dos netos de acordo com suas possibilidades e os filhos cuidam dos pais (SHUI,1982).

De acordo com a cultura japonesa compete à mulher a organização do lar, o cuidado dos filhos e dos idosos. A hierarquia prevê que o compromisso do cuidado cabe em primeiro lugar à esposa, depois à filha mais velha seguida pela viúva e por último à solteira que vive sozinha (CARVALHO; NERI,2004). Esta responsabilidade recai, principalmente, sobre as mulheres acima de 40 anos e em algumas situações as casadas assumem os sogros. Os filhos ou genros se encarregam da assistência material, administração dos interesses econômicos e das necessidades de deslocamento dos idosos. No Japão tudo é feito para evitar que se coloque os pais em asilos, até os parentes distantes são acionados.

Nos países muçulmanos os idosos são respeitados e zelados devido à tradição familiar e à moral islâmica que pode ser resumida na expressão árabe *Rida al-walidain* que significa o amor e a afeição dos pais (UNESCO,1982). Segundo a cultura deles a maior

desgraça para um jovem é ser repudiado por seus pais. Os ensinamentos do Corão reforçam estes vínculos, “O decreto de teu Senhor é que não adoreis senão a Ele; que sejas indulgentes com vossos pais, mesmo que a velhice alcance um deles ou ambos, em vossa companhia; não os repreveis, nem os rejeiteis; outrossim, dirigi-lhes palavras honrosas” (CORÃO, SURATA XVII, v.23).

A problemática que envolve o idoso pode ser encontrada em épocas remotas da civilização. O primeiro texto relativo à velhice foi escrito no Egito em 2500 a.C., pelo filósofo e poeta Ptah-Hotep, seu conteúdo representa a visão sombria do ocidental em relação ao envelhecimento:

“Como é penoso o fim de um velho! Ele se enfraquece a cada dia; sua vista se cansa, seus ouvidos tornam-se surdos; sua força declina; seu coração não tem mais repouso; sua boca torna-se silenciosa e não fala mais. Suas faculdades intelectuais diminuem, e lhe é impossível lembrar-se de hoje do que aconteceu ontem. Todos os seus ossos doem. As ocupações que até recentemente causavam prazer só se realizam com dificuldade, e o sentido do paladar desaparece. A velhice é o pior dos infortúnios que pode afligir um homem. O nariz entope, e não se pode mais sentir nenhum odor” (PTAH-HOTEP apud BEAUVOIR, 1990).

As palavras gregas *géra*, *geron* designam a idade avançada, o direito de ancianidade ou deputação. Na Grécia do séc. III e IV a.C. a idade e sabedoria dos homens eram vistas como questão de honra, uma qualificação para ocuparem cargos no governo e prestarem assistência ao rei como conselheiros. Na época, os estados gregos podiam ser divididos em duas categorias: aqueles que reconheciam o privilégio da idade no comando dos negócios públicos e os que rejeitavam a gerontocracia. Teoricamente Atenas pertencia ao segundo grupo o seu “senado” era composto por uma delegação de 500 pessoas tiradas a sorte entre os cidadãos de 30 anos. Já a constituição espartana de Licurgo é um exemplo de regime gerontocrático, o poder pertencia a Gerusia, Assembléia de 28 membros vitalícios com idade de 60 anos (CANÇADO,1980).

Platão e Aristóteles, filósofos marcantes da era clássica grega tinham opiniões divergentes sobre a velhice. A concepção de Platão era influenciada por suas opções políticas, acrescia ao critério de idade o do valor. Em *A República*, criticou severamente o espírito público da democracia ateniense por não respeitar as competências dos mais velhos era favorável à “*timocracia*” de Esparta, mas acreditava que os magistrados deveriam ser os homens mais sábios e não os formados pela guerra. Ele conclui: “os mais idosos devem mandar, e os jovens obedecer” (PLATÃO apud BEAUVOIR, 1990).

Aristóteles só via pontos negativos nos idosos e classificava-os como enfraquecidos, possuidores de mau caráter, pessoas que passaram o decorrer da vida a se enganar e por este motivo não poderiam ser considerados superiores aos mais jovens que acumularam menos erros do que eles. Do seu ponto de vista a polícia deveria estar à frente da Polis e o

título para o exercício do poder estaria na força dos militares jovens de uma classe média e não nos intelectuais assim, os idosos deveriam se afastar do governo e se ligar ao sacerdócio (BEAUVOIR, 1990).

A Bíblia através dos seus escritos sagrados registra uma sociedade patriarcal na qual os velhos são valorizados como eleitos e porta-vozes de Deus, atingem idades fabulosas como recompensa de uma vida virtuosa. O Salmo 91 (13,15-16) ilustra este fato e proclama: *“O justo florescerá como a palma e como o cedro do Líbano crescerá. (...) Darão frutos mesmo na velhice, estarão cheios de seiva e vigor, para anunciar quão reto é o senhor, minha rocha e que não há nele iniquidade”*. Um exemplo disso foi o profeta Moisés que realizou grandes obras em favor de Israel na sua velhice. Fiel servo do Senhor, morreu ainda vigoroso com cento e vinte cinco anos.

No Antigo Testamento, em Deuteronômio (11,21), há uma passagem que diz que o povo deve obedecer os mandamentos de Deus, amá-lo e servi-lo de todo o seu coração: *“...para que vossos dias sejam numerosos sobre o solo que Javé jurou dar a vossos pais, tão numerosos quanto os dias dos céus que estão por sobre a terra.”* O livro sagrado registra outros patriarcas que também alcançaram a longevidade. Noé teria vivido 950 anos, Isaac, 180, Abraão 175 e Jacó 140.

“A velhice, portanto, à luz do ensinamento e no léxico próprio da Bíblia, apresenta -se como ‘tempo favorável’ para levar a bom termo a aventura humana, e faz parte do desígnio divino a respeito de cada homem como tempo no qual tudo converge, para que ele possa compreender melhor o sentido da vida e alcançar a sabedoria do coração” (PAULOII,1999).

O patriarcado firma-se não somente em advertências bíblicas mas também na promessa de terra. Em todas as circunstâncias graves, o rei chama os anciãos das grandes famílias, submete seus problemas à discussão e ouve seus conselhos. O filho que deixasse de honrar seu pai e mesmo castigado se recusasse a obedecê-lo seria conduzido aos anciãos da cidade para ser apedrejado e morto pelo povo a fim de tirar o mal do meio de todos.

Em Israel o prestígio do ancião fica evidenciado não só na Bíblia como também nas questões legais. O tribunal dos antigos hebreus, Sinédrio, era constituído por sacerdotes, anciãos e escribas que tinham a função de julgar as questões criminais e administrativas relativas à tribo ou à cidade.

A história romana demonstra uma estreita relação entre estabilidade da sociedade e a posição ocupada pelos velhos ricos, valorizados pelos seus bens. Os proprietários de terras, casas e ações de companhias financeiras eram respeitados e detinham o poder em

uma república conservadora governada por uma oligarquia na qual a magistratura só era alcançada numa idade avançada (BEAUVOIR, 1990).

A situação dos anciãos abastados era privilegiada. O poder do “*paterfamilias*” era quase ilimitado, conferia-lhes os mesmos direitos sobre as coisas, pessoas da comunidade e familiares, podiam vender, mutilar e matar. O aparente prestígio dos mais velhos não era compartilhado pelos escritores teatrais e poetas que retratavam em seus trabalhos a indignação do público com a concessão de privilégios econômicos e políticos às pessoas degradadas física e moralmente. Tanto na cultura grega como na romana, a velhice era representada, na maioria das vezes, de forma caricata como objeto de escárnio e desprezo (BEAUVOIR, 1990).

Plauto, em *As Ateanas*, retoma dos gregos o personagem do velho ridículo, um pai que tenta atrapalhar os prazeres de seu filho com sua avareza e rivalidade; utiliza artimanhas e seu poder econômico para roubar ao filho a mulher que ama, mas suas maquinações sempre fracassam é desmascarado graças à esperteza de um escravo. Sua mulher também segue o mesmo esteriótipo, feia, rabugenta e alvo de zombaria de toda vizinhança.

Terêncio, em suas peças teatrais, tratou com mais seriedade os conflitos entre as gerações, ensina aos pais como devem se comportar para viverem em harmonia com seus filhos. Entretanto, a situação do “*paterfamilias*” persistiu até a decadência do sistema político oligárquico.

Beauvoir (1990) destaca que a relação de autoridade entre velhos e adultos funda-se no medo ou no respeito inspirado por aqueles, quando os adultos se libertam os anciãos perdem o poder. Para a autora “... o estatuto do velho nunca é conquistado por ele, mas lhe é outorgado” de acordo com os objetivos perseguidos pela coletividade. Em uma tribo nômade, que busca a sobrevivência dia-a-dia, a manutenção de uma pessoa idosa é indesejável por significar uma boca inútil, mas em outra sociedade com crenças místicas o ancião pode ser reverenciado por representar um canal de comunicação entre vivos e mortos.

Na Idade Média, independente da classe social, a situação dos velhos era desfavorável em todos os setores da sociedade. Durante este período a valorização da força física conferiu maior *status* à juventude e fez dos jovens condutores do mundo. As mulheres velhas não eram poupadas nem na literatura eram retratadas como feiticeiras malvadas e perigosas. Nas fábulas satíricas como *La male femme qui conchia la prude femme e a Velha do Romam de La Rose* as idosas eram expulsas ou assassinadas, simbolicamente, nos campos e burgos para livrar a sociedade da velhice (BEAUVOIR, 1990).

Para Beauvoir (1990) a referência negativa da velhice, com poucas exceções, foi uma constante do Egito antigo ao renascimento. Algumas frases, deste período, identificam a velhice como “o inverno da vida” em outras, a barba e os cabelos brancos são associados ao gelo e à neve pela sensação de frieza transmitida pelo matiz ao contrário das cores vibrantes presentes na primavera relacionadas à juventude.

Observa-se que a situação dos anciãos, nas diferentes sociedades, depende em grande parte de suas capacidades, prestígio e riqueza assim como do juízo que se faz do envelhecer. Pode-se dizer que as representações sociais da velhice sofrem influências dos padrões culturais do lugar. Em alguns contextos, os velhos são reverenciados e ocupam posições privilegiadas no papel de decanos da política e do governo, magos com poderes sobrenaturais, sacerdotes, grandes proprietários e transmissores da ciência e dos costumes. Em outros cenários, eles são marginalizados por serem classificados como improdutivos, incapazes e senis.

De forma geral, verifica-se que a pessoa com mais anos de vida recebe da sociedade duas representações tipológicas que evocam idéia de maturação ou desgaste: “o homem idoso”, figura respeitada pela sabedoria e dignidade e o “velho”, indivíduo desprezado como símbolo negativo da decadência física, mental e incapacidade para o trabalho. Esta atitude pode ser ilustrada pelas diferentes classificações que a população, acima dos 60 anos, recebia na França do século XIX: velho (*vieux*) ou velhote (*vieillard*) era usado para designar o indivíduo que não detinha *status* social e idoso (*personne âgée*) aquele que o possuía. Cabe ressaltar que a palavra velhote não representava um termo muito pejorativo servia também para indicar o velho rico com imagem associada a “bom cidadão”, “bom pai”etc (PEIXOTO,1998).

Finalizando, o que sobressai nesta revisão bibliográfica são as diferentes visões que cada sociedade possui da velhice, claramente, retratadas nas atitudes discriminatórias ou respeitadas para com seus idosos. O estudo histórico em diferentes épocas e culturas do grupamento humano nos auxiliam a descobrir como os aspectos relativos ao envelhecimento são organizados e adquirem significados além de servir como reflexão para a sociedade do século XXI que enfrenta o fenômeno do envelhecimento populacional.

1.1.2 – Envelhecimento populacional e transição demográfica

O envelhecimento humano, entendido como um período da vida, é difícil de ser delimitado com precisão por envolver variáveis biológicas, psicológicas e sociais, mas do ponto de vista cronológico a Assembléia Mundial sobre o Envelhecimento, ocorrida em 1982, na cidade de Viena, Áustria, definiu a população idosa como o grupo de pessoas com 60 anos ou mais. Em 1985, a Organização das Nações Unidas (ONU), adotou a idade de 65 anos para o indivíduo ser considerado idoso, somente nos países desenvolvidos e 60 anos de idade nos países em desenvolvimento, onde a expectativa média de vida é menor devido ao nível da qualidade de vida ofertada aos cidadãos.

Hoje, a população mundial é mais velha do que em qualquer outro período da História, segundo a Organização das Nações Unidas entre os anos de 2000/2050 o número de pessoas idosas com mais de 60 anos deve triplicar, passando de 600 milhões para 2 bilhões, quase 25% da população do planeta. Diferente de épocas passadas, o mundo já demonstra preocupação com a questão do envelhecimento e suas implicações nos diversos âmbitos da sociedade. Neste aspecto, Ângela Maria Gomes de Matos Lacerda (2005), professora e coordenadora da Universidade Aberta à Terceira Idade da UCG coloca:

“As conseqüências dessas transformações requerem mudanças de mentalidade e postura, o reconhecimento da primazia de responsabilidade do Estado na condução das políticas públicas que assegurem um envelhecer com segurança, dignidade e cidadania como exercício pleno de direito. Também é importante o envolvimento da sociedade civil organizada, inclusive das entidades representativas do seguimento idoso” (Lacerda, 2005).

A segunda Assembléia Mundial sobre o Envelhecimento da ONU, realizada em Madri no ano de 2002, elaborou uma Estratégia Internacional de Ação sobre o Envelhecimento cujo objetivo é responder aos problemas e às realidades que desafiam o envelhecimento no século XXI, a fim de desenvolver uma sociedade para todas as idades. O documento recomenda as seguintes ações:

- das pessoas idosas para que participem plena e eficazmente da vida social, econômica e política de suas sociedades, inclusive mediante trabalho remunerado ou voluntário;
- a oportunidade de desenvolvimento, da realização pessoal e do bem-estar do indivíduo em todo o curso de sua vida, inclusive numa idade avançada, por exemplo, mediante possibilidades de acesso à aprendizagem durante toda a vida;

- a garantia dos direitos econômicos sociais e culturais das pessoas idosas, assim como dos seus direitos civis e políticos, inclusive mediante a eliminação de todas as demais formas de discriminação por razão de idade;
- o compromisso de reafirmar a igualdade de gênero nas pessoas idosas mediante a eliminação da discriminação por motivo de gênero e das demais formas de discriminação;
- o reconhecimento da importância decisiva que tem para o desenvolvimento social a interdependência, a solidariedade e a reciprocidade entre as gerações;
- a atenção à saúde e o apoio às pessoas idosas, segundo as necessidades;
- a promoção de uma parceria entre o governo, em todos os seus níveis, a sociedade civil, o setor privado e as próprias pessoas idosas em torno do processo de transformar a Estratégia Internacional em medidas práticas;
- a utilização das pesquisas e dos conhecimentos científicos para que sejam consideradas as conseqüências do envelhecimento desde o ponto de vista das pessoas, da sociedade e da saúde, em particular nos países em desenvolvimento (*Documento base da 2ª Assembléia Mundial sobre o Envelhecimento da ONU - Madri, 2002*).

A crescente preocupação das sociedades com as questões relativas ao envelhecimento pode ser atribuída a vários fatores de acordo com suas histórias e costumes, mas, na opinião de Netto (1997):

“...o verdadeiro motivo responsável por esse boom (aumento repentino e amplo de algum interesse ou atividade) em torno do envelhecimento tem muito a ver com a demografia (estudo sobre a população, nos seus mais variados aspectos) do que com questões éticas, morais, sentimentais ou afetivas” (Netto, 1997)

O envelhecimento populacional em demografia é entendido como o crescimento da população considerada idosa em uma dimensão tal que, de forma sustentada, amplia a sua participação relativa no total da população (MOREIRA,2001). Para que este quadro se configure é necessário uma redução do ritmo natural de reprodução da espécie humana, ou seja, diminuição do grupo etário jovem, resultante da queda da fecundidade (envelhecimento pela base) em alternância com aumento proporcional do grupo idoso em razão da queda da mortalidade (envelhecimento pelo topo).

A transição demográfica é, principalmente, produto da combinação das taxas de mortalidade e fecundidade, sendo dividida em quatro etapas. A primeira resulta das altas taxas de mortalidade e fecundidade, com predominância da população jovem. A segunda apresenta um declínio da mortalidade e alta da fecundidade. No início desta etapa ocorre um rejuvenescimento da população pela redução da mortalidade entre as crianças e mais adiante com maiores probabilidades de sobrevivência elas provocam um crescimento dos grupos etários adultos. Na terceira etapa ocorre diminuição da fecundidade e mortalidade acarretando um aumento percentual de adultos e paralelamente do número de idosos. A última etapa é caracterizada pela contínua queda da fecundidade e mortalidade que contribui para o aumento expressivo de idosos(ALVES,MONTEIRO,1995).

Na década de 1930 quase metade das causas de óbito nas capitais brasileiras eram resultantes das doenças infecciosas e parasitárias as quais atingiam, principalmente, os mais vulneráveis crianças e idosos. Hoje, o Brasil tem conseguido reduzir, concomitantemente, a fecundidade e a mortalidade o que o coloca na terceira etapa da transição demográfica. Esta realidade teve início a partir de 1940 com o surgimento dos antibióticos, investimentos em saneamento básico e conscientização da população em relação a medidas higiênicas que ajudam a evitar doenças (ALVES,MONTEIRO,1995).

Outro evento significativo foi o movimento migratório iniciado em 1960 pelo processo de industrialização incentivado pelas políticas de desenvolvimento propiciou maior acesso da população à serviços de saúde, programas de controle familiar e métodos anticoncepcionais. A evolução da medicina nos últimos 60 anos através da assepsia, vacinas, antibióticos, quimioterápicos, exames complementares de diagnóstico, entre outros, favoreceu a adoção de meios capazes de prevenir ou curar doenças que eram até então fatais (BRASIL,1994). A situação brasileira demonstra que a longevidade da população resulta em grande parte dos avanços médicos e farmacológicos, pois ainda não se verifica evolução equivalente nas condições sócio-econômicas e sanitárias em todo o país.

O aumento da longevidade nos países desenvolvidos se deu na primeira metade do século XIX dentro de uma economia forte e com altos investimentos governamentais na área social e da saúde. Assim, foi ofertado à população melhores condições de vida através de saneamento básico, alimentação, trabalho estruturado, habitação e orientações sobre higiene pessoal. Portanto, os países do Primeiro Mundo (Alemanha, França, Inglaterra, Itália, Suécia, Dinamarca, Holanda, Estados Unidos, Japão, entre outros) tiveram um período maior para se adaptar à transição demográfica, diferente dos países em desenvolvimento, que apresentam um ritmo acelerado de envelhecimento e uma situação sócio-econômica deficiente.

Na Inglaterra, a expectativa de vida das pessoas era de apenas 36 anos e nos Estados Unidos, no início do século XX, beirava, somente, os 47 anos. Nos países pobres a situação era pior. A expectativa de vida dos brasileiros em 1900 era de 33,7 anos, no início da década de 1950 atingiu 43,2 anos, em 2000, 68,5. No período 2000/2020 estima-se que estará próxima de 72 anos. No Brasil a proporção de pessoas maiores de 60 anos para cada 100 indivíduos menores de 15 anos era 15,9% em 1980, subiu para 21% em 1991 e atingiu 28,9% em 2000 (IBGE, 2005).

Segundo estatísticas da Organização Mundial de Saúde – OMS, no período de 1950 a 2025, o grupo de idosos no Brasil deverá ter aumentado em 15 vezes, enquanto a população total em cinco. O país ocupará em 2025 o sexto lugar quanto ao contingente de idosos com cerca de 32 milhões de pessoas com 60 anos ou mais de idade. As projeções das Nações Unidas, de 1998, também apontam para o mesmo caminho, sinalizam que o Brasil no período de 1950 – 2050, vai passar para a categoria dos países envelhecidos no segundo decênio do século XXI.

A Pesquisa Nacional por amostragem de Domicílios (PNAD) de 2001 contabilizou a população brasileira em cerca de 169 milhões de habitantes dos quais 9,1% possuem mais de 60 anos. Em 1900 este grupo etário era de 3,3%, em 1940 era de 4,1%, em 1980 de 5,4% e em 1991 de 7,30%. No ano de 2025 estima-se que no universo de 32 milhões de habitantes acima de 60 anos, 8,1% estará entre 60 e 69 anos e 5,7% com 70 anos ou mais. (IBGE,2001)

A evolução do envelhecimento brasileiro já provoca alterações visíveis na pirâmide etária populacional tanto em sua base quanto em seu topo além de indicar uma tendência à “retangularização” (fig.1 e 2). Segundo dados do IBGE o grupo de pessoas com 60 anos ou mais em 2000 correspondia a 8,56% do total da população. Veras (1994) coloca que *“embora as estruturas etárias do Brasil ainda pareçam ser bastante jovens, o grande número de pessoas mais velhas chama atenção para as questões gerontológicas e as colocam numa posição de destaque na política”*.

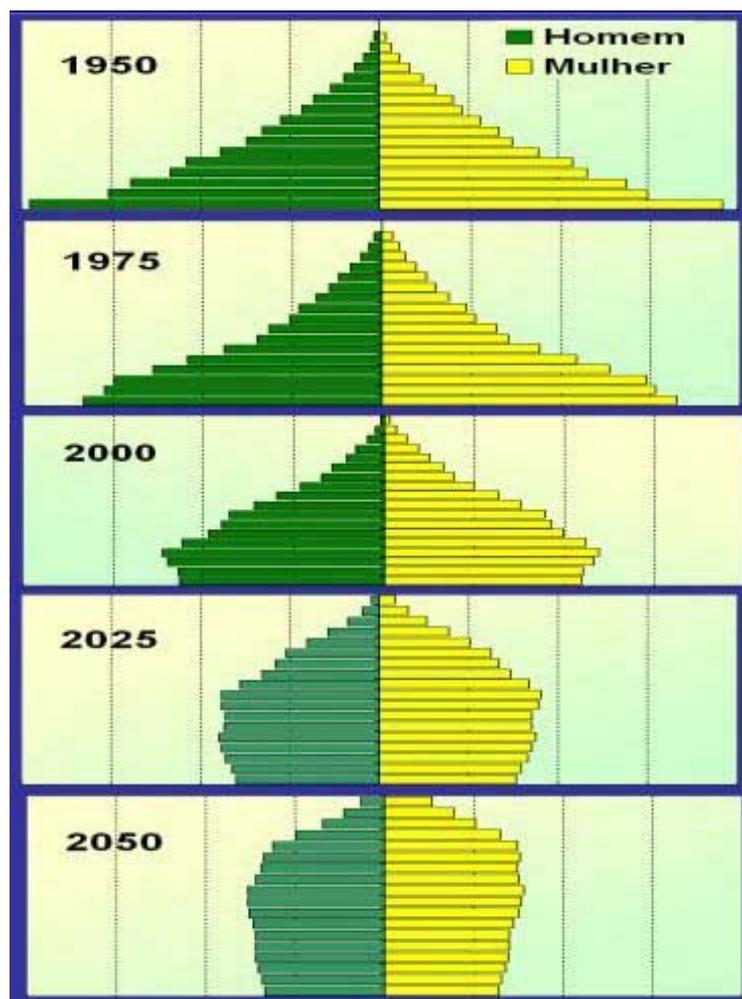


Figura 1 – Evolução da pirâmide etária do Brasil
 Fonte: IBGE (2005)

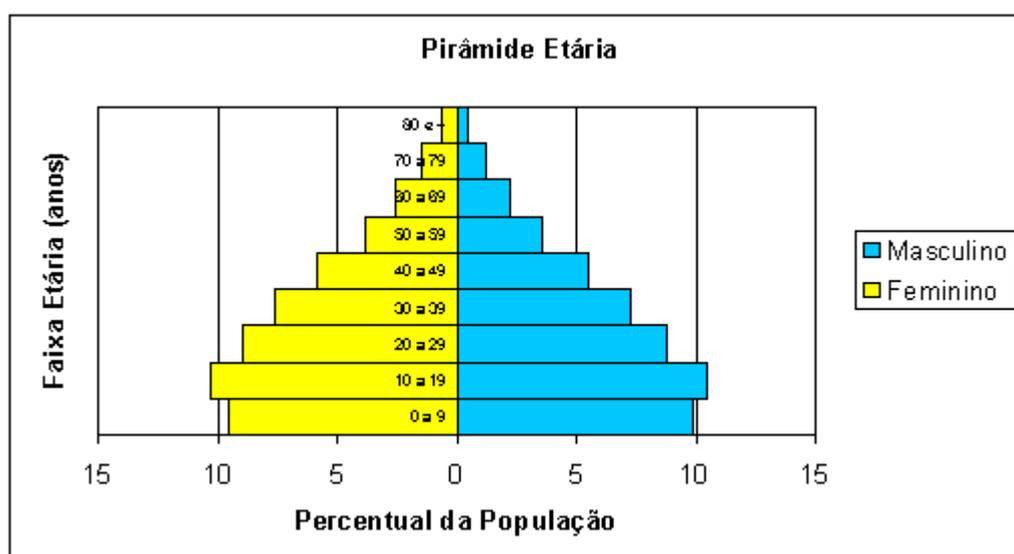


Figura 2 – Pirâmide etária do Brasil
 Fonte: DATASUS (2005)

Os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) também apontam que em 2050 o Brasil contará com cerca de 36 milhões de idosos sendo 15 milhões só na região Sudeste. Esta região além de ser a mais populosa é a que possui a maior proporção de idosos entre seus habitantes (9,21%)(fig.3). Tomando como exemplo três importantes estados da região Sudeste é possível identificar variações percentuais no envelhecimento populacional. A pirâmide etária do Estado de São Paulo e Minas Gerais registram algumas diferenças na base mas, a porcentagem de idosos é semelhante 8,88% e 9,08% respectivamente (fig.4 e 5). Entre todos os estados brasileiros o do Rio de Janeiro é o que apresenta a maior concentração de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, cerca de 10,63% (fig.6). Na cidade de Juiz de Fora, campo de pesquisa da dissertação, este grupo etário já representa 10,57% do total de seus habitantes (fig.7).

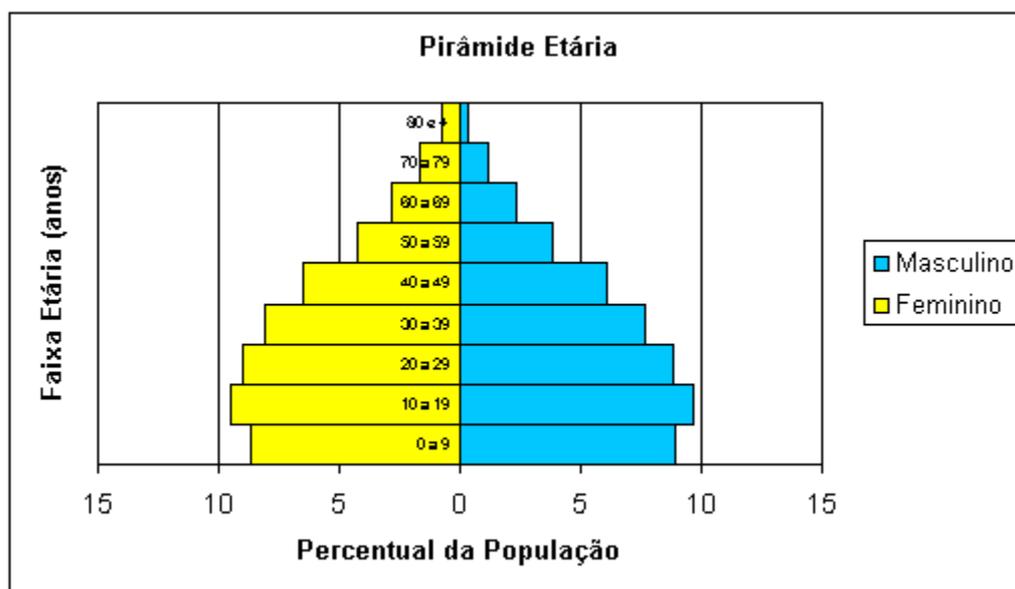


Figura 3 – Pirâmide etária do Sudeste do Brasil
Fonte: DATASUS (2005)

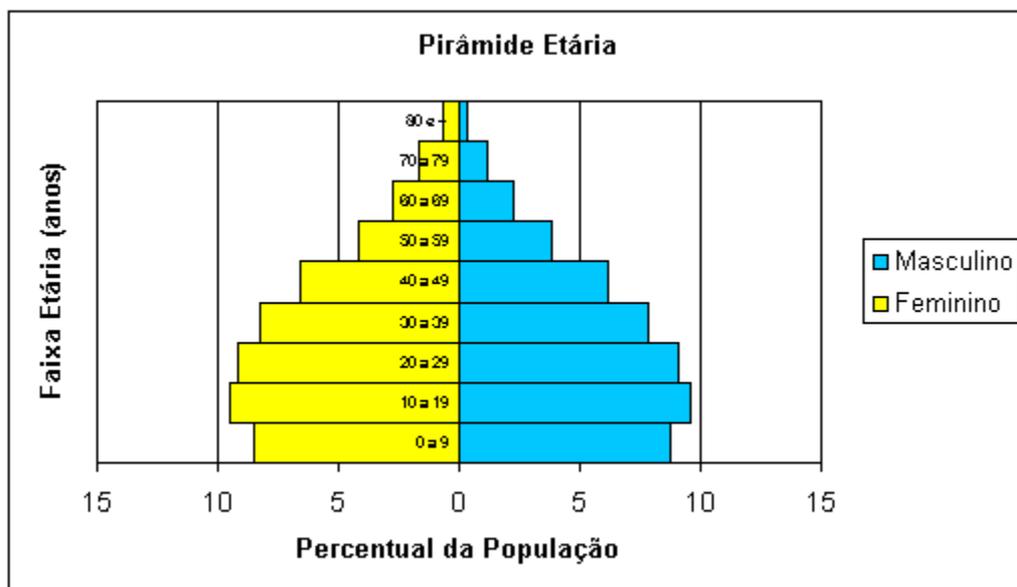


Figura 4 – Pirâmide etária do estado de São Paulo
Fonte: DATASUS (2005)

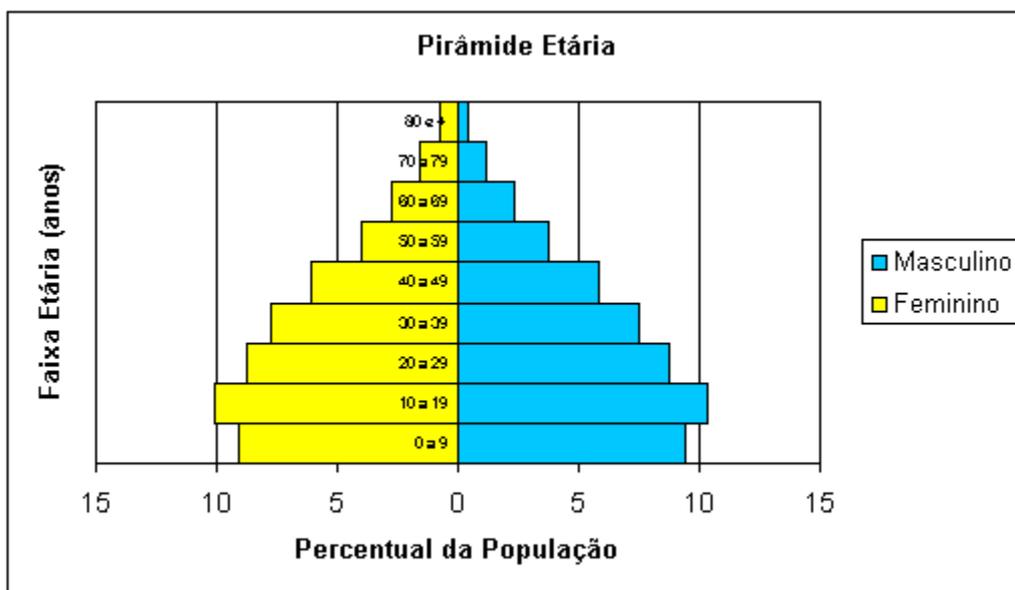


Figura 5– Pirâmide etária do estado de Minas Gerais
Fonte: DATASUS (2005)

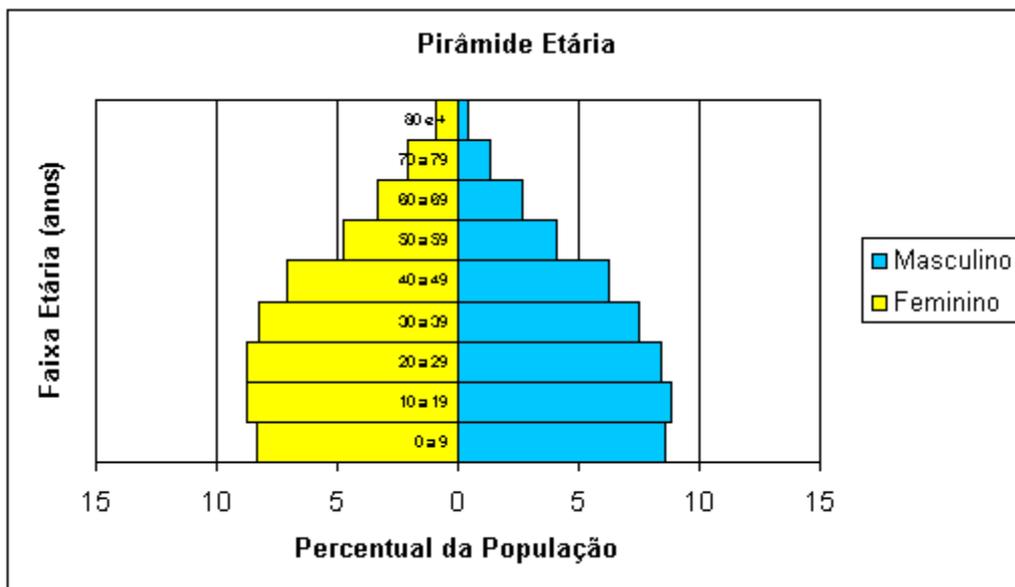


Figura 6 – Pirâmide etária do estado do Rio de Janeiro
 Fonte: DATASUS (2005)

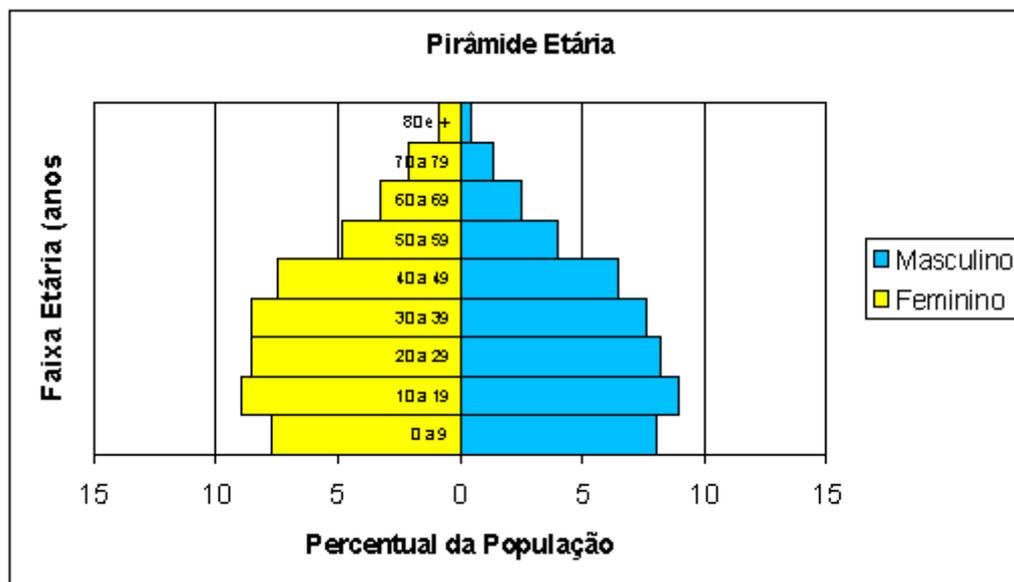


Figura 7 – Pirâmide etária da cidade de Juiz de Fora/MG
 Fonte: DATASUS (2005)

A tendência provável do idoso brasileiro é se transformar em um novo ator social, presente nos discursos que envolvem o enfrentamento dos problemas presentes e futuros da nação. Sua importância não se limita à crescente participação no total da população e no conseqüente impacto causado nos serviços de assistência médica e Previdência Social. Apesar dos idosos representarem minoria da população economicamente ativa, muitos contribuem para a manutenção do lar. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), com base no Censo de 2000, 62,4% dos idosos e 37,6% das idosas são chefes de família, totalizando 8,9 milhões de pessoas. Além disso, 54,5% destes idosos vivem com seus filhos e o sustentam. A renda média deste tipo de família é superior àquelas chefiadas por adultos não idosos.

O envelhecimento da população brasileira apresenta peculiaridades que o torna desafiador em virtude dos expressivos contrastes geográficos, culturais e educacionais. O Brasil é um país heterogêneo, permeado por desigualdades sócio-econômicas que caracterizam a estrutura das suas diversas regiões e cidades.

Por sua vez, o lugar e o cuidado dos idosos no universo familiar é abalado pelas reconfigurações naturais resultantes dos nascimentos, divórcios, migrações, mortes e prevalência da família nuclear (pai, mãe e poucos filhos) sobre a extensa, principalmente nas áreas urbanas (BRASIL,1994). A inserção da mulher no mercado de trabalho e as limitações de espaço nas moradias são fatos cada vez mais comuns nos lares brasileiros que também acarretam conseqüências para os idosos visto que a família continua sendo a principal fonte de suporte social.

“O processo do envelhecimento no Brasil, apesar de ser um fato concreto, é ainda pouco estudado” (MOTTA,2004). Neste contexto, a transição demográfica implicará que sejam alterados os rumos das políticas públicas, bem como que todas estas especificidades sejam consideradas para assegurar medidas que promovam, na prática, uma existência digna e qualidade de vida a todos os idosos a curto, médio e longo prazo.

1.1.3 – Transição Epidemiológica

Paralelo à transição demográfica, ocorrem alterações nos índices de mortalidade e morbidade de uma comunidade com mudanças nos padrões patológicos predominantes, situação conhecida como transição epidemiológica.

“De uma forma mais abrangente ela incorpora as mudanças dos padrões de saúde e doença, mortalidade, fecundidade e estrutura por idades, além dos determinantes socioeconômicos, ecológicos, de estilo de vida e de suas conseqüências para os grupos populacionais” (MEDRONHO et al, 2003).

De maneira geral o declínio da mortalidade, inicialmente, beneficia a faixa etária mais jovem da população e gradualmente as doenças próprias do envelhecimento adquirem maior proporção na sociedade. Com o aumento da sobrevivência do grupo etário mais velho o perfil epidemiológico se altera, passa das enfermidades agudas para as doenças não transmissíveis. Os agravos decorrentes das causas externas, provocadas pelo homem (acidentes, violências, homicídios e envenenamentos) e distúrbios de ordem mental também são fatores considerados nos índices de morbimortalidade com repercussão na demanda por serviços de saúde.

No decorrer dos anos os problemas de saúde se modificam e atingem as pessoas de forma diferenciada. Os acidentes e violências são mais comuns na infância, adolescência e início da fase adulta. Com o envelhecimento o corpo humano sofre alterações biológicas que o torna mais vulnerável à ocorrência de patologias, incapacidades e morte. Neste período da vida há uma propensão para o desenvolvimento de pelo menos uma das doenças chamadas crônico-degenerativas (câncer, diabetes, doenças renais, reumáticas, cardíacas, depressão e demências) que em sua maioria requerem tratamento de longa duração com recuperação mais lenta e complicada, acompanhamento de equipes multidisciplinares exigindo também contínuas intervenções médico-hospitalares de alto custo.

A transição epidemiológica foi classificada em cinco estágios, sendo os quatro primeiros relacionados às mudanças nos padrões de morbidade, mortalidade e fecundidade e um quinto estágio potencial (OSMARAN *apud* MEDRONHO, 2003).

Estágio 1 – período das pragas e da fome: níveis de mortalidade e fecundidade elevados, predominância de doenças infecciosas e parasitárias, desnutrição, problemas de saúde reprodutiva, crescimento populacional lento, esperança de vida oscilando entre 20 e 40 anos com taxas de natalidade moderada ou alta (em torno de 30 a 40 nascidos vivos por 1.000 habitantes em países ocidentais).

Estágio 2 – período do desaparecimento das pandemias, mortalidade em declínio, acompanhada por queda da fecundidade, com variações no espaço e tempo.

Estágio 3 - período das doenças degenerativas e provocadas pelo homem, mortalidade e fecundidade baixas.

Estágio 4 – período do declínio da mortalidade por doenças cardiovasculares, envelhecimento populacional, modificações no estilo de vida, doenças emergentes e ressurgimento de doenças.

Estágio 5 – período de longevidade paradoxal, emergência de doenças enigmáticas e capacitação tecnológica para a sobrevivência do inapto.

Segundo este mesmo autor, a transição epidemiológica em seus vários estágios nem sempre acontece de forma linear. As crises sócio-políticas ou econômicas, eventos

ambientais, ecológicos e ressurgimento de doenças, ocasionalmente, podem elevar a mortalidade geral ou de grupos da população.

O Brasil, Colômbia, México e Venezuela são exemplos de países latinos que apresentam um modelo de transição denominado retardado no qual o declínio significativo da mortalidade só foi registrado no início do século XX e o da fecundidade, aproximadamente, após a metade deste século.

A transição epidemiológica brasileira não tem acontecido como na maioria dos países industrializados, existe uma superposição dos estágios de incidência das doenças transmissíveis e crônico-degenerativas, ressurgimento da dengue e um agravamento de outras como a malária, hanseníase e leishmaniose sem contar com a emergência da AIDS. Esta realidade evidencia um problema de saúde pública de grande complexidade ao deficiente sistema de saúde por requerer uma reestruturação do atendimento básico e hospitalar para atuar na prevenção, diagnóstico e tratamento precoce de tais enfermidades. *“Informações sobre as condições de saúde da população idosa e suas demandas por serviços médicos e sociais, assim como as desigualdades associadas a essas condições, são fundamentais para o planejamento de atenção à saúde”* (COSTA, 2003).

O perfil de mortalidade do Brasil apresenta maiores taxas entre os menores de 01 ano de idade e idosos com predominância masculina em todas as faixas etárias, tendo como consequência a feminização do envelhecimento. Dados do Ministério da Saúde e IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2000) apontam as doenças cardiovasculares, as neoplasias e as do aparelho respiratório como responsáveis por 60% do total de óbitos entre homens e mulheres.

No Brasil, a insuficiência de ações preventivas de saúde, o baixo nível sócio-econômico e educacional dos idosos aliado às possíveis falhas na avaliação dessas pessoas nas unidades hospitalares produz sérias repercussões sobre os sistemas de saúde, na vida dos pacientes e familiares. O diagnóstico e tratamento focado em uma queixa principal ou na doença aguda pode refletir em altas precoces sem a devida atenção às múltiplas doenças coexistentes gerando um número maior de reinternações e agravos da saúde sem a devida tentativa de reabilitação.

Segundo o propósito da OMS, Organização Mundial de Saúde, a promoção da qualidade de vida através da preservação da capacidade funcional e autonomia é o meio para se atingir o envelhecimento saudável. *“Do ponto de vista da saúde pública, a capacidade funcional surge como um novo conceito de saúde, mais adequado para instrumentalizar e operacionalizar a atenção à saúde do idoso”* (ESPÍNDOLA *et al*, 2001). Vale salientar que a Política Nacional de Saúde do Idoso, aprovada pela portaria nº 1.395, em 1999, também compartilha com estas idéias e menciona o uso da epidemiologia para o

estabelecimento de prioridades focadas na melhoria dos níveis de saúde da população idosa.

1.1.4 - Envelhecimento e assistência à saúde no contexto internacional

O envelhecimento populacional é um fato mundial e irreversível com implicações diretas em todos os setores da sociedade: econômicos, sociais, ambientais, previdenciários, de saúde e outros. Isso faz com que as nações se empenhem em desenvolver pesquisas gerontológicas e políticas públicas adequadas para enfrentar esta realidade. Esta questão de extrema complexidade demanda soluções diferenciadas para cada lugar por envolver variáveis culturais e estrutura sócio-financeira.

Os países do primeiro mundo encontram-se em posição privilegiada porque primeiro enriqueceram e depois envelheceram em um ritmo mais lento, além disso há maior destinação de verbas para pesquisa na área do envelhecimento e implantação de políticas assistenciais.

Com o aumento da expectativa de vida da população os países desenvolvidos vem realizando profundas reformulações em seus modelos de assistência à saúde a fim de reduzir o impacto financeiro e atender com mais eficácia as necessidades dos idosos.

Neste sentido o Canadá, por exemplo, vem procurando caminhos para promover o envelhecimento saudável. Este país, nos próximos 30 anos, irá experimentar um crescimento acelerado do grupo etário idoso, principalmente pela chegada dos “*baby boomers*”, pessoas nascidas depois da II guerra mundial. A proporção de pessoas acima de 65 anos passará de 13% em 2002 para 22% em 2031. No início do século 20, 01 em cada 20 canadenses estavam na faixa dos 85 anos na metade dos anos 90 esta proporção passou de 01 em cada 10 (HTAC,2005).

No início dos anos 70 o sistema de saúde canadense era voltado para a cura das doenças através dos serviços médicos e hospitalares. As pessoas com deficiências ou doenças crônicas tinham tratamento assegurado em instituições de longa permanência (casas geriátricas, hospitais para doenças crônicas e outros). Com o decorrer dos anos, as províncias concluíram que tal modelo assistencial não era apropriado para a crescente população idosa com problemas funcionais (NACA,1995).

Ao final dos anos 70, com aquisição de novos recursos, as províncias do Canadá implementaram programas de serviços baseados na comunidade que funcionavam através da combinação do setor formal de assistência à saúde e serviços sociais parcialmente cobertos pelo Plano de Assistência do país. Nas décadas seguintes fatores como redução das verbas federais para a saúde, alto custo dos sistemas assistencial, pressões demográficas, pressão dos idosos e pesquisas demonstrando a viabilidade financeira dos

serviços alternativos conduziram à revisões e novos planejamentos na área da saúde em todas as regiões (NACA,1995).

Segundo a NACA, National Advisory Council on Aging (1995), o sistema de saúde canadense é orientado para a cura, institucionalização e uso de alta tecnologia quando as necessidades típicas dos idosos requerem acompanhamento assistencial prolongado para controle da saúde e doenças crônicas. A proposta deste instituto é que os idosos recebam uma assistência holística com suporte multidimensional e sempre que possível prover cuidado através das organizações comunitárias em parceria com os setores institucionais e informais.

Para Réjean Hébert, diretor científico do CIHR Institute of Aging (2002) *“um dos caminhos para promover a melhora e eficiência do sistema de saúde é reduzir a duplicação e fragmentação dos serviços e melhorar a continuidade da assistência”*. De maneira geral os planos de reforma da saúde em todas as províncias canadenses estão fundamentados neste princípio. Neste aspecto o Canadá tem testado na prática alguns modelos de serviços integrados em rede com suporte dos Institutos de pesquisa. Os resultados têm sido positivos e na opinião dos pesquisadores já poderiam ser aplicados oficialmente no sistema de saúde (HÉBERT,2002).

Os Estados Unidos ainda é considerado um país relativamente jovem junto com a Irlanda, Áustria e Canadá, mas o crescimento do grupo etário com idade igual ou superior a 65 anos é bastante significativo em 1900 eram cerca de 3 milhões de pessoas, em 2000 foi estimado em 35 milhões cerca de 13% do total da população e para 2030 espera-se que ele atinja 70 milhões (NATIONAL CENTER FOR HEALTH STATISTC,1999).

A população na faixa dos 85 anos vem apresentando um crescimento acelerado em comparação com as outras faixas etárias de idosos como resultado do declínio das mortes entre os octagenários. Estima-se que entre 2010 e 2030 este grupo irá aumentar mais do que 4 milhões de pessoas (U.S CENSUS BUREAU, 2002). Segundo o *Federal Interagency Fórum on Aging (2002)* este aspecto é relevante para o futuro do sistema de saúde dos americanos porque estes indivíduos tendem a ter uma saúde debilitada, maior predisposição a doenças crônicas, usam mais medicamentos e necessitam com mais frequência dos serviços de saúde.

Para os idosos americanos, especialmente os de baixa renda, portadores de doenças crônicas ou incapacidades, os gastos com assistência à saúde referentes aos custos dos serviços médicos, cuidados em casa, institucionalização, medicamentos e outros recursos para prevenção e tratamento das doenças podem ser uma grande despesa (FEDERAL INTERAGENCY FÓRUM ON AGING ,2002).

Cerca de 96% dos idosos nos Estados Unidos são assegurados pelo *Medicare* , programa governamental destinado as pessoas a partir de 65 anos, doentes renais crônicos

e indivíduos de qualquer idade com algum tipo de invalidez (FEDERAL INTERAGENCY FÓRUM ON AGING ,2002).

O programa apresenta duas versões:

Medicare parte A – cobre serviços hospitalares e internação. Os usuários pagam por este plano enquanto estão trabalhando.

Medicare parte B – cobre despesas com profissionais e outros serviços médicos não cobertos pela parte A, mas os usuários pagam uma mensalidade para serem beneficiados (APA,2005).

Também existe o Medicaid plano que beneficia apenas as pessoas classificadas como baixa renda.

Algumas pesquisas americanas apontam que a promoção da saúde e qualidade de vida dos cidadãos idosos se tornará uma questão crítica da política internacional durante este século. Na visão de Bennett e Flaherty-robb (2003), atualmente, as quatro questões que afetam a vida dos cidadãos mais velhos são: a insuficiência de recursos para ajudar indivíduos e familiares administrarem as múltiplas doenças deste grupo etário, a falta de centros preparados para a atenção geriátrica ampla, o alto custo do sistema de saúde e a pouca atenção dispensada às necessidades dos idosos.

No sistema de valor e na cultura americana o entendimento emocional e cognitivo da doença e saúde, freqüentemente, não são congruentes. Este aspecto se reflete no modelo de assistência do país focado no diagnóstico e tratamento da doença e na pequena atenção dispensada às diversas implicações da doença na vida dos idosos, familiares e cuidadores (BENNETT;FLAHERTY-ROBB,2003).

“O atual sistema de saúde enfatiza a saúde física como o principal componente da qualidade de vida criando, em parte, um modelo artificial e disfuncional de examinar quais são as necessidade de atenção. O melhor meio de promover qualidade de vida seria aumentar o foco de interesse na compreensão do significado das questões da vida em casa que afetam o físico, social, emocional e financeiro da saúde” (BENNETT;FLAHERTY-ROBB,2003).

Devido às mudanças demográficas, algumas ações de apoio estão sendo implementadas com intuito de promover uma vida mais saudável e independente para os idosos que vivem em comunidade. A rede Estadual do Envelhecimento dos Estados Unidos oferece uma série de serviços que inclui a entrega de refeição em casa, transporte, orientação sobre seguro de saúde, hospital-dia e prevenção contra maus tratos. Além disso, implementa vários programas de prevenção de doenças e promoção da saúde (AOA,2005).

O Japão é um dos países do primeiro mundo que se destaca na longevidade da população, seu envelhecimento é principalmente marcado pelo aumento da expectativa de

vida e decréscimo do número de filhos. Em 1996 as pessoas com idade a partir dos 65 anos representavam 15% do total da população, em 2020 estima-se que ela atingirá 25,2%(WEB-JAPAN,2005). O país já vem, ao longo dos anos, tomando algumas medidas para lidar com as necessidades destes cidadãos. Particularmente, alguns aspectos da cultura dos japoneses são relevantes como a família, reconhecida como a principal responsável pelos idosos cabendo aos filhos o dever de respeitá-los e cuidá-los na velhice. Deste modo o sistema de valores da sociedade japonesa exerce influência nos debates sobre políticas de saúde e bem estar para o envelhecimento (AUSTRÁLIA GOVERNMENT,2005).

O governo japonês tem como princípio básico a oferta dos serviços de assistência à saúde à todas as pessoas em qualquer tempo e lugar independente do nível sócio-econômico. Este sistema proporciona cobertura universal e livre acesso a todos os hospitais públicos e privados com direito a escolher o estabelecimento preferido (WHO,2005).

O modelo eqüitativo da saúde já apresenta sinais de ineficiência devido a alta demanda pelos serviços e o aumento dos gastos médicos para atendimento ao idoso. Com o livre acesso à assistência os pacientes com doenças relativamente comuns tendem a procurar diretamente os hospitais. Vale destacar que o tempo médio de estadia de uma pessoa idosa no hospital japonês é cerca de 95 dias, enquanto nos Estados Unidos é de 9 dias (TAKACS,1997).

O cuidado do idoso no seu lar está sendo afetado por diversos fatores como transformações da estrutura familiar que tende a ser nuclear, o número crescente de mulheres no mercado de trabalho, o próprio envelhecimento dos cuidadores e o declínio de pessoas idosas morando com seus filhos. Estes fatos somados à carência de serviços de apoio como os asilos faz com que os idosos que necessitam mais de assistência em casa do que tratamentos médicos sejam hospitalizados por tempo prolongado (WHO,2005).

No Japão, após décadas de debates e planejamento, o sistema de seguridade para assistência prolongada passou a operar em abril de 2000 com o objetivo de diminuir os custos do tratamento médico e melhorar a qualidade da assistência aos idosos. Tal programa tem como preceito respeitar a escolha dos usuários de acordo com suas necessidades e desejos independente do nível sócio-econômico e situação familiar. Este tipo de assistência proporciona às pessoas a partir de 65 anos, que estão acamadas, e as que requerem cuidados prolongados, uma variedade de serviços institucionais ou de base comunitária com a opção de serem atendidas em casa (AUSTRÁLIA GOVERNMENT,2005).

Para Mikio Eto (2001), o sistema de seguridade para assistência prolongada, baseado no conceito de assistência socializada, representa um marco na política japonesa por reconhecer que os cuidados dos idosos não devem ser de responsabilidade exclusiva

da família, mas deve ser sustentado por toda sociedade por meio de maior oferta de serviços dentre os quais este é indispensável (ETO *apud* AUSTRÁLIA GOVERNMENT,2005).

Na rede europeia as discussões promovidas pela *Care and Management of Services for Older People* deixam claro a necessidade de enfrentar holisticamente as complexas questões relativas ao envelhecimento populacional. Acreditam que é preciso mudanças no modo como as pessoas idosas e seus cuidadores são escutados e nos tipos de serviços ofertados a eles. Tais serviços incluem saúde, assistência social, moradia, transporte, seguridade social, educação, lazer e outras facilidades na comunidade que devem ser coordenados e integrados de maneira a proporcionar boas oportunidades para que as pessoas, independente da idade, continuem vivendo como desejarem.

Atualmente, os governos europeus se deparam com três grandes desafios: envelhecimento populacional, assistência à saúde cada vez mais eficiente e proporcionalmente dispendiosa e um maior nível de cobrança por parte dos pacientes/clientes. Face a esta realidade o cuidado integrado tem sido o caminho para amenizar este cenário. Segundo a Comissão das Comunidades Europeias (2001) ele se apóia em três pontos chaves:

Acessibilidade – Para os europeus, o acesso aos cuidados de saúde é um direito fundamental que deve ser garantido a todos. A acessibilidade das pessoas de baixa renda aos meios de assistência à saúde pode ser melhorada através da sua gratuidade e conexão com a assistência social, moradia, transporte e demais serviços prestados pela comunidade. Estas medidas contribuem para o escoamento do atendimento e previnem admissões desnecessárias em hospitais e asilos;

Qualidade – A garantia da qualidade depende de ações governamentais que procurem estabelecer uma relação ponderada entre os benefícios para a saúde e os custos gerados pelos produtos ou tratamentos. O cuidado integrado pautado na abordagem holística das múltiplas necessidades dos idosos e na coordenação e continuidade dos seus cuidados oferece melhores resultados;

Sustentabilidade financeira – A disponibilidade de cuidados de saúde de qualidade, integrando os progressos científicos e técnicos acessíveis à população, exige um certo nível de financiamento. A abordagem integrada das complexas necessidades das pessoas idosas promove maior eficiência e soluções para o custo efetivo dos sistemas de saúde e assistência social.

O modelo de cuidado integrado não é um modelo único de caráter universal, pode ser obtido de várias formas através da combinação das diferentes organizações de suporte, grupos profissionais e comunitários e nível sócio econômico do lugar. Alguns exemplos demonstram como cada país da Europa dentro do seu contexto está estruturando seu

modelo de assistência social e de saúde para enfrentar as necessidades da população idosa.

Inglaterra

O Sistema Nacional de Serviços para pessoa idosa segue o padrão nacional. Oferece assistência à saúde e serviços sociais a todos os idosos que estão sendo cuidados em casa, no asilo ou no hospital. O foco principal desta política está em:

- erradicar a discriminação de idade;
- prover cuidados centrados na pessoa;
- ofertar serviços adequados às necessidades das pessoas idosas;
- promover a saúde e independência das pessoas idosas (DEPARTMENT OF HEALTH, 2001).

Itália

Na província italiana de Belluno, mais de 70 organizações voluntárias são coordenadas através de um comitê (comitato d'intesa) o qual atua como o único ponto de referência para as atividades relativas à saúde e assistência social, combate à segregação de grupos desfavorecidos e pessoas socialmente excluídas inclusive pessoas idosas. Nos 27 anos de atuação, o comitê trabalhou para desenvolver cooperação e sinergia entre o setor público, privado e filantrópico como também criar novos modelos de serviços (PAGAMIM, 2003).

Suécia

Um dos mais importantes princípios da política sueca para as pessoas idosas está nas iniciativas da sociedade estruturadas de tal forma a permitir que este grupo etário possa continuar vivendo em suas próprias casas pelo maior tempo possível até mesmo quando eles necessitarem de grandes cuidados e assistência social. De acordo com os objetivos da política nacional para o envelhecimento uma sociedade acessível com boa moradia, serviços de transporte e serviços de assistência em casa são exemplos de importantes medidas para promover a independência e qualidade de vida das pessoas idosas (MINISTRY OF HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS, 2001).

Irlanda

O governo irlandês tem adotado como política nacional a nova estratégia de saúde intitulada *Bem Estar*. Isto inclui a busca por uma abordagem integrada do conceito das questões relativas ao envelhecimento e do que as pessoas idosas irão precisar para sua saúde e qualidade de vida. O Departamento de Saúde da Criança em parceria com os departamentos do meio ambiente, governos locais, comunidade, assuntos da família e empresas públicas tem tomado as necessidades das pessoas idosas como uma prioridade para desenvolver um plano de ação coordenado (DEPARTMENT OF HEALTH AND CHILDREN, 2001).

Os vários institutos de pesquisas em envelhecimento das nações desenvolvidas sinalizam os problemas e apontam os caminhos a serem adotados pelas políticas públicas. Estas análises, baseadas na realidade local, vão de encontro às recomendações do *Madrid Internacional Plan of Action on Aging*, realizada em 2002. Com destaque para a Prioridade II - Promoção da saúde e bem estar no envelhecimento, item 61:

“O aumento da necessidade por cuidado e tratamento de uma população em envelhecimento requer políticas adequadas. A ausência destas políticas pode causar aumento dos custos. Políticas que promovam vida longa saudável, incluindo promoção da saúde e prevenção de doenças, assistência tecnológica, cuidados na reabilitação, serviços de saúde mental quando indicados, promoção de estilo de vida saudável e ambientes de apoio, podem reduzir níveis de incapacidade associados com a idade avançada e efeitos no déficit orçamentário” (UNITED NATIONS, 2002).

Observa-se que mesmo em países do primeiro mundo, que experimentaram o envelhecimento gradual da população antes dos países em desenvolvimento, existem caminhos de erros e acertos, mas de maneira geral há uma constante busca pelo aprimoramento do sistema para atender às reais necessidades dos idosos e familiares.

1.2 - Definições

1.2.1 - Aspectos biológicos, psicológicos e sociais do envelhecimento

A definição de envelhecimento abrange vários aspectos da vida humana e recebe diferentes enfoques dependendo do campo de pesquisa e objeto de interesse. Cronologicamente, a Organização Mundial da Saúde (OMS) considera idoso indivíduos a partir de 65 anos nos países desenvolvidos e 60 anos nos em desenvolvimento. Esta definição é utilizada quando se quer agrupar as pessoas mais velhas de uma sociedade para determinados estudos estatísticos (epidemiológicos, demográficos, etc.), concessão de benefícios específicos através de leis e ações governamentais e oferta de atividades sociais.

Vários autores estudaram o processo de desenvolvimento da personalidade humana ao longo da vida e classificaram a velhice em diferentes níveis por faixa etária como mostra a tabela 1.

Tabela 1 – Fases da vida segundo diferentes autores
Fonte: CORRÊA (1996)

<i>English (1967)</i>	<i>Perlmutter (1992)</i>	<i>Vargas (1994)</i>
1- Puerícia (1º ano de vida)	1-Infância	1ª. idade: infância e adolescência (de 0 a 19anos)
2-Infância (dos 2 aos 12 anos)	2-Adolescência	
3-Adolescência (dos 12 aos 21 anos)	3-Maturidade	2ª. idade: maturidade (de 20 a 59anos)
4-Maturidade (dos 21 aos 65anos)	a-Maturidade precoce (18-30 anos)	3ª. idade: velhice incipiente (de 60 a 80anos)
5-Velhice (dos 65 anos em diante)	b-Maturidade mediana (30-50 anos)	4ª. idade: senescência(de 80 a 100 anos)
	c-Maturidade tardia (50-65 anos)	5ª. idade: pós-senescência (acima de 100anos)
	4-Maturidade	
	a-Velhice jovem (65-80 anos)	
	b-Velhice avançada (>80 anos)	

Vale destacar que, de acordo com a cultura das sociedades, existem diferenças na contagem cronológica dos anos. Algumas estabelecem o período desde a concepção até a morte, outras incluem etapas em que o indivíduo apesar de morto biologicamente continua vivo socialmente. Os calendários adotados também são diversificados, o greco-romano é o utilizado pela civilização euro-americana.

Veras (1994) salienta a imprecisão do início da velhice e a dificuldade de se perceber quando uma pessoa entra neste ciclo, aos 50, 60, 65 ou 70 anos? Portanto, é difícil estabelecer conceitos universalmente válidos sem incluir outras variáveis. Deduz-se que para melhor entendimento do processo de envelhecimento a idade cronológica é um aspecto insuficiente na medida em que ele é vivenciado de forma heterogênea pela população.

Motta (1998) aponta que o fato dos indivíduos serem ao mesmo tempo semelhantes e diferentes é a questão que dificulta a delimitação da velhice. Pertencer a um determinado grupo etário ou à mesma geração não significa similaridade das características constitucionais (resistência física, saúde, inteligência) nem garantem a qualidade de vida que a condição de classe enseja (acesso a conforto material, cuidados médicos, desgaste no trabalho).

“...as alterações causadas pelo envelhecimento desenvolvem-se em ritmo diferente para cada pessoa e dependem de fatores externos e fatores internos. Interessante perceber que a relação entre idade biológica e idade cronológica não varia só de um indivíduo para outro, mas também, na mesma pessoa, de um órgão para outro. Portanto, o envelhecimento pode ser visto como um processo diferencial e multifacetado” (SANTOS, 2001).

No livro *A Velhice*, a autora Simone Beauvoir, aponta que quando se trata da espécie humana a velhice é uma realidade difícil de ser circunscrita por ser um fenômeno biológico, por apresentar conseqüências psicológicas típicas e modificar a relação do indivíduo com o mundo e com a sua história pessoal. *“Por outro lado, o homem não vive nunca em estado natural; na sua velhice, como em qualquer idade, seu estatuto lhe é imposto pela sociedade à qual pertence”* (BEAUVOIR, 1990).

As ciências que estudam o envelhecimento não possuem uma explicação única para a velhice, mas existem conhecimentos acerca dos vários aspectos que a influenciam os quais contribuem para o entendimento do conjunto de alterações experimentadas nesta fase da vida humana.

Aspectos biológicos

Do ponto de vista biológico o envelhecimento é caracterizado como um fenômeno natural e irreversível resultante do desgaste natural das estruturas orgânicas que sofrem transformações com o avanço da idade. Tais alterações ocorrem desde a célula-ovo até a fase adulta passando pelas etapas de multiplicação, maturação e diferenciação celulares (NETTO, 1997).

Na velhice o processo é, predominantemente, regressivo ou degenerativo com o seu final marcado pela morte. O organismo, naturalmente, sofre perdas biológicas (diminuição dos sentidos, redução do cálcio ósseo e da defesa orgânica etc.), passa alterações por morfologias (aparecimento de rugas, cabelos brancos, diminuição da estatura pelo desgaste das vértebras e outros) modificações fisiológicas (diminuição do funcionamento dos órgãos internos) e modificações bioquímicas que alteram a atividade glandular (CALDAS, 1998).

Hoje, existe unanimidade entre estudiosos da geriatria e gerontologia que a velhice não é sinônimo de doença, mas apenas uma fase na qual o ser humano fica mais vulnerável às patologias e apresenta dificuldades de adaptar-se ao meio em que vive. As perdas orgânicas e funcionais apresentam ritmo e intensidade variável nos indivíduos de acordo com as influências genéticas e ambientais, hábitos pessoais, alimentação, fatores psicossociais e doenças (PY,2004).

Algumas pesquisas que estudam as causas do envelhecimento humano desenvolveram teorias explicativas para os reais mecanismos desse processo (CUNHA; JECKEL-NETO,2002). Dentre estas teorias a das “*proteínas alteradas*” parte do princípio da deterioração dos mecanismos de síntese protéica realizada pelas células do corpo, processo indispensável para a manutenção das células orgânicas.

A teoria que trabalha com a hipótese do “*relógio biológico*” considera que as células humanas são geneticamente programadas para reproduzir e viver por um período determinado de acordo com o seu tipo e depois morrem. Assim, dependendo do funcionamento do “*relógio biológico*” individual, hipoteticamente, o ser humano poderia chegar a idade de 120 anos ou mais desde que a sua capacidade orgânica fosse respeitada através de um estilo de vida compatível e as condições ambientais mantidas (NETTO,1997).

Uma terceira proposta para a causa do envelhecimento é a chamada “*Homeostase*” que compreende um conjunto de mecanismos fisiológicos essenciais para regular e estabilizar o meio interno do corpo humano. Através dela a temperatura do corpo é regulada, a acidez do sangue é controlada, a quantidade de cálcio é mantida. Em outras palavras os mecanismos homeostáticos são fundamentais para nossa adaptação fisiológica às exigências impostas pelo esforço físico, às mudanças de temperatura e para combater os processos infecciosos entre outros(NETTO,1997).

A partir desta constatação verificou-se que os desequilíbrios fisiológicos contribuem para a aceleração do próprio envelhecimento e aparecem de forma mais intensa à medida que a pessoas ficam mais velhas.

“É importante também assinalar que, embora em repouso a medida homeostática não apresente diferenças significativas entre os diversos grupos etários, quando as pessoas são submetidas a situações de alterações bruscas de temperatura, a esforços físicos ou a tensões psicossociais, o retorno a um estado de equilíbrio é bem mais lento entre os idosos do que entre os jovens. Isso ocorre porque os jovens sentem menos as conseqüências negativas do descontrole fisiológico” (NETTO,1997).

Netto (1997) aponta que na perspectiva gerontológica, a teoria da *Homeostase* é a explicação mais abrangente para as causas do envelhecimento por trabalhar com os aspectos fisiológicos, psicológicos e sociais do processo.

Aspectos psicológicos

A partir do começo do século XX o envelhecimento passou a ser mais amplamente estudado considerando não só os fatores orgânicos e fisiológicos como também os condicionantes psicológicos e sociais. Segundo esta abordagem, as pessoas apresentam concomitantemente, transformações corporais, mudanças de comportamento, de papéis, valores, status e crenças de acordo com as diferentes fases da vida e grupos etários a que pertencem assim como em função de suas escolhas e adaptações individuais (SANTOS,2001).

A idade não é um condicionante para que o homem seja considerado psicologicamente velho, contudo o homem idoso possui características psicológicas generalizáveis empiricamente (AMANCIO;CAVALCANTI,1975). Zimermam (2000) aponta que os aspectos do envelhecimento estão relacionadas com a hereditariedade, com a história e atitudes de cada indivíduo. Assim, as pessoas mais otimistas e saudáveis convivem melhor com as transformações do envelhecer. Segundo a autora, o envelhecimento pode ser responsável por uma série de mudanças psicológicas que resultam em:

- dificuldade de se adaptar a novos papéis;
- falta de motivação e dificuldade de planejar o futuro;
- necessidade de trabalhar as perdas orgânicas, afetivas e sociais;
- dificuldade de se adaptar às mudanças rápidas, que têm reflexos dramáticos nos velhos;
- alterações psíquicas que exigem tratamento;
- depressão, hipocondria, somatização, paranóia, suicídios;
- baixas auto-imagem e auto-estima.

A ênfase das primeiras abordagens psicológicas do envelhecimento estava sobre a necessidade das sucessivas adaptações que as pessoas eram submetidas no decorrer do

seu ciclo de vida a fim de se enquadrarem aos padrões comportamentais estabelecidos pelo sistema social para as “pessoas de idade”. Neste enfoque, se ao envelhecer a pessoa não se adaptar às normas que o sistema lhe impõe, poderá ser julgada pelo seu comportamento “disfuncional” ou “inadequado” para sua faixa etária e ser classificada pela sociedade como “desajustada”, “problemática” ou “inadaptada” (NETTO,1997).

O idoso, na tentativa de adaptar-se à situação que lhe parece insuportável, pode utilizar a negação como um mecanismo para lidar com a angústia. Em outros casos, o isolamento e a limitação do campo psicológico e de ação é a alternativa adotada por ele para lidar com as suas perdas, conflitos e dores. Os sentimentos de desadaptação deste grupo etário podem conduzir a processos de somatização, transformando seus medos em problemas de saúde como diabetes, colites ulcerativas, asma brônquica e outros. *“Inconscientemente assume o papel que lhe é oferecido pelo meio, afastando-se dos contatos sociais, festas, reuniões, relacionamentos afetivos e sexuais, identificando-se com o seu suposto agressor, a velhice”* (DUARTE,2005).

A tese da adaptação individual, ainda defendida por psicólogos representantes das correntes clássicas das teorias psicológicas, vem sendo contestada pelo autores da linha progressista por acreditarem que a velhice apresentada como uma crise deve ser enfrentada e não ser superada através da adaptação (NETTO,1997).

Os progressistas pregam que o indivíduo não deve servir às necessidades da sociedade, ele precisa questionar a sua estrutura e funcionamento, lutar pela sua transformação a fim de evitar a continuidade das injustiças e exclusão social dos grupamentos humanos que predominam, de forma especial, nas sociedades contemporâneas capitalistas.

“Todavia, independentemente da adoção de uma ou de outra forma de abordagem do assunto, a verdade é que o envelhecer de cada um, psicológica e socialmente falando, dependerá muito da maneira pela qual a pessoas, agindo como indivíduo ou condicionada pelo meio, adaptando-se à realidade ou confrontando-a, vai viver as diferentes situações encontradas ao longo do seu ciclo de vida” (NETTO,1997).

Para Teixeira (1998), grande parte dos sofrimentos físicos, econômicos e psicológicos das pessoas durante o envelhecimento são conseqüências da estruturação da sociedade que acabam por influenciar negativamente as condições de vida destes indivíduos.

Aspectos Sociais

O crescimento mundial da população idosa em paralelo com o aumento da expectativa de vida faz com que a velhice, até então vivida de forma particular e individual passe a ser encarada como uma realidade social a ser enfrentada.

A dimensão social do envelhecimento possui vinculações com as questões políticas-econômicas em sociedades capitalistas onde o homem é mais valorizado enquanto faz parte da população economicamente ativa e atua no ciclo produção-consumo. Para Assis(1998) o término do ciclo de trabalho é a aposentadoria; uma fase onde o indivíduo perde sua identidade profissional que lhe confere *status* e lugar na engrenagem social e adquire o rótulo de aposentado “*que a todos iguala e que pode gerar questionamentos sobre como sentir-se útil e produtivo fora do mercado de trabalho*”. A mesma autora completa:

“A própria definição de inativos atribuída aos aposentados já traz em si uma conotação pejorativa. Numa sociedade que valoriza intensamente o trabalho e a produção , bem como as qualidades da juventude abre-se um campo para preconceitos sobre o potencial e a capacidade da população que se aposenta” (ASSIS,1998).

A aposentadoria representa uma conquista dos trabalhadores e funciona como um mecanismo de prevenção dos riscos sociais, mas, por outro lado, no setor informal é um nível cada vez mais difícil de ser atingido pela realidade do desemprego, pelo processo de marginalização dos mais velhos e a concorrência com os mais jovens.

A chamada “Revolução Técnico-Informacional” presente nas sociedades industrializadas exige um novo perfil de trabalhador, pessoas dinâmicas, versáteis e em constante atualização profissional para que possam acompanhar o ritmo acelerado das mudanças e inovações tecnológicas presentes em todos os campos de trabalho (GOLDMAN,2005).

Atualmente, a experiência e a maturidade profissional dos mais velhos em uma mesma atividade são requisitos pouco valorizados para permanência ou acesso ao mercado de trabalho. Neste cenário, um indivíduo de 40 ou 50 anos que perde seu emprego dificilmente consegue uma reinserção por ser considerado velho. Esta situação serve para ilustrar as muitas idades que o homem possui e nem sempre a velhice cronológica equivale à social.

Santos(2001) define a aposentadoria como “*uma espécie de atestado oficial do envelhecimento do sujeito*”, por esta condição que lhe confere o estigma de inativo terá sua velhice decretada como agente produtivo e ator social. Além da perda do *status* o aposentado passa a conviver com a redução financeira, com a sensação do declínio do prestígio e poder decisório dentro e fora da família.

A falta de preparação psicológica, indefinição de como ocupar o tempo ocioso associada a outros fatores da vida cotidiana pode conduzir os aposentados ao caminho do isolamento social. No âmbito familiar, situações como o sentimento provocado pela viuvez

ou independência dos filhos, perda de autoridade para os mais novos por circunstância econômica podem, em combinação com possíveis deficiências da saúde (perdas sensoriais, problemas articulares e cognitivos) interferir na autonomia e independência dos idosos (FRANÇA;SOARES,1997).

A rápida mudança dos valores sociais e transformações tecnológicas tendem a criar barreiras entre as gerações onde as diferenças sócio-culturais, muitas vezes, é apontada como justificativa para a “falta de assunto” entre jovens e velhos. O papel do idoso como transmissor de experiências e tradição também vem perdendo espaço para as outras formas de informações (livros, tv e Internet). Por outro lado Netto(2002) destaca que a integração dos idosos à sociedade fica mais difícil devido a rejeição deles aos novos tempos e a supervalorização dos grupos etários mais novos.

O envelhecimento social é responsável pela mudança de *status* do idoso e do relacionamento dele com outras pessoas em função de:

- crise de identidade pela falta de papel social;
- mudanças de papéis na família no trabalho e na sociedade;
- aposentadoria;
- perdas diversas relativas à condição econômica, poder de decisão, perda de parentes e amigos, da independência e autonomia;
- Diminuição dos contatos sociais em função das distâncias, vida agitada, falta de tempo, circunstâncias financeiras e situação de violência nas ruas (ZIMERMAN,2005).

Desse modo verifica-se que o aspecto social do envelhecimento causa um forte impacto na vida do idoso pois ao mesmo tempo em que ele é conhecido como aquele que não mais produz, muitas vezes, a sociedade e a própria família tira-lhe a liberdade por tratá-lo como incapaz, doente e dependente(FRANÇA;SOARES,1997)

1.3 - Políticas públicas de amparo e assistência à saúde do idoso

Há um século, no Brasil, a expectativa de vida das pessoas girava em torno dos 40 anos de idade. Este fato pode ser uma das justificativas para a pequena preocupação que existia com a situação do grupo etário idoso, especialmente na esfera pública. O envelhecimento da população brasileira ficou mais evidente a partir dos anos 60 com o processo de transição demográfica resultante do aumento absoluto e relativo das populações adulta e idosa. Paz (2004) coloca que até a década de 80 esse assunto foi

tratado quase exclusivamente pelos especialistas da área de demografia e das ciências médico-sociais, dando origem a reflexões, estudos sobre envelhecimento e ações com idosos.

Para melhor compreensão das políticas públicas, é válido observar a evolução do conceito de saúde em função das mudanças sociais, econômicas e culturais do mundo. Em 1948, a Organização Nacional das Nações Unidas (ONU) adotou a seguinte definição: *“Saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de afecção ou doença”* (WHO,1952). Mais tarde a VIII Conferência Nacional de Saúde realizada em Brasília no ano de 1986 estabeleceu um conceito mais amplo da saúde com a frase: *“Saúde é resultado das condições de alimentação, habitação, renda, ambiente, trabalho, emprego, lazer, liberdade, acesso à posse de terra e acesso aos serviços de saúde; é assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social”*.

Em 1982, foi realizado em Viena (Áustria) a I Assembléia Mundial sobre o Envelhecimento onde os países em desenvolvimento e os desenvolvidos firmaram o compromisso de executar e implantar políticas de atenção ao idoso. O evento resultou na elaboração de um Programa Internacional de Ação que propõe políticas sociais baseadas no conceito positivo e ativo do envelhecimento com o objetivo de oferecer qualidade de vida. Estas políticas devem ser construídas por ações do governo, da família, da sociedade e dos próprios idosos como protagonistas.

“Essa compreensão se fez indispensável para que se criasse uma consciência coletiva de valorização do envelhecimento e para que as políticas públicas direcionadas aos idosos fossem consideradas investimento social, e não gasto” (ABIGAIL; COSTA et al,2004).

Nos anos 80, o processo de abertura e redemocratização do Brasil favoreceu a participação de diversos movimentos sociais que objetivavam a garantia dos seus direitos na Constituição Federal de 1988. Este documento representa a lei básica do Estado e estabelece direitos e deveres das pessoas e da administração. Face à expansão demográfica idosa, a constituição brasileira incorporou algumas orientações da Assembléia de Viena com o intuito de garantir o mínimo de dignidade e qualidade de vida aos idosos e dispõe no capítulo VII, Artigo 229: *“os pais têm o dever de assistir, criar e educar os filhos menores, e os filhos maiores têm o dever de ajudar e amparar os pais na velhice, carência ou enfermidade”*. No artigo 230: *“a família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhes o direito à vida”*. Contudo, mesmo com esse aparato constitucional, a velhice no Brasil ainda é sinônimo de desamparo, segregação social e marginalização (GAZETA,2001).

A Constituição Federal também estabeleceu medidas relevantes no campo da assistência à saúde como a implantação do Sistema Único de Saúde – SUS de forma

regionalizada, hierarquizada, descentralizada e integral, contando com a participação comunitária.

A Política Nacional do Idoso, Lei 8.842, aprovada em 4 de janeiro de 1994 representa um esforço do governo no sentido de reconhecer a importância desse segmento populacional e uma tentativa de assegurar atenção integral às pessoas idosas e àquelas em processo de envelhecimento. Lembra, ainda que *“o processo de envelhecimento diz respeito à sociedade em geral, devendo ser objeto de conhecimento e informação para todos”*. Para todos os efeitos desta Lei, considera-se idoso a pessoa com idade igual ou superior a 60 anos.

O foco central desta política está na promoção do envelhecimento saudável e manutenção da capacidade funcional do indivíduo que envelhece pelo maior tempo possível. O Art.4º da Política Nacional do Idoso estabelece 9 diretrizes:

I – viabilização de formas alternativas de participação, ocupação e convívio do idoso, que proporcionem sua integração às demais gerações;

II – participação do idoso, através de suas organizações representativas, na formulação, implementação e avaliação das políticas, planos, programas e projetos a serem desenvolvidos;

III – priorização do atendimento ao idoso através de suas próprias famílias, em detrimento do atendimento asilar, à exceção dos idosos que não possuam condições que garantam sua própria sobrevivência;

IV – descentralização político-administrativa;

V - capacidade e reciclagem dos recursos humanos nas áreas de geriatria, gerontologia e na prestação de serviços;

VI – implementação de sistema de informações que permita a divulgação da política dos serviços oferecidos, dos planos, programas e projetos em cada nível do governo;

VII – estabelecimento de mecanismos que favoreçam a divulgação de informações de caráter educativo sobre os aspectos biopsicossociais do envelhecimento;

VIII - priorização do atendimento ao idoso em órgãos públicos e privados prestadores de serviços quando desabrigados e sem família;

IX – apoio a estudos e pesquisas sobre as questões relativas ao envelhecimento.

A portaria nº 1.395 de 09 de dezembro de 1999, assinada pelo Ministério da saúde, instituiu a Política Nacional de Saúde do Idoso. Esta Lei propõe reestruturações nos órgãos e entidades que desenvolvem ações relacionadas com a Política Nacional do Idoso a fim de que os seus planos, programas, projetos e atividades fiquem em conformidade com as novas regulamentações da política. O Ministério da Saúde coloca que *“o grande desafio do momento é a operacionalização de suas diretrizes dentro do contexto atual”* (BRASIL,2002).

O Estatuto do Idoso aprovado em setembro de 2003, fruto do projeto de Lei nº 3561/1997, em vigor desde janeiro de 2004 é resultado de muitos anos de trabalho de grupos da terceira idade e de entidades de aposentados e pensionistas (PAIM *apud* SIQUEIRA, 2004). O Estatuto é destinado a regular os direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a 60 anos e coloca como obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público o compromisso com o idoso para garantir a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária.

Vale destacar dois artigos do capítulo IV deste documento que dispõe sobre o Direito à Saúde:

Art. 15. *“É assegurada a atenção integral à saúde do idoso, por intermédio do Sistema Único de Saúde – SUS, garantindo-lhe o acesso universal e igualitário, em conjunto articulado e contínuo das ações e serviços, para a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde, incluindo a atenção especial às doenças que afetam preferencialmente os idosos”.*

Art. 16. *“Ao idoso internado ou em observação é assegurado o direito a acompanhante, devendo o órgão de saúde proporcionar as condições adequadas para a sua permanência em tempo integral, segundo o critério médico”.*

Art. 18. *“As instituições de saúde devem atender aos critérios mínimos para o atendimento às necessidades do idoso, promovendo o treinamento e a capacitação dos profissionais, assim como orientação a cuidadores familiares e grupos de auto-ajuda”.*

Motta (2004) coloca que o envelhecimento no Brasil está protegido do ponto de vista da normatização legal, existindo muitas diretrizes a serem seguidas e implementadas, mas ainda não se observa ações completas, havendo muito a ser trabalhado. Assim, cabe à sociedade um trabalho conjunto e permanente com os idosos e seus Conselhos através da realização de Fóruns para discussão das formas de atender às demandas do envelhecimento populacional. Este mecanismo de controle social inclui avaliação de alternativas, acompanhamento e fiscalização da execução das políticas públicas.



*“As nossas idéias sobre a velhice estão precisando ser substituídas.
Como um joelho que já não consegue suportar nosso peso ou um
cristalino que perde a transparência e já não nos permite enxergar,
precisamos levar nossas idéias para a sala de cirurgia.”*
James Hillman

CAPÍTULO 2

ARQUITETURA DOS ESTABELECIMENTOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DO IDOSO: NOVOS RUMOS

CAPÍTULO 2 – ARQUITETURA DOS ESTABELECIMENTOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DO IDOSO: NOVOS RUMOS

2.1- Humanização dos espaços assistenciais

A história dos estabelecimentos de assistência á saúde revela que os *templos, conventos e mosteiros foram as primeiras instituições a receber doentes e a lhes providenciar atenções especiais* (ANTUNES,1991). Em geral os doentes eram pessoas marginalizadas pela sociedade, pobres, mulheres desamparadas e velhos. Ficavam acamados em área de acesso restrito onde recebiam mais assistência social e religiosa do que terapêutica. Estes locais funcionavam também como instrumento de separação e exclusão social.

A partir do século XVIII os novos conhecimentos adquiridos pela medicina colocaram o médico na posição de maior destaque técnico e administrativo dentro do hospital, lugar até então ocupado pelos monges e religiosos. Com o surgimento do hospital médico os princípios da assistência caritativa foram substituídos pela finalidade de tratamento e recuperação do paciente.

“Nesse período, o saber médico proclamou a necessidade de se estabelecer um rígido controle sobre tudo que envolvesse o doente: a qualidade do ar, a temperatura ambiente, o regime alimentar etc. Além das aplicações farmacêuticas e cirúrgicas passou-se a valorizar a ação do meio sobre o doente como instrumento para debelar sua enfermidade” (ANTUNES,1991).

Neste novo conceito do hospital como espaço de cura sob a responsabilidade do médico, Foucault (1979) coloca que a disciplina hospitalar teve como função “...assegurar o esquadramento, a vigilância, a disciplinarização do mundo confuso do doente e da doença, como também transformar as condições do meio em que os doentes são colocados”.

Para Nunes (1991) na medida em que o espaço hospitalar se torna estratificado, fragmentado e burocratizado ele acaba centralizando-se na doença e coloca o paciente em segundo plano. No século XXI observa-se o avanço tecnológico da área da saúde que permite a visualização externa e interna do corpo do paciente através de exames sofisticados e técnicas cirúrgicas de última geração. Todos estes fatores possuem a sua importância e o lado positivo, mas não se deve esquecer das outras esferas do ser humano, o campo das emoções, das relações pessoais e das representações sociais.

Os estabelecimentos assistenciais de saúde como instituições prestadoras de serviços à comunidade tem como funções a prevenção, promoção e tratamento da saúde. Além disso, espera-se que eles ofereçam um atendimento de qualidade baseado no

significado de Hospitalidade e Humanização em seus múltiplos aspectos. A palavra hospitalidade considerada como um atributo de pessoas e espaços é um conceito antigo praticado pela maioria das civilizações através do acolhimento aos estranhos. Esse termo reconhecido como necessidade humana fundamental está relacionado com a oferta de bem-estar, aconchego e conforto às pessoas (REVISTA HOSPITAIS BRASIL,2005).

O Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa define humanização como o *ato ou efeito de humanizar* que por sua vez significa *tornar humano, tratável, civilizar, humanar*. No campo da assistência à saúde esta palavra é difícil de ser definida com precisão, porque é uma questão de natureza subjetiva e personalizada pressupõe que se compreenda ,primeiro, o significado da vida do ser humano. *“Entender a vida e decifrá-la ;é tarefa das mais difíceis, uma vez que a Humanização precisa ser sentida e percebida”* (BETTINELLI; ERDMANN; WASKIEVICZ, 2003).

De forma sintética a humanização dos serviços de saúde permeia por diversas aspectos cotidianos deste local, vão desde o modo como se concebe o paciente (objeto passivo ou sujeito ativo), a atenção aos familiares, a qualidade do atendimento oferecido, a satisfação das necessidades dos usuários, as condições de trabalho dos profissionais, a política administrativa até as condições da infra-estrutura física do estabelecimento. *O tratamento humanizado, portanto não se concretiza se estiver centralizado unicamente no paciente”* (SELLI,2003).

A humanização se faz necessária considerando que nos serviços de saúde há situações desumanizantes. *“A desumanização ou despersonalização simboliza estados negativos que pacientes ou profissionais experienciam”* (HOWARD,1975). De acordo com estudos sistemáticos de despersonalização, o conceito de desumanização surge a partir de diferentes formas de considerar as pessoas:

- *pessoas como coisas* – pessoas percebidas como objeto insensíveis;
- *pessoas como máquinas: desumanização pela tecnologia* – devido aos avanços tecnológicos os pacientes com problemas agudos podem ser vistos como extensão das máquinas;
- *pessoas como cobaias: desumanização pela experimentação* – conceitos de desumanização são adotados em algumas pesquisas médicas com seres humanos;
- *pessoas como problemas* – as questões de fragmentação e especialização da área da saúde contribuem para a redução do paciente à sua doença;
- *pessoas como inferiores* – diferenças no tratamento pela discriminação de minorias étnicas sociais e econômicas;

- *peças marginalizadas* – isolamento físico e psicológico de pessoas considerados “sem possibilidade de recuperação” situação comum com pacientes mentais e geriátricos;
- *peças como receptoras de assistência subpadronizada* – prática assistencial de baixa qualidade em vista dos conhecimentos e tecnologia disponíveis;
- *peças sem opções*: a ausência de controle sobre a própria vida causa frustração e sentimento de impotência;
- *peças interagindo com “icebergs”* – frieza e ausência de sentimento nas relações entre profissionais e pacientes;
- *peças em ambientes estáticos e estéreis* – planejadores de saúde e arquitetos vêm este tipo de desumanização como uma falha para responder às compreensíveis mudanças dos seres humanos. “Se crianças andam, deverá existir áreas para andar; se adolescentes necessitam da companhia dos seus pares, áreas devem ser projetadas para interação destes grupos; se os idosos querem privacidade, deverá existir meios para que eles escapem da multidão;
- *peças com a preservação da vida negada* - esta conotação da desumanização diz respeito à morte (aborto, eutanásia) e à responsabilidade da preservação da vida e implica em questões éticas e teológicas.

Estas variáveis da desumanização são dados relevantes na busca da humanização dos estabelecimentos que trabalham para a preservação da vida e redução dos sofrimentos das pessoas. Também é importante lembrar que existem as questões subjetivas, as representações que os usuários têm deste lugar a partir das suas experiências ou pela própria história dos hospitais.

“O paciente ao entrar no hospital encontra-se frente a uma instituição repleta de simbolismos históricos que produz no imaginário do indivíduo sensações e sentimentos que se confundem com o próprio processo do adoecer: o medo de entrar e não sair, a exclusão de seu meio, a imagem da morte, a perda de sua identidade, de sua função no mundo e, fundamentalmente, a perda de sua liberdade” (FILHA;MONTEIRO, 2003).

Diante das mudanças demográficas e epidemiológicas do Brasil observa-se a necessidade de novos olhares sobre o crescente grupo etário idoso e suas demandas. No campo da saúde, busca-se alternativas de assistência para a promoção do envelhecimento saudável e ativo priorizando a permanência do idoso junto à família, na sua residência e em

contato com a comunidade. De acordo com este princípio, a institucionalização e a hospitalização tradicional somente devem ser adotadas em casos extremos como último recurso (SOBRAL,1996).

Atualmente, uma variedade de serviços comunitários, sociais e médicos foram regulamentados pelas políticas públicas visando o acolhimento das pessoas idosas como o atendimento domiciliar, os centros de convivência, os hospitais-dia geriátrico, os centros-dia e serviços voltados para o fortalecimento da reabilitação. A interligação destes espaços de assistência com os sistemas existentes de serviços sociais, habitação, de seguridade social, alimentação, lazer, transporte e outros permite respostas rápidas e adequadas às necessidades de atenção progressiva do idoso (SOBRAL,1996).

“Os pressupostos desse novo olhar e escuta na atenção à saúde da pessoa idosa centram-se na criação desses novos lugares, ou seja, na desterritorialização dos tradicionais ‘locus’ de intervenção, cobrindo necessidades sociais reais insatisfeitas que os territórios tradicionais de atenção não dão conta, pois em muitos casos temos trocas sociais zero entre profissionais e comunidade usuária dos serviços geronto-geriátricos” (SOBRAL,1996).

O hospital-dia geriátrico, um exemplo de espaço alternativo de saúde, é uma forma intermediária de atendimento entre a internação hospitalar e a assistência domiciliar. A portaria nº 249 de 12/04/2002 define que o objetivo desta modalidade é viabilizar a assistência global à saúde do idoso com necessidades terapêuticas que não justifiquem sua permanência contínua em ambiente hospitalar. Também se presta à orientação dos cuidadores e auxílio às famílias que não apresentam condições adequadas para assistir o seu idoso (BRASIL,2002).

A construção deste novo modelo de cuidado humanizado para o idoso deverá ser fruto do compromisso social de cada cidadão e profissionais de saúde assim como da consideração da opinião dos principais interessados sob pena de criar padrões de uso e consumo distorcidos da realidade construídos sob a ótica dos especialistas envolvidos. Este trabalho conjunto e interdisciplinar pode contar também com a arquitetura enquanto área do conhecimento que cria espaços de vivência para o ser humano considerando as suas peculiaridades físicas e psíquicas.

“A arquitetura não pode ser outra coisa senão o interesse pela vida cotidiana, tal como vivida por todas as pessoas...A arte da arquitetura não consiste apenas em fazer coisas belas – nem em fazer coisas úteis, mas em fazer ambas ao mesmo tempo – como um alfaiate que faz roupas bonitas e que servem. E se possível, roupas que todas possam usar, não apenas o Imperador” (HERTZBERGER, 1996).

A contribuição da arquitetura nos diversos contextos da sociedade ainda é vista de forma deturpada e pouco compreendida, principalmente, em estabelecimentos de assistência à saúde, onde é essencial que se estabeleça uma relação amigável entre usuário e espaço. Algumas vezes, neste local, o campo de intervenção concedido à arquitetura se resume aos aspectos puramente estéticos (cores, mobiliários) e à distribuição dos ambientes conforme recomendações das normas vigentes com o objetivo de conferir beleza e adequação técnica para o lugar. *“O essencial é que , seja lá o que se faça, onde quer que se organize o espaço e de que maneira, ele terá inevitavelmente certo grau de influência sobre a situação das pessoas”* (Hertzberger, 1996).

2.2 - Arquitetura e Interdisciplinariedade na construção de ambientes de saúde

Os edifícios têm um grande impacto sobre a saúde e a qualidade de vida das pessoas que o utilizam. Com diferentes finalidades abrigam ambientes de moradia, trabalho, serviços, lazer e outros, proporcionam uma interação constante entre indivíduos, espaços e atividades. Perracini (2002) define o ambiente como *“um conjunto de atributos físicos, sensoriais, cognitivos, afetivos, espirituais, climáticos e funcionais que nos circundam no dia-a-dia e do qual fazemos parte”*. A essência do espaço arquitetônico encontra-se na ambiência que ele proporciona para envolver ou condicionar o exercício de determinadas atividades humanas.

Quando profissionais de outras áreas do conhecimento interferem na estrutura física dos ambientes de assistência à saúde, surgem resultados inesperados e significativos que progressivamente quebram paradigmas obsoletos e estabelecem novas verdades e contribuições. A arquitetura é uma dessas áreas, que ao se inserir nos estabelecimento assistenciais de saúde, com seus princípios focados no homem, tende a conferir uma ambiência mais agradável e “humana” à estes locais.

“A questão do projeto de arquitetura hospitalar é, hoje, declaradamente, assunto multidisciplinar. Talvez mais que qualquer outra invenção tecnológica humana, a edificação, dada a multiplicidade de usuários e variantes, é resultado da conjugação cuidadosa entre compreensão, concepção, construção e gestão e, em um momento em que recursos naturais, humanos e clima são objeto de preocupação, precisa ser repensada pelos seus diversos atores” (KRAUSE,2004).

O cuidado com o ambiente de saúde como fator e instrumento de cura já era uma preocupação no final do século XVIII, quando acreditava-se que a correta distribuição do espaço era um meio terapêutico. Hoje, ainda buscamos o aperfeiçoamento deste ideal através das constantes mudanças médicas e sociais a respeito das doenças, tratamentos,

formas de promoção da saúde e reestruturações da área física dos estabelecimentos assistenciais.

Em espaços de uso público, percebe-se uma simplificação das complexas necessidades dos seres humanos sob a justificativa da inviabilidade de elaborar um projeto que atenda individualmente a diversidade de usuários (COSTI,2002). Quando a finalidade deste local é a assistência à saúde torna-se relevante se atentar ao processo de interação que se estabelece entre pessoas e o ambiente construído assim como as conseqüentes reações físicas e emocionais desta relação. Neste aspecto, as orientações de Lynch (1999) sobre a “boa forma” urbana fornecem um elenco de dimensões de desempenho que adotadas na fase projetual da arquitetura dos ambientes assistenciais de saúde podem contribuir para o estabelecimento da qualidade desse lugar:

- vitalidade: grau em que o ambiente apóia o bem estar físico e as funções vitais humanas;
- legibilidade: grau de legibilidade (percepção, compreensão e estruturação mental) do ambiente;
- compatibilidade: grau de compatibilidade entre as características físicas do ambiente e as ações e comportamentos que ali desenvolvem;
- acessibilidade: grau de acesso dos indivíduos aos espaços e elementos físicos do ambiente;
- controle: grau de controle, pela população, da produção e apropriação do ambiente;
- eficiência: grau de eficiência, em termos de custo-benefício, da produção e manutenção do ambiente;
- justiça: grau de distribuição dos benefícios do ambiente.

A arquitetura dos estabelecimentos de saúde transmitem mensagens de naturezas diversas (funcional, estética, psicológica e outras) correspondentes ao universo de aspectos encontrados em qualquer edificação. A avaliação positiva ou negativa dos elementos e arranjos espaciais vai estar condicionada ao grau de satisfação que eles possam oferecer às necessidades dos seus usuários (BRASIL,1995).

Sommer (1973) em seus estudos sobre a significação do espaço para o comportamento dos usuários aponta que os projetos arquitetônicos demonstram pouca ênfase às atividades que acontecem dentro da estrutura. Tal comportamento, segundo ele, justifica-se pelo fato do arquiteto em sua formação teórica e prática aprender a ver os edifícios sem pessoas no seu interior, aconselha que os edifícios devem ser estudados no seu plano presente e do ponto de vista do comportamento do usuário. “*A arquitetura pode*

ser bela, mas deve ser mais do que isso; deve conter espaço em que algumas atividades possam ser realizadas de maneira cômoda e eficiente” (SOMMER ,1973).

A Psicologia é uma disciplina de cunho humanista que também se interessa pelo envelhecimento e planejamento de ambientes físicos (quadro 1). Seus conhecimentos relativos a estudos da percepção, satisfação, motivação e atitudes do indivíduo contribuem para a arquitetura criar espaços para os idosos em diferentes condições físicas.

“Programar o ambiente residencial, o ambiente de trabalho, os asilos e as casas de repouso, o bairro e a cidade, os hospitais, os ambulatórios, os centros-dia e os centros de saúde e os locais de lazer e de convivência é vital à prevenção da incompetência comportamental, da dependência, da depressão, da insegurança, do isolamento, do abandono, da negligência e dos maus tratos” (NERI,2004).

Quadro 1 – Tópicos de interesse em psicologia ambiental e envelhecimento
Fonte: NERI (2004)

- 1) A avaliação dos contextos gerontológicos, como, por exemplo, o lar e os asilos, com base em teorias psicológicas e sociológicas;
- 2) O controle ambiental como base para a segurança e a competência física e psicossocial dos idosos;
- 3) Características psicossociais dos ambientes gerontológicos. O papel da organização, da beleza, do conforto e da novidade;
- 4) Os ambientes de lazer, educação e sociabilidade como contextos de desenvolvimento;
- 5) Fatores ambientais de risco para abandono, maus-tratos e violência em relação aos idosos, na cidade, nas instituições e em casa.

Miller e Swensson (1995) indicam que o desafio do arquiteto e do *design* na área hospitalar voltada para o grupo etário idoso está na mudança de foco - ao invés de criar, meramente, estruturas satisfatórias do ponto de vista estético elas devem ser estruturas livres de barreiras a fim de proporcionar caminhos claros facilitadores do mapa cognitivo. Segundo Okamoto (1996) “*o corpo está sempre em diálogo com o meio ambiente: natural ou artificial*” assim, ao projetarmos qualquer ambiente e particularmente os específicos para os idosos estas questões não podem ficar em segundo plano sob o risco de criarmos verdadeiros obstáculos à vida deles.

A interdisciplinariedade na construção de ambientes de saúde implica na integração dos profissionais das áreas da saúde, psicólogos, assistentes sociais e arquitetos, cada um contribuindo com suas experiências e informações específicas. A OPAS, Organização Pan-Americana de Saúde, recomenda que quaisquer que sejam as atividades de promoção planejadas de saúde, deverão incluir atuações no campo biológico, psicossocial, político e legal, e que a promoção da saúde do idoso deverá estar a cargo de uma equipe interdisciplinar.

O arquiteto que trabalha neste contexto precisa conhecer não só as necessidades específicas de cada profissional da saúde, mas acima de tudo se atentar às particularidades dos pacientes/usuários que serão atendidos naquele lugar. No caso específico de assistência à idosos a compreensão do processo do envelhecimento e suas implicações físicas, psicológicas e sociais são fundamentais.

Zimerman (2000) aborda em seu livro, *Velhice Aspectos Biopsicossociais*, que as pessoas tem dificuldades de se colocarem no lugar dos velhos. Vê-los é insuficiente, é preciso senti-los e entender a forma como eles sentem. E sobre isto ela descreve algumas atitudes para quem quer aprender a entender, respeitar e valorizar os idosos:

- respeitar as individualidades, evitando as generalizações;
- não infantilizá-los;
- não tratá-los como doentes;
- não tratá-los como incapazes;
- oferecer-lhes cuidados específicos para sua faixa etária;
- preservar sua independência e autonomia;
- ajudá-lo a desenvolver suas aptidões;
- ter paciência, pois seu tempo é outro, são mais lentos;
- trabalhar suas perdas e seus ganhos;
- promover muita estimulação biopsicossocial.

Estes conselhos podem ser estendidos à área de arquitetura como informações básicas para lidar com este novo cliente a fim de evitar atitudes estereotipadas, conceitos pré-concebidos e soluções projetuais inadequadas que discriminam ou subestimam a capacidade dos idosos.

O Hospital-dia geriátrico, dentre outros modelos alternativos de atenção à saúde do idoso, deve ser projetado segundo a filosofia da política que o regulamenta e de acordo com os aspectos acima mencionados. Cabe ao arquiteto a compreensão desses novos requisitos e valores como também conhecer a sociedade onde vive, a realidade sócio-

econômica e cultural do grupo etário idoso deste lugar e a partir destas informações conceber um espaço arquitetônico distante da imagem negativa de depósito de velhos doentes com uma atmosfera impregnada de esperança, vitalidade e estimuladora da convivência social.

À medida que as pessoas envelhecem, geralmente, vão apresentando alterações na visão, audição, tato e paladar assim como rigidez das articulações, diminuição dos reflexos e da resistência física. Também pode ocorrer maior dificuldade para interpretar cenários complexos ou com grande quantidade de informações. O corpo sofre importantes modificações no aparelho locomotor, diminuindo a amplitude dos movimentos alterando a marcha que passa a ser caracterizada por passos lentos e curtos e até mesmo pelo arrastar dos pés (FREITAS;MIRANDA;NERY, 2002).

As alterações físicas e sensoriais podem comprometer a independência e a mobilidade dos idosos. A capacidade de adaptação, nesta fase da vida, diminui tornando-o mais vulnerável à ambientes inadequados às suas limitações. Estas questões alteram a relação das pessoas com o ambiente construído tornando-os dependentes dos diversos elementos facilitadores de acessibilidade (corrimãos, rampas etc.). Se o local não satisfaz às necessidades dos idosos, apresenta elementos que exijam um esforço físico excessivo ou riscos de acidentes o resultado é o “stress” e a sensação de impotência. Ribeiro (2003) observa que a percepção do espaço com todos os sentidos é o que leva que as pessoas experimentarem satisfação ou não com um determinado lugar.

A concentração excessiva nos itens de funcionalidade do ambiente sem considerar as especificidades de alguns usuários pode ser prejudicial. Por exemplo, os pacientes com Alzheimer e outras doenças semelhantes têm dificuldade de lembrar a localização dos ambientes arquitetônicos que eles não possam ver fisicamente assim, situar o banheiro em local de fácil acesso e com boa identificação é um exemplo de como a saúde pode ser promovida pelo projeto. Se o paciente não encontra rapidamente o banheiro a probabilidade de incontinência aumenta e com isso o senso de dignidade e independência é diminuído

A escolha dos materiais de acabamento dos ambientes também podem prejudicar ou beneficiar as deficiências dos usuários. Por exemplo, o brilho provocado por uma iluminação inadequada ou revestimentos de piso e paredes com esta característica pode desencorajar a livre mobilidade de um idoso devido à maior sensibilidade dos seus olhos à claridade e redução da capacidade de acomodação da visão às mudanças de claro /escuro - escuro /claro. A quantidade de luz que chega à retina de uma pessoa aos 60 anos sofre uma redução aproximada de 66%. por este motivo até mesmo os idosos com boa acuidade visual apresentam dificuldades em discriminar sombras, cantos e contrastes (PERRACINI,2002).

O mesmo cuidado deve ser tomado em relação às cores, porque com avanço da idade as pessoas podem apresentar dificuldade de distingui-las como exemplo dos tons de violeta, azul e degradações do verde os mais fáceis são o vermelho, laranja e amarelo. Os tons mais fortes podem ser utilizados quando se quer criar um ambiente encorajador, de fácil identificação e acima de tudo que promova bem estar (MILLER; SWENSSON, 1995).

Para Bosi (1979) o indivíduo velho sente-se diminuído e luta para continuar sendo um homem. As atividades rotineiras adquirem um índice maior de adversidade: as escadas ficam mais duras de subir, as distâncias mais longas a percorrer, as ruas mais perigosas de atravessar, os pacotes mais pesados para carregar. O mundo apresenta-se como uma fonte de ameaças e ciladas onde qualquer distração pode resultar em conseqüências penosas para o idoso.

As áreas dos estabelecimentos assistenciais destinadas ao atendimento dos idosos devem ser projetadas levando em consideração as possíveis dificuldades de locomoção, vulnerabilidade e ocorrência de quedas a fim de prevenir que o mesmo não seja vítima do seu local de tratamento. Tais cuidados visam evitar acidentes que podem contribuir para a chamada iatrogenia que se refere às doenças ou resultados adversos produzidos por qualquer forma de intervenção ou atuação da equipe que atende em qualquer nível assistencial. Também valem para os novos modelos de assistência à saúde do idoso as mesmas recomendações para estabelecimentos de saúde como normas de acessibilidade, largura e sentido de abertura de portas, revestimento de piso, tipo de mobiliário, largura de corredor, itens de segurança nos banheiros e outros.

O local deverá ter uma ambiência que estimule as aptidões e capacidades individuais dos idosos, melhore a comunicação entre pessoas, seja legível, seguro e proporcione bem estar para que eles se sintam em um ambiente familiar, como de suas casas. A integração entre ambiente interno e externo através da observação da paisagem, pessoas, pássaros, chuva, sol, dia e noite é um fator que permite a orientação temporal, climática e distração. Estas preocupações podem ser auxiliares para o tratamento terapêutico assim como o cuidado com as mensagens e sensações que o local pode transmitir através das variações de iluminação, temperatura, ventilação bem como dos aromas e sons. *“As percepções do espaço consistem não só no que vemos, como também no que cheiramos – assim como nas associações que despertam”* (HERTZBERGER, 1996).

“A arquitetura é, de alguma maneira, um ordenar o ambiente que nos rodeia, um oferecer melhores possibilidades para as agrupações humanas; por isso, as relações que deve estabelecer são múltiplas e integrantes; referem-se ao controle do ambiente físico, à criação de certas possibilidades de circulação, à organização das funções, de seu englobamento ou segregação e de suas relações” (GREGOTTI, 1975).

De acordo com este pensamento, o ambiente físico deve estimular ao máximo a mobilidade e autonomia de forma que os idosos não encontrem dificuldades em identificar e utilizar banheiros, campainhas, interruptores, corredores e outros. O espaço adaptado às suas incapacidades cria um sentimento de auto-estima pelo simples fato de praticarem, sozinhos, ações rotineiras e indiretamente é uma forma de terapia que evita a imobilização e seus efeitos nocivos à saúde.

Para Perracini (2002) o ambiente planejado para os idosos deve ser calmo, previsível e acolhedor e salienta alguns aspectos básicos que o local deve contemplar para dar suporte à autonomia e independência:

- acessibilidade e uso;
- facilidade de circulação, especificamente no que diz respeito ao conforto, conveniência e possibilidade de escolha;
- conservação de energia;
- comunicação: aspectos sensoriais e integração social;
- segurança: sem riscos de lesões e acidentes;
- proteção: que não cause medo ou ansiedade e que seja previsível (confiável);
- privacidade.

Outra questão a ser considerada são os sistemas de controle ambiental nos estabelecimentos de saúde representados pelas dimensões: endógena, *que considera o edifício em sua finalidade de criar condições desejáveis de salubridade através do distanciamento das pessoas das variáveis ambientais externas* e a exógena que se refere aos aspectos de implantação das construções no meio externo e suas implicações no meio ambiente externo regulamentados pelos instrumentos legais da maioria dos municípios brasileiros. Também torna-se relevante compatibilizar as demandas ambientais de temperatura, umidade e qualidade do ar, acústicas e luminosas relativas às características das atividades e equipamentos com as necessidades de conforto e bem-estar dos usuários. Os idosos são, particularmente, sensíveis a estes elementos ambientais.

Para Hertzberger (1996), em todas as intervenções construtivas o objetivo único não deve ser a função, mas fazer com que o objeto construído tenha possibilidade de atender mais de um propósito, que seja capaz de representar tantos papéis quanto possíveis em benefício dos diversos usuários individuais. Também acredita que *“O projeto definitivo deve estar harmonizado com todos os dados intelectuais e emocionais que o arquiteto possa imaginar, e deve relacionar-se com todas as percepções sensoriais do espaço”*.

Diante do exposto, podemos observar que a intervenção da arquitetura na Infra-estrutura do Hospital - dia geriátrico é uma questão séria que vai além das preocupações estéticas, um fator que juntamente com os recursos humanos e técnicos pode contribuir terapêuticamente para a assistência ao paciente idoso visto que o bem estar físico e psicológico deste grupo também está intimamente associado às características físicas do espaço arquitetônico.

2.3 - Aspectos Gerais das Normas vigentes

As normas vigentes dos espaços alternativos de assistência à saúde do idoso representam um avanço da sociedade em relação à visão da velhice, tradicionalmente, associada à doença. Tal ponto de vista, em décadas passadas, pode ter contribuído para a criação de asilos, hospícios e hospitais geriátricos que funcionavam mais como locais de segregação e cuidados paliativos do que atenção integral ao idoso.

Atualmente as modalidades ou serviços direcionados para pessoas idosas podem ser divididos em serviços sociais e de saúde. Estes últimos se organizam por níveis crescentes de complexidade, o primeiro classificado como atenção primária oferece assistência através das Unidades Básicas de Saúde (UBS), no nível seguinte encontra-se o atendimento ambulatorial e domiciliar, a nível institucional existe uma alternativa intermediária que é o hospital –dia geriátrico e por último, a internação hospitalar de média e longa permanência (DIOGO,2002).

“Entre os diferentes modelos de assistência ao idoso, o hospital-dia geriátrico vem se afirmando como uma alternativa para a não institucionalização total do idoso dependente ou com comprometimento da sua capacidade funcional. Uma vez dependente total, o idoso estará mais sujeito a internações prolongadas, reinternações sucessivas e a pior prognóstico” (DIOGO,2002).

A portaria nº 73 de 10 de maio de 2001, da Secretaria de Estado de Assistência Social estabelece normas de funcionamento de serviços de atenção ao idoso no Brasil, propõe mudanças nas várias modalidades de acordo com a realidade de cada município, define parcerias com organizações governamentais, não-governamentais e ministérios setoriais assim como co-responsabilidade do governo, da sociedade e da família. Esta lei dispõe as diferentes formas de atenção ao idoso:

- Família natural;
- Família acolhedora;

- Residência temporária;
- Centro-dia;
- Centro de Convivência;
- Casa-lar;
- República;
- Atendimento integral institucional;
- Assistência domiciliar / atendimento domiciliar

A portaria GM/MS nº702 de 12/04/2002 preocupada com a necessidade de reduzir o número de internações e o tempo de hospitalização do idoso, estimular ações e iniciativas que visem a mudança do modelo assistencial à saúde, privilegiando a atenção integral de forma mais humanizada, cria mecanismos para a organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência à saúde do Idoso e a inserção nas mesmas de Hospitais Gerais e Centros de Referência à Saúde do Idoso.

Os Centros de Referência em Assistência à saúde do Idoso são hospitais cadastrados como tal, responsáveis pela assistência integral e integrada aos pacientes idosos nas modalidades de internação hospitalar, atendimento ambulatorial especializado, hospital-dia e assistência domiciliar.

O anexo 1 da portaria SAS/MS nº249 de 12 de abril de 2002 , dispõe que o hospital para ser cadastrado como Centro de Referência em Assistência à Saúde do Idoso deve entre outros aspectos desenvolver programas de desospitalização de idosos: Hospital–dia geriátrico, Assistência Domiciliar de curto, médio ou longo prazo. A permanência prolongada do idoso no hospital é um fator de deterioração de sua independência funcional e autonomia, além de sua exposição aos riscos inerentes ao ambiente hospitalar.

A Política Nacional de Saúde destaca a importância da criação do Hospital - Dia Geriátrico por ser uma forma intermediária de atendimento entre a internação hospitalar e a assistência domiciliar. Esta modalidade de atenção foi contemplada pelas portarias publicadas pelo Ministério da Saúde em abril de 2002, na parte que trata da criação das redes estaduais de assistência ao idosos, destina-se aos idosos que, após avaliação multiprofissional e indicação médica, estiverem enquadrados nos seguintes casos:

- pós-alta hospitalar de origem clínica ou cirúrgica, em fase de recuperação, ainda necessitando de acompanhamento médico, intervenções de enfermagem e/ou reabilitação físico-funcional por um período de até 30 dias;
- apresentando perda ou incapacidade funcional média ou grave, decorrentes de transtorno físico ou cognitivo com potencial para a reabilitação;

- necessitando de procedimentos técnicos específicos, que não justifiquem uma internação e cuja realização em domicílio possa não ser a mais indicada como por exemplo quimioterapia, hemodiálise, etc;
- não apresentam apoio familiar contínuo e adequado às demandas identificadas podendo levá-lo à reinternação ou à institucionalização.

De acordo com a portaria SAS/MS nº249/2002 o hospital-dia geriátrico deve funcionar diariamente, no mínimo por cinco dias por semana, em um ou dois turnos de 6 horas com uma equipe multiprofissional e interdisciplinar capacitada em gerontologia composta por médicos, enfermeiros, psicólogos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, assistentes sociais e outros. Também deverá estar integrado a um serviço de urgência / emergência, de funcionamento ininterrupto em casos de intercorrências.

O estabelecimento deve dispor de instalação física adequada, livre de barreiras arquitetônicas de acordo com os critérios e normas estabelecidos pela legislação em vigor ou outros ditames legais que venham a substituí-los ou complementá-los:

- Portaria GM/MS nº 810/1989 – Normas e padrões para funcionamento de casas de repouso, clínicas geriátricas e outras instituições destinadas ao atendimento de idosos;
- ABNT NBR 9050 /1994 – Normas de Acessibilidade às Pessoas Portadoras de Deficiências;
- Resolução nº50, de 21 de fevereiro de 2002 – Dispõe sobre o regulamento técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos de assistência à saúde , da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA;
- Resolução nº 05, de 05 de agosto de 1993, do CONAMA – Conselho Nacional de Meio Ambiente.

A área física deverá ser composta , no mínimo, por:

- Recepção com sala de espera própria;
- Vestiário masculino e feminino;
- Sanitários masculinos e femininos para pacientes acompanhantes e funcionários;
- Sala para trabalho em grupo;
- Sala de refeições (não é necessário ser exclusiva);

- Área externa para atividades ao ar livre;
- Sala de repouso; Sala para atividades de reabilitação;
- Sala de procedimentos;
- Posto de enfermagem;
- Sala de estar e recreação.

No Brasil, a lei que regulamenta a criação deste modelo assistencial é recente, de 2002. Em Salvador o Centro Geriátrico Júlia Magalhães, fruto da preocupação de Irmã Dulce em garantir assistência integral com estímulo à cidadania, socialização e qualidade de vida na terceira idade, inaugurou em 2003 o sistema de hospital-dia, em meio turno, para cerca de 50 idosos da comunidade onde participam de atividades de promoção à saúde, reabilitação física, cognitiva e socialização (fig.8).



Figura 8 - Sala de terapia ocupacional do hospital-dia do Centro Geriátrico Júlia Magalhães em Salvador
 Fonte: <http://www.irmadulce.org.br/saude/nucleos/cgjm.htm> (2004)

A organização dos serviços geriátricos no Brasil ainda está na fase inicial, porém o momento é oportuno para reflexões sobre a qualidade dos serviços e infra-estrutura física oferecida aos idosos. Ainda que se possa inspirar em sociedades que defrontam há mais tempo com esta questão, é preciso modelar a nossa experiência. Resultados positivos de diferentes modelos assistenciais poderiam ser considerados e adaptados às especificidades do nosso sistema de saúde.

As leis que regulamentam a implementação e funcionamento dos serviços de atenção à saúde do idosos cumprem o seu papel enquanto conjunto de regras a serem atendidas. Elas estabelecem as condições mínimas que o local deve dispor em relação aos tipos de assistência, recursos humanos, equipamentos e necessidades físico-espaciais para funcionar em condições dignas. Neste aspecto Barreto (2002) acrescenta que os modelos normativos brasileiros federais e municipais que tratam dos diversos tipos de edificação apresentam certas limitações para produção de arquiteturas devido ao seu aspecto funcionalista. Tais normas, raramente, incluem outras dimensões qualitativas da arquitetura

como as variáveis psicológicas relativas ao uso e percepção do espaço, as questões estéticas e expressivas e as referentes à gestão do espaço construído.

O sucesso deste modelo humanizado depende também da sensibilidade da equipe multidisciplinar de saúde e da arquitetura em captar e incorporar ao seu campo de atuação profissional os requisitos objetivos e subjetivos do ator principal para que as necessidades e percepções dos idosos sejam contempladas de alguma forma nestes espaços de saúde.



“Na velhice, o interesse se desloca da informação para a compreensão. Isto significa que a informação traz notícias, ao passo que a compreensão procura ‘insights’ nela. Os dados dizem que a nossa audição, a nossa visão e as nossas articulações não são mais o que eram. Não estão durando. Que compreensão se pode colher desta informação?”
James Hillman

CAPÍTULO 3

PESQUISA DE CAMPO: A SAÚDE DO IDOSO EM JUIZ DE FORA / MG

CAPÍTULO 3 – PESQUISA DE CAMPO: A SAÚDE DO IDOSO EM JUIZ DE FORA / MG

3.1 – A Cidade Pesquisada

Juiz de Fora, cidade da Zona da Mata Mineira, com 501.153 habitantes é referência no sistema de saúde para uma vasta região de entorno. Sua Administração Estadual de Saúde (DADS) agrega 37 cidades, mas no Sistema único de Saúde (SUS) ela abrange mais de 180 cidades, configurando uma população de aproximadamente 2 milhões de habitantes.

O último censo demográfico realizado pelo IBGE (2000), em Juiz de Fora, registrou mais de 10% de idosos no total da população o que representa 52.961 pessoas com 60 anos ou mais. Esta porcentagem de idosos é superior à media registrada no Estado de Minas Gerais e no Brasil (Tab.2). A previsão deste instituto é que em 2025 este número suba para 15%. A expectativa de vida ao nascer na cidade é de 82 anos para as mulheres e 73 anos para os homens. A proporção entre Mulheres e Homens aos 70 anos é de 10 para 8 e aos 85 anos de 10 para 3 (PJF,2002).

Tabela 2 - Distribuição percentual da População por idade em Juiz de Fora, Minas Gerais e Brasil, 1980 / 1991 / 2000

Fonte: IBGE, Censos Demográficos 1980 / 1991 / 2000; Centro de Pesquisas Sociais / Anuário 2004

Grupos de idade	Juiz de Fora			Minas Gerais			Brasil		
	1980	1991	2000	1980	1991	2000	1980	1991	2000
0 a 4 anos	10,44	9,30	7,67	13,40	10,86	9,03	13,82	11,25	9,64
5 a 9 anos	9,13	9,26	8,11	12,34	11,46	9,39	12,42	11,86	9,74
10 a 19 anos	22,20	18,16	17,90	24,32	21,73	20,39	23,40	21,84	20,78
20 a 29 anos	20,21	18,76	16,78	17,68	17,96	17,39	17,63	17,85	17,66
30 a 39 anos	12,77	16,51	16,14	11,37	14,24	15,18	11,81	13,98	14,89
40 a 49 anos	9,82	11,13	13,94	8,76	9,54	11,89	8,73	9,51	11,35
50 a 59 anos	7,79	7,59	8,89	6,03	6,66	7,65	6,10	6,41	7,37
60 anos ou mais	7,64	9,30	10,57	6,10	7,55	9,08	6,08	7,30	8,56

A estrutura administrativa da cidade funciona de forma regionalizada, porque a Prefeitura Municipal de Juiz de Fora entende que este modelo facilita a identificação das peculiaridades locais e possibilita planejar a partir do reconhecimento dos grupos sociais mais carentes e dependentes dos serviços públicos. Tal modelo permite atender as demandas reais de cada região individualmente, evitando soluções arbitrárias e pré-estabelecidas (PJF,2004).

Para a configuração regionalizada foram aplicados os critérios de extensão geográfica, acessibilidade e comunicação viária, perfil sócio-econômico, característica

s da ocupação, delimitação e bacias hidrográficas, densidade demográfica, problemas sociais e intervenções já realizadas ou previstas. Deste modo estabeleceu-se oito regiões Administrativas, a saber: Centro, Leste, Norte, Nordeste, Oeste, Rural, Sul e Sudeste.

A região Centro, onde se encontram os estabelecimentos pesquisados, integra 19 bairros e apresenta o maior contingente populacional do município que representa 21,3% ou seja, 95.760 pessoas. A pirâmide demográfica desta região demonstra uma forte concentração na distribuição por faixa etária próxima da curva normal, com leve tendência para o grupo etário de 19 a 24 anos. A aparente descontinuidade nas faixas etárias que vão de 24 a 34 anos pode ser um reflexo do êxodo de estudantes após o período de formação profissional. A concentração de idosos acima de 70 anos é superior às demais regiões da cidade (PJF, 2004).

As pesquisas realizadas para o PDL, Plano de Desenvolvimento Local, detectaram nos setores de urbanismo, economia, educação, assistência social e saúde algumas tendências específicas para cada região e, conseqüentemente, para a cidade (PJF, 2004). No campo da saúde a região Centro apresenta a seguinte situação:

Tendências específicas para a região Centro:

Atenção Primária

- tendência ao crescimento da demanda pelos serviços de atenção primária;
- implementação do programa Saúde da Família, incorporando-se ao sistema de atendimento da atenção primária.

Atenção Secundária

- Desconcentração da Atenção secundária do PAM-Marechal para a região Norte e demais regiões.

Tendências específicas para a cidade:

Atenção Terciária

- retração contínua da oferta de serviços hospitalares para a população dependente do SUS para procedimentos de média complexidade e urgência emergência;
- mudança de vocação dos conveniados prestadores para serviços de alta complexidade;
- mudança da composição de faixa etária, com maior demanda dos serviços de terceira idade, com suportes terapêuticos necessários;
- encarecimento dos serviços de saúde pela mudança do perfil da população (mais idosa) com predominância das doenças degenerativas;

- pressão crescente sobre o sistema de saúde local (público e privado) das regiões vizinhas pela deterioração da capacidade instalada da macroregião;
- saturação local do mercado para profissionais de saúde formados na cidade;
- tendência à ampliação do atendimento do Hospital Municipal, tanto qualitativo quanto em complexidade dos serviços.

Atualmente o idoso de juiz de fora, usuário do SUS, recebe atendimento primário através do PSF - Programa de Saúde da Família, das UBSs - Unidades Básicas de Saúde distribuídas nas regiões administrativas da cidade e também do Departamento de Saúde da Terceira Idade – DSTI que atende exclusivamente a população da região Centro. O terciário é ofertado pelos Hospitais Públicos e Filantrópicos (tab.3 e 4).

Tabela 3 - Indicadores de saúde (setor primário e secundário).
Fonte: Diretoria de Saúde, Saneamento e Desenvolvimento Ambiental/Anuário Estatístico da UFJF 2001

Unidades Básicas de Saúde/ 2003	
Local	Número
Zona Rural	14
Zona Urbana	41
Policlínicas	2
Departamento de Clínicas Especializadas	1
Pronto Socorro	1
Departamento da Criança e do Adolescente	1
Departamento da Mulher	1
Departamento de Saúde do Trabalhador	1
Departamento de Saúde Mental	1
Departamento de Saúde da Terceira Idade	1
Departamento de Saúde Bucal	1
Departamento de Zoonoses	1
Total	66

Tabela 4 - Indicadores de saúde (setor terciário).
 Fonte: Diretoria de Saúde, Saneamento e Desenvolvimento Ambiental/Anuário Estatístico da UFJF 2001

Rede SUS (Sistema Unificado de Saúde) - 2003					
Categoria	Pública		Filantrópica	Privada	Total
	Munic.	Outros			
Hospitais	01	03	03	10	17
Leitos	48	449	403	1.033	1.933

Diante do perfil populacional de Juiz de Fora, diversos setores da cidade já estão implementando programas e serviços para atender às demandas de educação, assistência social e saúde para o grupo etário idoso. O Conselho Municipal do Idoso já estuda uma proposta para implantação de um Centro de Referência do município especializado no atendimento ao idoso que funcionará no regime de Centro-Dia com o objetivo de prestar assistência à saúde secundária baseada nas diretrizes da Política Nacional de Saúde do Idoso.

3.2 - Planejamento da pesquisa

3.2.1 – Introdução

O objetivo principal desta pesquisa é identificar os novos desafios e tendências da arquitetura hospitalar frente ao envelhecimento da população brasileira. No Brasil, observa-se, principalmente no campo da assistência à saúde, que o crescimento quantitativo do grupo etário idoso não foi acompanhado por uma efetiva implementação das políticas públicas igualitárias e universais e sim por intervenções parciais, descontínuas e compensatórias que atendem de forma precária as necessidades desta população.

Para Freitas (2004) cuidar de uma população de mais de 32 milhões de idosos, em sua maioria com baixo nível socioeconômico e educacional é um dos grandes desafios do século XXI. Este cuidado deve promover uma maior expectativa de vida com boa qualidade para que os anos vividos sejam plenos de significado e de dignidade, e não de sofrimento para os indivíduos e suas famílias.

O “Plano de Ação Internacional de Madri sobre o Envelhecimento 2002” apresenta três prioridades a serem implementadas em âmbito mundial. Uma delas é a promoção da saúde e do bem estar para todo o ciclo de vida. Dentro deste item, merece destaque a questão que aborda o acesso universal e equitativo aos serviços de saúde onde algumas ações sugeridas vieram ao encontro das pretensões desta pesquisa.

“... incluir os idosos no planejamento, implementação e avaliação dos cuidados de saúde e programas de reabilitação; encorajar os profissionais de saúde a incluir os idosos nas decisões relacionadas com seu próprio cuidado de saúde e integrar as necessidades e percepções dos idosos no planejamento de políticas de saúde” (UNITED NATIONS,2002).

No campo da arquitetura hospitalar a compreensão do envelhecimento humano a partir do próprio idoso e dos demais atores envolvidos, familiares, cuidadores e profissionais da saúde é um elemento chave para uma contribuição mais eficaz do arquiteto na área da saúde. Deste modo, dentro de um determinado contexto, a investigação sobre as qualidades e deficiências do atual modelo de assistência à saúde, as necessidades dos idosos bem como as representações sociais que existem em torno da velhice, saúde, doença e hospital pode fornecer informações de importância científica e social.

3.2.2 – Metodologia

Tendo em vista a elaboração de uma pesquisa sobre modelos alternativos de estabelecimentos assistenciais de saúde para idosos com uma abordagem humano-ambiental, preocupou-se inicialmente em levantar uma bibliografia multidisciplinar no campo da arquitetura, psicologia e medicina a fim de conhecer um pouco melhor o universo desta população e fundamentar o trabalho.

Adotou-se a abordagem qualitativa por ser um modelo de pesquisa que permite obter dados que auxiliam a compreensão das crenças, atitudes, valores e motivações em relação aos comportamentos das pessoas em contextos sociais específicos (GASKELL,2002). Devido à temática do estudo, velhice – saúde – arquitetura, buscou-se apoio na teoria das Representações Sociais como meio de obter as necessidades e expectativas de assistência à saúde do idoso sentidas e idealizadas pelos diferentes participantes da pesquisa.

O objetivo desta teoria é descobrir como os indivíduos e grupos inseridos em um contexto heterogêneo de pessoas, atitudes e fenômenos podem construir um mundo estável e previsível (MOSCOVICI ,2003).

O conceito das representações sociais é sempre relacional com um caráter dinâmico e explicativo da realidade social, física e cultural. A ele estão ligados aspectos culturais, cognitivos e valorativos presentes nos meios e nas mentes (GUARESCHI,1995). Deste modo este suporte metodológico favorece estudar a questão não apenas por meio do conhecimento teórico-científico mas também do saber prático socialmente elaborado e partilhado por grupos sociais de pertença.

3.2.3 – Coleta de Dados

3.2.3.1 - Campo de estudo

A pesquisa foi realizada no município de Juiz de Fora / MG em duas unidades de atendimento ambulatorial, situadas em diferentes bairros da região central, no período de novembro de 2005 à janeiro de 2006. Como a cidade ainda não possui um modelo alternativo de assistência à saúde do idoso, buscou-se estabelecimentos públicos com maior concentração desta população.

O Departamento de Saúde da Terceira Idade é um órgão municipal que presta assistência médica e social exclusiva à população acima de 60 anos moradora da região centro. O programa oferece consultas médicas nas especialidades de geriatria e clínica geral mediante pré-agendamento. Também realiza verificação de peso e pressão arterial, orientação e dispensação de medicamentos, aplicação de vacinas, assistência social e palestras educativas para grupos de promoção de saúde na 3ª idade (hipertensão, diabetes e oficina de memória). Conta com uma equipe técnica de saúde composta por 03 médicos, 02 assistentes sociais e 02 técnicos em enfermagem.

O ambulatório do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora – UFJF oferece atendimento em todas as especialidades médicas à população da cidade e municípios vizinhos. A equipe técnica de saúde é constituída por um grupo multidisciplinar de médicos, enfermeiros, assistentes sociais, nutricionista, dentista (biopsias e cirurgias bucomaxilofacial), fisioterapeutas, fonoaudiólogos e acadêmicos. O hospital está planejando para o ano de 2006 a implantação de um serviço exclusivo para o atendimento ao idoso devido ao aumento da demanda registrada no setor ambulatorial e de internação.

3.2.3.2 - Participantes

Os participantes desta pesquisa foram selecionados com base no seguinte critério: pessoas com o perfil semelhante ao dos usuários e profissionais de um hospital-dia geriátrico que em hipótese, de acordo com suas experiências pessoais e profissionais, poderiam fornecer informações interessantes à representação da velhice, saúde e ambientes assistenciais. O grupo etário idoso, prioridade da pesquisa, foi constituído por pessoas com idade igual ou superior a 60 anos (critério etário estabelecido pela ONU para países em desenvolvimento como o Brasil) sem incapacidade mental.

Os sujeitos do estudo foram 52 idosos de ambos os sexos (58% feminino e 42% masculino) usuários do SUS – Sistema Único de Saúde com idades entre 60 e 87 anos (média de idade de 69 anos), 20 cuidadores (80% feminino e 20% masculino) na faixa

etária de 19 a 70 anos (média de idade de 47 anos) e 07 profissionais (médicos, enfermeiros e assistentes sociais) que atendem a clientela idosa.

Do grupo dos idosos 31 são freqüentadores do Departamento de saúde da Terceira Idade (15 homens e 16 mulheres) e 21 são pacientes do ambulatório do Hospital Universitário (07 homens e 14 mulheres). No primeiro estabelecimento foram entrevistados 13 cuidadores (04 homens e 09 mulheres), 01 médica geriatra e 02 assistentes sociais e no segundo 07 cuidadores do sexo feminino, 01 médica geriatra, 01 assistente social e 02 enfermeiras.

3.2.3.3 - Instrumentos

Optou-se por uma investigação semi-estruturada para evitar fuga ao tema proposto e ao mesmo tempo permitir a liberdade de expressão do entrevistado e inclusão de assuntos não previstos. Este trabalho foi realizado de acordo com os preceitos éticos estabelecidos pela Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde sobre “Investigação Envolvendo Seres Humanos”. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Núcleo de Estudos de Saúde Coletiva – UFRJ (RJ) (Apêndice I). Os dados foram coletados após o entrevistado tomar conhecimento dos objetivos da pesquisa e concordar com a mesma de acordo com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Adotou-se questionários e entrevistas para coleta das informações em situação individual (Apêndice II,III e IV). Antes do trabalho de campo realizou-se entrevistas-piloto com alguns idosos para adequação prévia do instrumento. A primeira parte do questionário é constituída por questões relativas às representações sociais da velhice saúde, a segunda apresenta itens referentes à identificação sócio-demográfica: sexo, idade, escolaridade, bairro de moradia, coabitação e situação econômica. A terceira e última parte do questionário investiga dados relativos ao estado físico e assistência à saúde dos idosos. As principais perguntas do estudo objetivam identificar:

- Quem são estes idosos?
- Que representações se faz da velhice e do idoso?
- Quais limitações e doenças com que lidam em seu cotidiano?
- Quais as necessidades de assistência dos idosos?
- Qual a imagem que as pessoas tem do hospital?
- Qual o grau de satisfação com o serviço de saúde ofertado?
- Como a arquitetura pode contribuir para uma assistência mais adequada?

Os idosos e cuidadores abordados individualmente pela pesquisadora responderam o questionário durante o tempo de espera da consulta ambulatorial. Também responderam questionários os cuidadores presentes nas enfermarias clínicas do Hospital Universitário. Os profissionais foram entrevistados mediante agendamento prévio. Suas falas foram registradas com uso de gravador com a devida autorização dos mesmos. A identidade dos colaboradores foi resguardada, os mesmos receberam identificação alfa-numérica: I1 a I52 – idosos, C1 a C20 – cuidadores e P1 a P7 – profissionais. Além dos instrumentos de coleta descritos acima, complementou-se o estudo com anotações em um caderno de campo sobre as observações acerca do cotidiano dos entrevistados nos ambulatórios, descrições dos locais e falas surgidas na sala de espera antes e após a entrevista.

3.2.4 – Resultados

Para organização da exposição dos dados coletados, inicialmente serão apresentados aqueles referentes aos pacientes idosos, cuidadores e por último os relativos aos profissionais.

3.2.4.1 - Perfil dos idosos

No grupo dos idosos entrevistados 58% das pessoas eram do sexo feminino e 42% do sexo masculino com idade média de 69 anos. A frequência encontrada nas faixas etárias de 60-70 anos, 71-80 anos e 81-87 anos foi de 63,46%, 32,69% e 3,85% respectivamente.

E relação à procedência dos idosos 46,15% eram oriundos de bairros da Região Centro, 42,31% de outras regiões da cidade e 11,54% moradores de municípios vizinhos de Juiz de Fora que se deslocam em busca de um atendimento com mais recursos. Este último percentual corresponde a pacientes atendidos no ambulatório do Hospital Universitário. Geralmente o transporte destas pessoas é realizado por veículos oficiais das localidades de origem que chegam à cidade nas primeiras horas da manhã, distribuem os pacientes nos diversos estabelecimentos de saúde e retornam ao final da tarde. Apenas uma minoria se desloca por conta própria.

O nível de instrução entre os idosos é baixo, de acordo com os dados coletados 11,54% das pessoas identificaram-se como analfabetos, 61,54% não completaram o 1º grau, 15,38% concluíram o 1º grau, 7,70% possuem o 2º incompleto, 1,92% com superior incompleto e apenas uma pessoa (1,92%) finalizou o curso superior.

As respostas sobre coabitação revelaram que 13,46% dos idosos moram sozinhos, 23,08% somente com o cônjuge, 23,08% com os filhos e 40,38% vivem em outros arranjos familiares, residindo com:

- mãe;
- mãe e irmão;
- cônjuge e filhos;
- cônjuge, filhos e netos;
- irmãos;
- irmãos, cunhados e sobrinhos.

Em relação a situação econômica, observa-se que 65,38% dos idosos são independentes financeiramente da família, 13,46% tem a sua família como dependente, neste grupo 71% das pessoas são do sexo masculino. O percentual de dependentes da família, 13,46%, foi representado exclusivamente por mulheres e apenas 7,70% disseram existir uma dependência mútua entre os habitantes da casa devido aos baixos salários recebidos.

3.2.4.2 - A imagem de uma pessoa idosa

Uma parcela dos entrevistados (11,54%) possui duas imagens de uma pessoa idosa. A positiva formada pelas características mais apreciadas em um ancião presentes naqueles que são felizes, saudáveis e experientes e a negativa exemplificada pelos indivíduos ranzinhas, tristonhos e acabados como também os que sofrem a ação de outras pessoas, os abandonados e sofredores. Na fala dos entrevistados I11 e I49 observa-se que a visão positiva do idoso é a sua auto-imagem.

“A pessoa sendo igual a mim tenho uma boa imagem. Quando ela é abandonada pelos filhos a imagem é negativa. Eu gosto muito de ajudar os outros”. (I11 ,73 anos)

“Tem pessoas que passam imagem boa que são satisfeitas e tem outras que reclamam demais”. (I31 ,64anos)

“Depende, vejo pessoas idosas como um trapo e vejo pessoas idosas bonitas e com vitalidade”. (I33 ,75 anos)

“Varia, tem pessoas idosas que são felizes e tem pessoas idosas tristes. Gosto da minha idade, gosto do que eu faço, tenho amor pela vida”. (I49 ,67 anos)

As respostas dos entrevistados (32,69%) que retratam negativamente a pessoa idosa evidenciam que tal imagem é construída, basicamente, por 03 aspectos distintos. Um deles

resulta dos atos praticados por terceiros contra os anciãos como o desrespeito, a exclusão e os maus tratos dentro e fora da família. O segundo se refere às características pessoais e debilidades naturais da idade verificado pelos termos esclerosado, cansada, carentes e outros. Medo, pena e tristeza são algumas palavras que exemplificam o último aspecto ou seja os sentimentos despertados pela imagem do idoso.

“Acham que a pessoa idosa é mole, fraca que atrapalha principalmente no ônibus. Fico só observando, faço de bobo, mas estou vendo toda falta de educação que as pessoas fazem com o idoso”. (I2 ,65 anos)

“Uma pessoa um pouco cansada pela idade”. (I4 ,66 anos)

“O medo”. (I5 ,67 anos)

“É quando a pessoa descontrola o cérebro e a gente sente muito com isso. A sogra do meu cunhado não conhece ninguém, faz tudo na roupa. É muito triste”. (I10 ,80anos)

“Eu lembro de pessoas judiadas no hospital e nas famílias” (I18 ,60 anos)

“Tristeza, porque a velhice é tristeza”. (I19 ,85 anos)

“As pessoas idosas são excluídas (algumas) os familiares colocam no asilo e não vão visitá-las. Uma pessoa idosa é sofredora”. (I42 ,64 anos)

A maioria dos entrevistados (55,77%) possuem uma imagem positiva da pessoa idosa. Neste grupo os vocábulos mais freqüentes para nomear as principais virtudes de alguém que atingiu este estatuto foram *“acho bonito”, “experiência”, “vitoriosa” e “vivida”*.

“De uma pessoa vencedora, a pessoa tem que vencer os obstáculos desde o nascimento até a velhice”. (I1 ,63anos)

“Eu acho bonito, é bom para a gente, é uma segurança de vida.Me sinto bem de ver uma pessoa com 80 e 100 anos me dá segurança”. (I14 ,74anos)

“Pessoas experientes com as quais tenho muita coisa para aprender. Aprendi muito com a minha vó”. (I17 ,61anos)

“Pessoa vitoriosa, pessoa com idade e saúde”. (I27 ,69anos)

“Pessoa vivida, sábia”. (I35 ,63anos)

3.2.4.3 - A imagem de um idoso saudável

As respostas da questão *Nesta fase da vida o que você considera ser saudável?* revelaram uma visão multidimensional do conceito de saúde por parte dos idosos que possibilitaram identificar sete elementos indispensáveis para este estado. Saúde, relacionamentos, lazer, autocuidado, religiosidade, trabalho e outros aparecem nesta ordem de importância como aspectos responsáveis para uma pessoa ser saudável. A tabela 5, do Apêndice V, apresenta estas informações de forma mais detalhada.

A saúde está relacionada à capacidade de se manter bem fisicamente e emocionalmente. Os relacionamentos estão ligados à importância da manutenção dos laços familiares e comunicação interpessoal entre idosos, amigos e pessoas da comunidade. O lazer é identificado como os momentos de prazer que a própria pessoa pode se proporcionar quando aproveita a vida, procura distrações e faz o que gosta.

A categoria do autocuidado inclui medidas de iniciativa própria que repercutem positivamente na saúde, na auto-imagem e auto-estima do idoso como a caminhada, prática de esportes, abstenção do fumo, cuidado com a alimentação e com o sono ou seja, são os hábitos saudáveis. A religiosidade é representada pela crença em Deus como aquele que protege e providencia as bênçãos, um porto seguro para o enfrentamento das adversidades da vida. O trabalho significa a capacidade de realizar as atividades domésticas e serviços voluntários. Na última categoria identificada como outros estão os valores relacionados ao caráter e condições sociais básicas.

“Ter uma cabeça boa , trabalhar, ser honesta, ter um Deus, fazer as coisas certas, porque tem um Deus te vigiando.” (I5 ,67 anos)

“Estar bem comigo, gosto muito de mim, me cuido, faço pé, mão, cabelo, gosto de andar arrumadinha. Só vou pra a missa, mas me arrumo.” (I11 ,73 anos)

“Ter uma boa alimentação, fazer muito esporte eu caminho 6km por dia. Se não fizermos nada por nós, ninguém faz. É dançar para quem gosta”. (I25 ,64 anos)

“Minha saúde, alegria. Sou muito feliz. Só de não tomar 01 comprimido, eu já acho que sou vitoriosa”. (I27 ,69 anos)

“Ter saúde, poder passear, viajar, ficar satisfeito com a vida”. (I31 ,64 anos)

“Eu ter saúde, poder sair e participar na Igreja, na horta e lavar roupa. Boa alimentação.” (I43 ,71anos)

“Deus em primeiro lugar. Só dele me dar saúde estes anos todos não é?” (I52 , 76 anos)

3.2.4.4 - O local ideal para cuidar da saúde do idoso

O teor das informações sobre o local idealizado pelos entrevistados para cuidar da saúde do idoso permitiu a fragmentação das respostas em quatro categorias que revelaram a tipologia do local, as características do mesmo, a forma de cuidado e os tipos de atividades a serem desenvolvidas ali. Os dados referentes à esta questão podem ser melhor visualizados na tabela 6, do Apêndice VI.

Dos 34 idosos que conseguiram identificar o local desejado, 35,30% acham que a assistência à saúde deveria acontecer em um estabelecimento de saúde; 23,53%, em um asilo ou casa de repouso; 17,65%, em um estabelecimento rural; 11,76%, no lar junto da família e 11,76% disseram que deveria ocorrer em um ambiente com características residenciais.

As principais características destes locais foram identificadas por meio das palavras mais repetidas nas frases dos idosos. Assim, os atributos são:

- limpeza;
- área de lazer;
- tranquilidade;
- amplitude;
- conforto;
- atmosfera positiva e saudável;
- acessibilidade;
- contato com a natureza (área verde e criação);
- proximidade de casa.

Para os idosos a forma ideal de cuidado é aquela onde as pessoas são tratadas com respeito, amor e carinho e ainda podem contar com o apoio familiar e um serviço de saúde aprimorado com uma equipe profissional capacitada. Alguns entrevistados acreditam que o

estabelecimento imaginado deveria estimular a prática de esportes e atividades de lazer para manter mente e corpo saudável.

3.2.4.5 - Satisfação com o ambulatório

Os entrevistados foram interrogados sobre o que eles gostariam que o ambulatório tivesse para melhorar o bem-estar e facilitar a vida deles e, de acordo com as respostas, pode-se dizer que a maioria expressou satisfação com a área física do serviço e com a atenção da equipe de saúde.

Na opinião dos idosos a prioridade é conseguir a consulta. Em um primeiro momento eles declararam que tudo está dentro das expectativas, porque os demais ambulatórios existentes na rede pública oferecem um serviço que deixa a desejar em comparação com o prestado por estes dois estabelecimentos. Também acreditam na dificuldade de implementação de melhorias devido a crise do sistema público de saúde. Deste modo 27 pessoas apenas elogiaram o serviço prestado e 25 além dos elogios sugeriram algumas melhorias que se existisse possibilidade seriam “bem vindas”:

- Departamento de Saúde da Terceira Idade

- realização de exames complementares no próprio ambulatório;
- ampliação do quadro de médicos;
- transporte até o ambulatório;
- extensão do serviço à idosos moradores fora da região centro;
- maior oferta de medicamentos e que não ocorresse interrupções no fornecimento;
- maior número de recepcionistas;
- redução do tempo de espera na recepção;
- pontualidade dos médicos;
- mais acomodações na sala de espera.

- Hospital Universitário

- ampliação do quadro de profissionais para maior fluidez do atendimento;
- contratação de médicos substitutos no período de greve dos servidores públicos federais;
- acomodações mais confortáveis na sala de espera (troca dos bancos de madeira);
- maior atenção dos médicos na hora da consulta;

- redução do tempo de espera na recepção;
- transporte e fornecimento de lanche para as pessoas que moram em bairros mais afastados e cidades vizinhas;
- Uma área adequada de descanso para as pessoas que possuem dificuldades locomotoras.

3.2.4.6 - Hospitalização

Quanto ao processo de hospitalização 41 pessoas (78,85%) já passaram por esta experiência e 11 (21,15%) nunca internaram. Problemas do sistema respiratório, circulatório, digestivo, gênito-urinário e acidentes entre outros são algumas justificativas da internação. O tempo de permanência no hospital variou de 03 dias a 01 ano de acordo com o tipo e gravidade da doença. As internações registradas ocorreram no período compreendido entre a década de 60 e o ano de 2005 com as seguintes freqüências:

- 1960 a 1969 – 01 pessoa;
- 1970 a 1979 – 06 pessoas;
- 1980 a 1989 – 06 pessoas;
- 1990 a 1999 – 07 pessoas;
- 2000 a 2005 – 21 pessoas.

Dentre as 41 pessoas, 19 já eram, cronologicamente, idosas e apenas 02 estavam com 59 anos na data informada.

Entre as pessoas que já foram hospitalizadas 33 (80,49%) destacaram somente aspectos positivos desta experiência, elogiaram o tratamento de saúde e a atenção da equipe do hospital.

“O tratamento foi muito bom não tenho o que reclamar, tive muita cortesia, queria ficar mais tempo internado. Minha filha é enfermeira e trabalha na Santa Casa, os enfermeiros sempre perguntavam se eu estava precisando de alguma coisa”. (I₂, 65 anos)

“Fui bem tratada e agradeço por estar viva, pois naquela época a medicina não era avançada como hoje”. (I₉, 87anos)

“Fui muito bem tratada e comida caseira, gostosa. Adorei. Não queria ir embora para casa, gosto destes lugares”.(I₁₃, 73anos)

“Somente coisas positivas, as moças tocaram violão no meu quarto. Teve teatro e missas. O tratamento de toda equipe foi ótimo”. (I40 ,64anos)

“Eu nunca vivi 21 dias tão felizes como vivi aqui no HU, fui bem atendido. Quando fiquei internado parecia que eu estava vivendo uma outra parte da minha vida, fiz muitos amigos, ajudava os outros doentes e atendia telefone”.(I49 ,67anos)

04 pessoas (9,75%) descreveram apenas fatos negativos ocorridos no período de hospitalização relativos à intercorrências na enfermagem, mal-estar e não solução do problema de saúde.

“Negativo foi o atendimento. Entrou com um problema e saiu com o mesmo problema e atendimento particular!” (I78 ,64anos)

“Tinha um leito que uma vovozinha faleceu e a outra teve que amputar a perna (pontos negativos)”. (I12 ,65anos)

“Passei mal no dia que foi permitida a alimentação. Quase morri.” (I38 ,69anos)

“Foi tudo ruim, porque senti muita dor”. (I46 ,64anos)

03 idosos (7,32%) fizeram uma dupla avaliação da experiência de internação. Os entrevistados I32, I35 e I45 apontaram como ponto positivo a recuperação da saúde e o bom atendimento e o negativo ficou por conta do cardápio do hospital, sofrimento pela doença e necessidade de ficar entubada.

“Negativo: sofrimento pela doença. Positivo: recuperação da saúde”. (I32 ,62anos)

“Negativo: alimentação todos os dias o mesmo cardápio (carne moída, arroz, feijão e abóbora, algumas vezes a abóbora era substituída por chuchu. Positiva: um ótimo atendimento. Todos os funcionários.” (I35 ,63anos)

“Ficar entubada foi muito ruim ficar com os aparelhos na boca. Fui bem atendida, tenho plano de saúde, mas hospital é muito ruim mesmo com todo o conforto o melhor lugar é sua casa.” (I45 ,63anos)

A idosa I51 teve uma experiência de internação diferente dos demais. Em virtude de uma crise nervosa, ela foi internada em um hospital psiquiátrico na década de 70 e ficou neste processo durante 08 anos. O depoimento dela revela o que era viver em um estabelecimento desta natureza naquela época.

“Eu aprendi a conviver com a vida, você só conhece o mundo quando entra no ‘Hospital’, porque você convive com drogados e pessoas de todo tipo, é aí que você conhece o mundo. Tinha vez que eu colocava a cama encostada atrás da porta por causa das ‘maria-homem’ que queriam entrar no quarto.” (I51 ,63anos)

Quando terminou a entrevista a idosa relembrou mais uma vez o fato ocorrido e narrou em tom de mágoa: *“Quando era mais nova passei mal em casa falaram que era problema de nervo, então meu pai mandou me internar num hospital. Tomava muito remédio até que um dia quando saí do hospital fui na Catedral e pedi a Deus para nunca mais voltar lá, parei de tomar remédios e até hoje não tomo mais”.* (I51 ,63anos)

3.2.4.7 - Saúde

O motivo das consultas ambulatoriais se diferenciam em cada um dos estabelecimentos pesquisados devido à maior ou menor oferta de serviços de diagnóstico e terapia. No Departamento de Saúde da Terceira Idade que conta com uma equipe médica pequena, 01 geriatra e dois clínicos, os idosos procuram atendimento, basicamente, para controle da hipertensão, coração, diabetes, colesterol, triglicérides e recebimento gratuito de medicamentos receitados.

De maneira geral, as consultas no ambulatório do Hospital Universitário são para controle de alguma doença e acompanhamento pré e pós cirúrgico. Deste modo as especialidades procuradas pelos entrevistados foram a ginecologia, dermatologia, gastroenterologia, oftalmologia, hematologia, endocrinologia, reumatologia, pneumologia e também consulta com o profissional de nutrição.

Entre os idosos, apenas 04 pessoas não possuem problema algum de saúde se dirigem aos consultórios por medida preventiva. Os demais apontaram a existência de uma ou mais patologias (pluripatologia). A hipertensão é a doença mais freqüente entre os idosos seguida por diabetes, coração, problemas respiratórios, ortopédicos e outros.

Dentre o grupo de 48 pessoas, que alegou possuir algum problema de saúde, 14 (29,17%) disseram que a doença interfere na sua vida diária impossibilitando-os de executar as tarefas domésticas, dificultando a locomoção e provocando cansaço devido a falta de ar.

As principais enfermidades limitantes estão relacionadas à problemas ortopédicos, respiratórios, circulatórios, renais e visuais.

Observa-se que nos dois estabelecimentos pesquisados a maioria dos idosos vão sozinhos à consulta, supõe-se que seja devido às boas condições físicas e cognitivas dos mesmos ou pela inexistência de uma pessoa disponível para acompanhá-los. Os compromissos domésticos e profissionais dos familiares são as justificativas de alguns entrevistados para a ausência do acompanhante, mas, em caso de um tratamento específico que necessitasse de uma pessoa para acompanhá-los, 33 idosos responderam que poderiam contar com a colaboração de um familiar e 19 não teriam ninguém.

O ambulatório do Hospital Universitário e do Departamento de saúde da Terceira Idade são os serviços mais procurados pelos idosos. O PAM Marechal – Posto de Assistência Médica, UBSs – Unidades Básicas de Saúde, Hospital Oncológico, Palácio da Saúde, Clínica de Fisioterapia e consultório particular são estabelecimentos freqüentados pelos entrevistados para complementação da assistência.

3.2.4.8 - Perfil dos cuidadores e idosos assistidos

O perfil dos cuidadores participantes da pesquisa é, predominantemente, de pessoas do sexo feminino (80%) que, em geral, cuidam dos seus próprios pais e se desdobram para conciliar os compromissos domésticos, familiares e atividades profissionais com a atenção ao idoso. Vale destacar, no entanto, que entre os 04 cuidadores do sexo masculino 02 assumiram o papel de cuidador principal, o C3, de 23 anos, que cuida da sua mãe deficiente visual e o C17, de 70 anos, que cuida da esposa com Mal de Alzheimer.

Os entrevistados se enquadram na categoria informal, ou seja, são membros da família ou da comunidade que prestam cuidado aos idosos de forma não profissional. As maiores freqüências de idade registradas encontram-se entre 51-60 anos e 41-50anos correspondendo a 30% e 25% ,respectivamente, representando uma média de idade igual a 47 anos. A maioria dos cuidadores são eventuais, estão na faixa etária adulta, pertencem ao universo familiar (90%).

Dentre os 20 entrevistados, 12 pessoas (60%) se identificaram como filha. As categorias de filho, marido, esposa, genro, nora, cunhado, vizinha e amiga tiveram cada uma um representante totalizando 40%. A colaboração de outros membros da família, que nem sempre é alcançada voluntariamente, é apontada pelos cuidadores como indispensável para minimizar a sobrecarga e o desgaste físico e emocional resultante do cuidado de um idoso dependente ou com algum tipo de demência.

A média de idade dos idosos acompanhados por cuidadores é de 75 anos, as doenças mais freqüentes entre eles são em primeiro lugar a Hipertensão, em segundo Coração e em

terceiro problemas de Memória e Mal de Alzheimer. A incidência de mais de uma patologia foi de 50%.

3.2.4.9 - A imagem de uma pessoa idosa

A imagem de uma pessoa idosa assume diferentes conotações para os cuidadores. Assim, 60% deles a associam à questões positivas, 25% fazem uma distinção entre exemplos positivos e negativos e apenas 15% possuem uma visão ,totalmente, negativa. As representações positivas retratam o idoso como uma pessoa vivida merecedora de respeito, carinho e atenção. A experiência de vida, a sabedoria e a capacidade de continuar ativo e saudável nesta fase da vida são as características que mais destacam nas respostas da pergunta: *Qual a imagem que você tem de uma pessoa idosa?*

“A melhor, porque a pessoa idosa já foi tudo o que somos hoje. Eu acho lindo, a pessoa já viveu bastante.” (C3 ,54 anos, filha)

“Diversos tipos de coisa: tem idosos que procuram se entregar. Tem aqueles do meu tipo, faço tudo, brinco.Hoje já fiz até um pouco de massa (obra). Tem idosos que só comem e dormem, a vida não é isso. Eu sento no meu portão falo com todo mundo, não tem preto, branco, mulher, homem e criança, falo com todo mundo até xingo !”. (C8 ,70 anos, esposo)

“É uma pessoa que tem coisas boas para transmitir para os outros”. (C12 ,54 anos, cunhado)

“Tem que ter muito respeito, eles tem muito que ensinar para os jovens. Fico revoltada quando um filho coloca um pai no asilo”. (C17 ,70 anos, esposa)

“De uma pessoa batalhadora. Que batalhou muito, estou falando olhando para a minha mãe ela agüentou muita coisa que eu não agüentaria.” (C20 ,42 anos, filha)

A imagem negativa do idoso foi traduzida por palavras que representam sentimentos de pena, sofrimento e desprezo como também esteriótipos de velho, pessoa triste, confusa e doente.

“A imagem que a gente normalmente tem é da pessoa velha e doente. Quando a gente vê um idoso saudável a gente admira.” (C5 ,41 anos, filha)

“Na maioria das vezes é uma pessoa triste, confusa”. (C6 ,53 anos, filha)

“Uma pessoa muito sofrida é a hora que eles procuram mais carinho das pessoas , mas eles são desprezados. Tem muita família que coloca os idosos no asilo. (C16 ,37 anos, vizinha)

O aparecimento de frases com vocábulos no diminutivo, comumente, adotados na comunicação infantil evidenciam um processo de infantilização do idoso. Este fato talvez seja resultado da inversão de papéis onde o idoso se torna um filho para o cuidador.

*“...O **velhinho** se torna uma criança, não aceita as coisas que a gente fala”. (C1 ,53 anos, filha)*

*“... sou contra os abrigos, temos que reservar um **quartinho** para os idosos dentro de casa”. (C15 ,51 anos, filha)*

“Eu acho que na velhice... a gente nasce como um bebê, cresce bonito se torna velho e vira criança, mas mesmo assim merece respeito.” ” ...Os parentes devem ter cuidado para eles não se machucarem. Não deixar eles na rua e estar sempre atento ao que eles vão fazer porque eles se tornam crianças.” (C19 ,44 anos, filha)

3.2.5.0 - A imagem de um idoso saudável

A avaliação que os cuidadores fazem de um idoso saudável não se limita à ausência de doenças, mas também considera as múltiplas dimensões da qualidade de vida, ou seja, a física, a psicológica e social. De acordo com os questionários, os principais modelos de idoso saudável são de pessoas ativas e independentes. Outros apresentam um conceito mais amplo que inclui a relação interpessoal, boa saúde física, mental, emocional e prática de atividades sociais.

“É aquele que não tem problema de saúde, pode locomover sozinho, aquele que cuida da sua casinha bonitinho, raciocina direito e não toma remédios”. (C3 ,54 anos, filha)

“Pessoa ativa, mentalmente saudável, mais contato com mais pessoas, fazer caminhada, hidroginástica, ser ativo em casa e cuidar dos netos”. (C4 ,51 anos, filha)

“É aquele que apesar da idade ele anda, ouve, tem boa parte física e mental”. (C6 ,53 anos, filha)

“Bem humorado, bom humor é essencial para mim. Sendo bem humorado ele é automaticamente feliz (pelo menos eu penso assim) e assim ele vai saber lidar melhor com as situações da vida”. (C₁₃, 49 anos, filha)

“Acho que é aquele que não está sentindo dor. Sem dor a pessoa passeia, pula, faz tudo!”. (C₁₅, 51anos, filha)

“Que não depende da gente para nada. Aquele senhor na enfermaria que está acompanhando a sua esposa, que já foi desenganada pelo médico, é um exemplo disso. Ta aí todo dia e não depende de ninguém”. (C₁₈, 39 anos, filha)

3.2.5.1 - O local ideal para cuidar da saúde do idoso

As respostas da questão *Se você pudesse construir um local para cuidar da saúde do idoso, como seria?* apresentaram pistas valiosas que permitiram identificar 04 tipos de informação: a tipologia do local imaginado, as características deste local, a forma de cuidado que o idoso deveria receber e as atividades complementares a serem desenvolvidas neste lugar. Estas informações encontram-se na tabela 7 do Apêndice VII.

A partir da opinião de 15 cuidadores, conseguiu-se identificar 05 tipos de locais ideais para cuidar da saúde do idoso: área de lazer (33,33%), casa (20%), estabelecimento de saúde (20%), estabelecimento rural (13,33%), asilo (6,66%) e o próprio lar (6,66%). Tranquilidade, alegria, conforto, limpeza, adequação e tamanho foram elementos citados como características destes locais assim como a existência de área verde na forma de horta e jardim.

Quanto a forma de cuidado, idealizada pelos entrevistados, observa-se que o tratamento deveria ser pautado no carinho e respeito ao idoso com a participação efetiva da família e um grupo de profissionais de saúde capacitados. Nestes espaços assistenciais deveriam ser desenvolvidas atividades que estimulassem a interação entre as pessoas e promovessem a saúde física, mental e emocional do idoso através de ginástica, dança, leitura, trabalhos manuais, passeios e outros.

3.2.5.2 - Experiência de internação

Em relação ao processo de hospitalização, 25% dos idosos assistidos por cuidadores nunca precisaram de internação e 75% já passaram por este processo. Na maioria dos casos esta experiência foi positiva sob a justificativa de recuperação da saúde e atenção recebida pela equipe de saúde conforme alguns depoimentos:

“Positivo. O tratamento de saúde foi bem melhor na internação do que em casa.” (C5,41 anos, filha)

“Somente coisas boas, senti segura pelo serviço dos médicos e enfermeiros. Entrou doente e saiu boa.” (C15,51 anos, filha)

“Somente coisas positivas, não tenho nada a reclamar do hospital, tanto dos médicos dos enfermeiros, faxineiros e porteiros. Sempre me trataram bem e a minha mãe também. São muito educados”. (C19,44 anos, filha)

“No começo foi ruim, porque ela nunca tinha ficado internada. Mas agora está gostando, porque os enfermeiros tratam ela bem. Ela até disse que ficaria aqui (HU) mais tempo porque ‘aqui eu tenho carinho’”.(C20,42 anos, filha)

Uma cuidadora (C13,49 anos, filha) relatou que o aspecto positivo da internação da mãe foi a reunião de toda a família inclusive dos desaparecidos em torno dela, mas depois todos sumiram. Segundo esta entrevistada a consequência negativa da hospitalização foi que a sua mãe se tornou mais debilitada e consciente das suas limitações.

3.2.5.3 - Grau de dependência do idoso cuidado

A escala de incapacidade física da Cruz Vermelha, adotada para avaliação em geriatria, estabelece parâmetros e graus de 0 a 5 que determinam o nível de máxima independência e dependência do idoso. De acordo com este instrumento a pesquisa revela que 45% dos idosos assistidos cuidam totalmente de si próprio, são Independentes (grau 0); 10% realizam as atividades da vida diária, deambulam com alguma dificuldade (grau 1); 20% possuem alguma dificuldade para as atividades da vida diária, deambulam com a ajuda de bengala ou similar; 15% apresentam dificuldade grave para realizar as atividades da vida diária, deambulam com dificuldade. Incontinência ocasional (grau 3) e 10% necessitam de ajuda para quase todas as atividades da vida diária. Incontinência habitual (grau 4). Pode-se concluir que 55% dos idosos apresentam algum nível de dependência e /ou dificuldade locomotora.

3.2.5.4 - Problemas mais freqüentes para cuidar da saúde do idoso

A atividade de cuidador pode gerar dois tipos de estressores: os primários, “*associados às necessidades e exigências do idoso, à intensidade e à dificuldade das tarefas e à reestruturação das relações interpessoais que a dependência do idoso impõe ao cuidador*” e os secundários, gerados pela intensificação dos primários e relacionados ao conflito de papéis entre os âmbitos familiares, sociais, profissionais e de cuidado; problemas financeiros e redução da vida social. Dentro desta categoria existem os de natureza intrapsíquica relacionados aos sentimentos de quem cuida do idoso e que em situação de desequilíbrio pode afetar o bem estar do cuidador (CARVALHO; NÉRI, 2004).

Estes estressores ficam evidentes nas falas dos entrevistados quando responderam a pergunta sobre os problemas mais freqüentes que encontram para cuidar da saúde do idoso:

“A teimosia. A dificuldade de conseguir remédios, dificuldade de conseguir médicos.”
(C1, 53 anos, filha)

“As medicações são muito fortes a gente tem medo de dar por causa dos efeitos colaterais.” (C5, 41 anos, filha)

“Problema para trocar de roupa e tomar banho, eles são resistentes. Às vezes a teimosia querem sair de casa mesmo armando chuva.” (C6, 53 anos, filha)

“O maior problema, minha filha, é o financeiro, porque eu ganho 300reais e a minha esposa também, são 600 reais no total. Pago a mulher que me ajuda com a esposa 240 reais, com o resto pago água, luz, telefone e faço compras. Também tem os remédios da esposa (91 reais o remédio p/ Alzheimer) sem contar os meus remédios.” (C8 ,70 anos, esposo)

“Tempo. Tem hora que fica difícil porque eu estudo.” (C9,23 anos, filho)

3.2.5.5 - Outros Serviços freqüentados pelos idosos

Segundo os cuidadores o Departamento de Saúde da Terceira Idade e o Ambulatório do HU são as principais referências para assistência à saúde dos idosos. O HPS- Hospital de Pronto Socorro, PAM Marechal – Posto de Assistência Médica, UBSs – Unidades Básicas de Saúde, Médico de família e consultório particular foram citados como serviços auxiliares para controle básico da saúde e casos de urgência.

3.2.5.6 - Espaço físico dos estabelecimentos assistenciais de saúde e a influência na recuperação e bem estar do paciente

A maioria dos acompanhantes entrevistada concordou que o espaço físico dos estabelecimentos assistenciais de saúde influencia na recuperação e bem estar do paciente. As respostas ressaltam algumas características subjetivas e objetivas do ambiente responsáveis por torná-lo mais ou menos humanizado. Saudável, *bom*, *confortável*, *agradável*, *aconchegante*, *bonito*, *informal*, *colorido* e *limpo* foram palavras adotadas para caracterizá-lo.

“Com certeza, se fosse um lugar mais saudável seria melhor um atendimento aprimorado. Tendo um atendimento melhor. O paciente espera até uma hora a consulta.” (C4,51 anos, filha)

“Influencia, porque tendo um lugar bom para cuidar tudo ajuda quando o espaço é pequeno apertado fica mais difícil.” (C5,41 anos, filha)

“O ambiente agradável é tudo para o paciente.” (C8,70 anos, marido)

“Não tendo recurso para construir um prédio novo este aqui tá bom, poderia ser mais confortável, mas o atendimento aqui é bom é o mais importante. Na clínica particular que eu trato lá tudo é bonito, confortável, tem televisão, mas é para quem tem plano.” (C10,62 anos, amiga)

“Aqui é um lugar bem aconchegante. Parece uma casa de família, eu gostei daqui. Minha mãe também gostou ela nem queria vir aqui antes, agora está gostando.” (C11,62 anos, filha)

“Eu acho. Se o lugar for legal com cadeiras mais confortáveis seria melhor. O ambiente é tudo.” (C15,51 anos, filha)

Duas cuidadoras, C13 e C16, conseguiram descrever com riqueza de detalhes a percepção que possuem dos ambientes de saúde e sugeriram algumas melhorias no espaço físico destes locais.

“Os locais de saúde até são bons, mas o ambiente em volta é deprimente. Você fica cercado de doença, o lugar é morno. A pessoa acorda vê o branco das paredes e pensa que já está no céu. Deveria ser igual as novelas, um ambiente bonito. Deveria ser um lugar com flores mais colorido. A parte das crianças é mais alegre. Tem que ter um tema de alegria. O ambiente é muito triste sem vida. O ambiente deveria ser informal.” (C13,49 anos, filha)

“Com certeza o paciente tem recuperação melhor em um ambiente limpo. Aqui na enfermaria deveria ter uns vasinhos de flor, quadro na parede e uma pintura Lilás na parede.” (C16,37 anos, vizinha)

Algumas respostas demonstram que a recuperação e bem estar do paciente também está associada às características do atendimento prestado pelo estabelecimento. Na opinião de alguns cuidadores tais questões podem afetar de forma positiva ou negativa o paciente idoso.

“Sendo bem tratado é bem melhor. Eu acho que influencia.” (C1,53 anos, filha)

“(…) Atraso dos médicos porque o idoso fica impaciente e geralmente os idosos almoçam cedo.” (C6,53 anos, filha)

“Na minha opinião o espaço físico não é tão importante, o maior problema é o tempo de espera para conseguir fazer o exame médico.” (C9,23anos, filho)

“Eu acho. Os enfermeiros tratando bem as pessoas, elas se recuperam mais rápido. Quando o Hospital é mais limpo é melhor.” (C14,42anos, nora)

A cuidadora C7,53 anos, filha, destacou todos os pontos negativos de um determinado estabelecimento de saúde da cidade que, embora não faça parte do campo de pesquisa, exemplifica as situações precárias às quais certos usuários são submetidos.

“Acho que influencia. Falta de acomodação, não tem um lugar direito para o paciente sentar, local abafado. É difícil encontrar água no banheiro. Os atendentes deveriam ser mais pacientes com os idosos e explicar com mais calma. O horário da marcação de consulta. O ideal é marcar menos pessoas e atender melhor.”

Em contrapartida, o atendimento prestado pela equipe de saúde dos ambulatórios pesquisados foi elogiado. *“Sim porque eles dão carinho, afeto e amor. Por parte de todos os funcionários.”* (C19,44anos, nora) *“Eu acho que sim por causa da limpeza, da dedicação dos enfermeiros no modo de cuidar dos pacientes e da paciência dos profissionais.”* (C20,42anos, filha)

A distribuição dos leitos das enfermarias, por faixa etária e nível de gravidade do enfermo, é um ponto que contribui para o bem estar dos acompanhantes e pacientes na visão da cuidadora C18,39anos, filha.

“Eu acho que aqui deveria haver uma separação entre pacientes mais graves e menos graves porque tem aquela senhora que está desenganada. Eu nem durmo direito à noite. Aquela menina de 14 anos deveria estar na pediatria e não na enfermaria junto com pessoas mais velhas.”

3.2.5.7 - Perfil dos profissionais

Os sujeitos deste grupo foram 07 profissionais funcionários dos estabelecimentos pesquisados que possuem alguma experiência com paciente idoso. As informações referentes ao perfil dos participantes da pesquisa estão apresentadas na tabela 8.

Tabela 8 – Perfil dos profissionais

Ident.	Sexo	Profissão / função exercida	Instituição	Tempo de trabalho
P1	Fem.	Assistente social	Dep. de Saúde da Terceira Idade	03 anos
P2	Masc.	Assistente social	Dep. de Saúde da Terceira Idade	17 anos
P3	Fem.	Assistente social	Hospital Universitário	18 anos
P4	Fem.	Enfermeira / Diretora de enfermagem	Hospital Universitário	22 anos
P5	Fem.	Enfermeira / Chefe de setor Amb.	Hospital Universitário	05 anos e meio
P6	Fem.	Médica geriatra	Dep. de Saúde da Terceira Idade	24 anos
P7	Fem.	Médica geriatra / Coord. de serviço	Hospital Universitário	09 anos

O objetivo da entrevista foi conhecer a opinião deles a respeito do campo especial de assistência ao idoso e a situação dos locais de trabalho onde eles atuam para atendimento a esta clientela. As perguntas foram:

- Em que medida o atendimento ao idoso constitui um campo especial de assistência?
- Este serviço está adequado a este atendimento? Por quê ?
- Do ponto de vista do espaço construído:
Quais os principais problemas?
Quais as principais qualidades?

3.2.5.8 - O atendimento ao idoso como um campo especial de assistência

Todos os profissionais concordaram que o atendimento ao idoso constitui um campo especial de assistência, porque este indivíduo tem certas especificidades físicas, sociais e psicológicas que demandam um atendimento diferenciado.

A assistente social P1 acredita que embora o envelhecimento seja um processo natural que ocorre desde o nascimento, ele afeta de forma mais intensa a vida da pessoa adulta devido às questões cronológicas, biológicas e sociais “...então é todo um processo que ele vai modificar não só o jeito da pessoa ver o mundo, mas também do mundo ver a pessoa né”. Por sua experiência profissional no ambulatório, ela exemplifica que o atendimento desta clientela é mais demorado porque além do exame físico é preciso explicar a forma correta de tomar a medicação e desmistificar certos mitos relacionados à velhice e doença.

O aumento da expectativa de vida deste grupo etário já produz reflexos nos atendimentos do Hospital Universitário que progressivamente registra um aumento de pacientes idosos nas enfermarias e ambulatório. Na opinião da enfermeira P5 a partir do momento em que o idoso apresenta limitações, patologias e dependência ele deve ser atendido de forma especial. A assistência não deve se restringir ao diagnóstico e tratamento da enfermidade, mas se preocupar com o processo de reintegração deste idoso na família que em alguns casos o rejeita.

“...então você tem que reeducar a família a trabalhar com o idoso, muitas das vezes, entendeu? ... de... de... de entender e compreender suas limitações entendeu? De questões físicas, psicológicas, então você tem que reeducar até a família a esse nível pra que fique mais leve esse acompanhamento esse tratamento, porque se você não buscar compreender , entender é um desgaste pro idoso e pra família, porque ele quer uma coisa, a família quer outra, então não chega num acordo, então o stress é muito grande.” (P5, Enfermeira)

A médica P7 também compartilha destas idéias e ressalta que o idoso, normalmente, tem mais de uma patologia e usa vários medicamentos. Deste modo, faz parte da consulta observar se os remédios estão sendo tomados de forma correta, os efeitos colaterais da interação das drogas, a auto-medicação e a higiene pessoal. Para que o tratamento seja eficaz é indispensável informações sobre o nível de instrução do paciente, se ele mora sozinho, se tem suporte da família e se existe alguém que possa auxiliá-lo.

3.2.5.9 - Adequação dos serviços ao atendimento especial do idoso

Departamento de Saúde da Terceira Idade

O serviço deste ambulatório é recente e toda equipe está empenhada em realizar o melhor trabalho possível. Existem estudos para ampliação e melhorias do atendimento, mas já esbarra nos obstáculos da inadequação da área física atual, dificuldade de encontrar um imóvel em condições ideais na região central da cidade e falta de profissionais capacitados para atender. Na opinião dos profissionais, mesmo com os problemas citados, o ambulatório funciona a contento para um estágio inicial.

Hospital Universitário

Segundo os profissionais o serviço não está adequado, mesmo porque não existe um atendimento específico para o idoso. Atualmente, um grupo do hospital estuda para 2006 a implantação de um atendimento geriátrico a nível ambulatorial com uma equipe multidisciplinar da própria Universidade (médico, enfermeiro, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, psicólogo, nutricionista, assistente social e educador físico). Posteriormente esta assistência holística se entenderá ao setor de internação e assistência domiciliar.

3.2.6.0 - O espaço construído dos ambulatórios

Do ponto de vista do espaço construído os dois ambulatórios apesar de serem tipologicamente diferentes apresentam vários problemas de área física. O Departamento de Saúde da Terceira Idade funciona em uma casa alugada no centro da cidade, uma construção antiga do tipo geminada com pé direito alto, grandes janelas de madeira, piso em tábua corrida, iluminação artificial precária e acesso através de escadas.

O prédio ocupado pelo Hospital Universitário, inicialmente, foi construído para abrigar um salão de jogos e ao longo dos anos foi reformado e ampliado para se adequar aos fins hospitalares. O ambulatório funciona nos dois primeiros andares de um bloco de três pavimentos projetado para esta finalidade mas, mesmo assim apresenta problemas de fluxo interno e externo. Vale ressaltar a topografia acidentada tanto do bairro como do terreno do hospital como um elemento que dificulta a acessibilidade. Assim, os principais problemas e qualidades das áreas físicas identificados pelos profissionais foram:

Departamento de Saúde da Terceira Idade

Problemas:

- imprevisto dos espaços de natureza residencial para fins assistenciais;
- acesso por meio de escadas;
- inexistência de rampa;
- Iluminação artificial insuficiente para realização de um exame físico e para conforto visual dos usuários;
- portão de acesso estreito;
- banheiros sem adaptações para o idosos e cadeirantes;
- sala de espera inadequada e cadeiras desconfortáveis;
- falta de espaço para realização de trabalhos em grupo;
- impossibilidade de implantação de novos serviços na atual área física;

Qualidades:

- arejado;
- localização na região central da cidade;
- fácil acesso externo (área plana da cidade);

O aluguel de outro imóvel já esta em estudo pela direção do setor, porque o maior problema do ambulatório é a área física. Assim, para os profissionais a principal qualidade está no atendimento humanizado que eles conseguem prestar mesmo com um espaço deficitário que não supre todas as necessidades de crescimento do serviço e bem estar dos usuários.

Hospital universitário

Problemas:

- espaço físico muito reaproveitado;
- problemas de acessibilidade, rampas íngremes para acesso aos setores de exames (Imagem e laboratório de análises clínicas) e escadas para a seção de documentação do paciente (SAME).

Qualidades:

- Consultórios espaçosos.

O ambulatório do Hospital Universitário também apresenta deficiências na área física que são compensadas, na opinião dos profissionais, com a prestação de um serviço de qualidade e com o trabalho da equipe de saúde, continuamente instruída para prestar um atendimento humanizado. A fala da enfermeira P5 ilustra esta questão:

“Agora as questões das principais qualidades eu acho que o Hospital Universitário de uma certa forma presta um atendimento de boa qualidade, isso faz com que os usuários queiram vir tratar aqui entendeu? Por isso né (são colocações deles), eles comentam que aqui tem muito carinho, muita atenção, então isso faz com que eles queiram vir né internar aqui, tratar aqui e também de uma certa forma o pessoal do Hospital Universitário, a resolutividade de muitas patologias de muitos anos né eles conseguem é... resolver aqui, talvez nem mais rápido mas, a resolutividade pelo médico tá ensinado, tá pesquisando pelo ato da forma da consulta eles preferem aqui porque aqui eles falam que aqui o médico os vira de avesso entendeu? porque busca toda a orientação né e de uma certa forma descobrir realmente um diagnóstico. Então isso faz com que eles busquem um atendimento aqui.”

3.2.5 – Análise dos resultados

Os sujeitos principais do estudo foram idosos com idade média de 69 anos, predominantemente, do gênero feminino (58%) que, apesar da presença de alguma doença crônica degenerativa, demonstraram viver de forma independente e autônoma.

A baixa escolaridade entre os entrevistados foi justificada como resultado da história de vida deles na maioria pessoas de origem humilde, oriundas da zona rural, que precisaram, desde cedo, abrir mão dos estudos para trabalhar e ajudar a família. Algumas idosas

contaram que na época delas as mulheres não eram incentivadas a estudar, suas obrigações se resumiam às atividades dentro do lar e compromissos com as tarefas domésticas. Havia uma preocupação em prepará-las para o casamento e torná-las donas de casa exemplares. Os pais diziam que não era bom as filhas estudarem, porque senão elas poderiam escrever cartas para o namorado.

Entre os pacientes entrevistados registrou-se uma parcela (11,54%) de idosos moradora de municípios vizinhos que recorrem à assistência do Hospital Universitário. Uma grande parcela dos idosos (86,54%) não mora sozinha, vive em diferentes arranjos familiares, de acordo com a dinâmica da vida de cada um.

A situação econômica em que eles se enquadram reflete a realidade da sociedade brasileira onde alguns idosos vivem apenas com o benefício da aposentadoria e mesmo assim são os principais responsáveis pela manutenção do lar e ajuda aos filhos. Na pesquisa 65,38 se declararam independentes financeiramente, 13,46% sustentam a família e 13,46% dependentes da família. Este último percentual é representado exclusivamente por mulheres.

O grupo dos cuidadores é constituído basicamente por familiares do sexo feminino (80%) na faixa etária dos 47 anos que cuidam de seus parentes mais velhos em sistema de revezamento em suas casas ou nos lares dos idosos. Os problemas mais freqüentes que os cuidadores enfrentam são a difícil conciliação entre a tarefa de cuidar e os compromissos domésticos e profissionais, a escassez de recursos financeiros e a falta de orientação para o exercício desta nova função como também pela carência de sistemas eficientes de suporte social.

Verificou-se que algumas famílias estabelecem um sistema informal de revezamento a partir da disponibilidade de cada parente para atender as diversas demandas de cuidados dos idosos. Carvalho e Néri (2004) colocam que a assistência aos idosos mais dependentes e aos mais pobres se dá por meio de arranjos complexos que envolvem as várias categorias de parentes, amigos e vizinhança, provavelmente pela co-residência e necessidades de sobrevivência dos cuidadores.

Pode-se observar que a escolha do cuidador é baseada não só na relação de proximidade física, mas também em vínculos afetivos mais fortes com destaque para a categoria filha (60%). A relação de cuidados entre pais e filhos é uma questão prevista no Artigo 229 da constituição federal de 1988 que dispõe: *“os pais têm o dever de assistir, criar e educar os filhos menores, e os filhos maiores têm o dever de ajudar amparar os pais na velhice, carência ou enfermidade”*. Além da obrigatoriedade legal, observa-se entre os entrevistados o ato de cuidar dos pais como uma forma de retribuição à dedicação deles no passado.

A idade média dos idosos que recebem cuidado é de 75 anos e 55% deles apresentam algum nível de dependência ou dificuldades de locomoção de acordo com a escala de incapacidade física da Cruz Vermelha. As doenças prevalentes entre eles são a hipertensão, coração, problemas de memória e mal de Alzheimer.

Verificou-se que 92,31% dos idosos entrevistados apresentam uma ou mais patologias sendo a hipertensão, diabetes, coração, problemas respiratórios e ortopédicos as cinco mais freqüentes nesta ordem. As dificuldades de locomoção e falta de ar decorrentes das doenças crônicas degenerativas foram relatadas por 14 pessoas como limitadores da realização das atividades cotidianas. Este último dado serve de alerta para a necessidade de uma assistência adequada às patologias já estabelecidas com o objetivo de impedir o comprometimento futuro da capacidade funcional do idoso.

A imagem positiva da pessoa idosa apresenta um percentual semelhante entre os idosos (55,77%) e cuidadores (60%). Os aspectos valorizados nas pessoas deste grupo etário foram a experiência, a sabedoria, as conquistas na vida e a capacidade de se manter ativo e saudável. Muitas das características citadas retratavam o próprio entrevistado que se sentia como exemplo para as pessoas que os desvalorizam e para os idosos desanimados com a vida.

A visão negativa do idoso é maior entre os mesmos (32,69%) do que entre os cuidadores (15%), as representações são praticamente as mesmas, são relacionadas aos esteriótipos do velho como esclerosado, triste, sofredor e desprezado. O índice maior entre os mais velhos pode ser resultado das experiências ruins vividas por eles.

O idoso saudável na opinião dos dois grupos é equivalente, não é simplesmente aquele isento de doenças, mas o que possui um equilíbrio da saúde física, mental e emocional. A preocupação com o autocuidado através da manutenção de hábitos saudáveis, diversão e preservação das relações interpessoais com a família, amigos e comunidade também foram citadas como elementos que fazem parte do conceito de pessoa saudável.

Este conceito holístico parece refletir as transformações das sociedades em razão do envelhecimento populacional e o aumento da expectativa de vida. O idoso de hoje não é mais aquele que ficava preso em casa, doente esperando o fim da vida, atualmente, ele procura se manter ativo, tem mais acesso às informações educativas, pode freqüentar grupos específicos de saúde e participar de núcleos de valorização da 3ª idade como os centros de convivência.

O local ideal para cuidar da saúde do idoso é representado por diferentes espaços na visão dos entrevistados. Para um percentual de 35,30% dos idosos seria em um estabelecimento hospitalar, mas com algumas características não encontradas nos serviços da rede pública, ou seja, tranquilidade, amplitude, conforto, acessibilidade como também

contato com a natureza e área de lazer. O tratamento humanizado da equipe de saúde e o apoio da família são os requisitos idealizados de cuidado.

A área de lazer foi o local escolhido por 33,33% dos cuidadores para a assistência à saúde com características e formas de cuidado semelhantes às descritas pelos entrevistados idosos. Historicamente, o asilo é conhecido como um espaço de segregação dos indivíduos indesejáveis e sem utilidade social. Tal visão é compartilhada pelos cuidadores e apenas 6,66% deles mencionaram este tipo de instituição, mas em contrapartida foi o segundo local mais citado entre os idosos (23,53%). Alguns justificam esta escolha por ser o único estabelecimento de assistência específica ao idoso que eles conhecem outros pela falta de paciência dos filhos, medo de ficar sozinho e escassez de recursos financeiros.

A maioria dos usuários declarou satisfação com os ambulatórios do Departamento de Saúde da Terceira Idade e do Hospital Universitário tanto que se constituem nas principais referências de assistência. A área física é um fator secundário na visão dos idosos, a principal necessidade é conseguir consulta e receber um bom atendimento e isso eles encontram nestes dois estabelecimentos. As melhorias desejadas por alguns dizem respeito mais às questões operacionais e administrativas. As relativas à área física são mais modestas e pontuais como por exemplo acomodações mais confortáveis na sala de espera e área de descanso para pessoas com dificuldade locomotoras.

Durante o período de realização da pesquisa, no Departamento de Saúde da Terceira Idade, observou-se entre os pacientes um estreitamento das relações interpessoais e um sentimento de pertencimento. O dia da consulta torna-se uma oportunidade para fazer novas amizades, troca de experiências sobre a vida pessoal e saúde. Esta boa convivência também se estabelece entre usuários e funcionários.

O processo de hospitalização para a maioria dos idosos foi uma experiência positiva devido ao restabelecimento da saúde e o bom atendimento dos profissionais do hospital. As principais justificativas das experiências negativas estão ligadas ao sofrimento pela própria doença.

Os cuidadores reconhecem que um espaço físico saudável do ponto de vista de higiene, beleza e conforto pode influenciar a recuperação e bem estar dos pacientes, mas a ênfase maior relaciona o restabelecimento da saúde com a maneira como a equipe do hospital trata o paciente.

Durante a aplicação dos questionários nos dois ambulatórios, registrou-se um alto índice de idosos desacompanhados. Esse fato pode ter como principais justificativas o bom estado físico e mental destes indivíduos, a indisponibilidade de tempo das pessoas que poderiam acompanhá-los e até mesmo a inexistência desses sujeitos, como afirmaram 19 entrevistados.

O aumento da clientela idosa já é uma realidade nos dois serviços ambulatoriais fazendo com que cada um à sua maneira busque alternativas para atender as novas demandas mesmos com as restrições de área física e pessoal. As declarações dos profissionais revelam a urgente necessidade de uma assistência à saúde específica para o idoso com ações no campo físico, psicológico e social além da participação familiar.

Os resultados da pesquisa não se constituem em constatações generalizáveis a outros grupos e cidades do Brasil. Este estudo pode contribuir para as iniciativas de assistência à saúde do idoso por mostrar a opinião dos principais atores envolvidos sobre o tema. O idoso é um novo cliente, leigo em ciências da saúde e arquitetura hospitalar, mas que do alto da sua experiência de vida sabe muito bem a melhor maneira de se manter saudável e onde este cuidado deve acontecer.



“Pode-se dizer que, aos poucos, a velhice ultrapassa os limites das vidas particulares de cada um e de cada família, para, com outras tantas questões, atrair a atenção de nossa sociedade.”
Deborah Stucchi

CAPÍTULO 4

RECOMENDAÇÕES E CONCLUSÃO

CAPÍTULO 4 - RECOMENDAÇÕES E CONCLUSÃO

4.1 - Recomendações

Com base nas questões demonstradas neste estudo, apresento algumas recomendações como subsídios para elaboração de futuros projetos na área da saúde do idoso:

- para eficácia das intervenções no campo de assistência à saúde do idoso, torna-se indispensável um esforço conjunto das diversas áreas do conhecimento e mudanças de paradigmas em relação à pessoa idosa e à velhice. Há necessidade de se provocar maior interesse nesta área que passa pela formação acadêmica, pesquisa científica e capacitação dos profissionais existentes;
- os estabelecimentos de saúde devem valorizar e buscar as contribuições da arquitetura no planejamento da sua área física não só para cumprir as normas da Vigilância Sanitária mas também para que o espaço arquitetônico atue em consonância com o bem estar dos usuários e com as atividades terapêuticas desenvolvidas;
- de acordo com a opinião dos idosos e cuidadores entrevistados, os locais ideais de assistência ao idoso devem incorporar aos ambientes tradicionais de cuidado a integração com a natureza, áreas de diversão e de atividades físicas. Esses requisitos merecem estudos mais detalhados para complementar os breves tópicos contemplados nas portarias que regulamenta o funcionamento de serviços geriátricos;
- com os resultados das entrevistas e questionários constatou-se que a humanização do atendimento está vinculado à visão integral do paciente como corpo-mente-espírito que vive em um determinado contexto. Essa colocação ainda inclui a relação de respeito, carinho e atenção entre profissionais de saúde e paciente idoso e a participação da família como suporte às ações de saúde;
- as ferramentas da pesquisa qualitativa são instrumentos eficientes neste tipo de pesquisa onde se procurou um conhecimento da problemática da saúde, do envelhecimento e da arquitetura hospitalar sob o ponto de vista dos principais atores.

- em especial, a participação entusiasmada dos idosos mostrou que estes estão dispostos a colaborar, é só criar oportunidade. Ouvir os seus anseios história de vida é uma prática essencial para qualquer concepção de projetos na área geriátrica sob o risco de estereotipar o usuário e suas necessidades;

4.2 - Conclusão

A velhice, nas diferentes culturas e épocas da história da humanidade, sempre esteve em condições extremas com representantes idosos na classe dominante e dominada. Pelos fatos históricos, verifica-se nas diferentes sociedades uma ideologia da velhice baseada no estatuto da produtividade, fundamentada na teoria da inclusão e exclusão. Em posições privilegiadas e protegidos da desvalorização se encontravam os velhos nas categorias de grandes proprietários, políticos, sacerdotes e sábios. À margem da sociedade, estavam os pobres e os considerados inúteis ao sistema produtivo e muitas vezes eram afastados do convívio social em hospitais e asilos.

Na nossa sociedade capitalista, o velho ainda sofre opressão pelo isolamento social, psicológico e cultural. Nessa situação respeitar e valorizar o cidadão idoso como ser humano implica no dever de colocá-lo como coadjuvante na busca de novos caminhos que reduzam os obstáculos ao bem estar e qualidade de vida na fase da velhice e garantam o suporte necessário às demandas do envelhecimento.

A longevidade tão rara durante as décadas passadas representa, hoje, um triunfo, mas ao mesmo tempo requer uma reestruturação de todos os níveis da sociedade para atender as demandas específicas da terceira idade. A mudança do perfil demográfico e epidemiológico da população brasileira produz reflexos diretos nos órgãos públicos formuladores de políticas sociais e nas ações das áreas das ciências de saúde, humanas e exatas.

Para os profissionais que trabalham de alguma forma com a saúde dos idosos é vital aumentar seus conhecimentos a respeito do envelhecimento populacional, e da real situação vivida por estes indivíduos. Também é importante o despertar para a relevância do ambiente físico de um estabelecimento assistencial como recurso terapêutico e facilitador das atividades da equipe multiprofissional de assistência.

Nos países desenvolvidos, mais experientes com o público idoso, já existem suportes assistenciais mais estruturados, planejados sobre o conceito de qualidade de vida. De maneira geral, o cuidado integrado é a forma de abordagem do paciente idoso adotada nos sistemas de atenção à saúde dos países do primeiro mundo. A organização se faz em torno de três pontos chaves, da acessibilidade aos serviços de saúde e demais redes de apoio da comunidade, da oferta de atendimento contínuo e de qualidade e da sustentabilidade financeira.

Em geral, vivemos em um meio planejado, principalmente, para o jovem adulto e pessoas sem limitações, mas, hoje, com a evidência na mídia e na sociedade brasileira das questões da população idosa, com a exposição dos seus problemas e potencialidades, já encontramos algumas iniciativas específicas para esta clientela na

maioria das instituições sociais. No campo da saúde e da arquitetura o desenvolvimento de programas e locais que contribuem para a qualidade de vida demonstram uma sensibilização a respeito das mudanças relativas à idade.

No Brasil, os novos modelos de assistência à saúde, preconizados pelas leis, buscam acertar o descompasso existente entre a dinâmica da sociedade, a atual abordagem da saúde e as diferentes necessidades de cuidado dos idosos. Nessa questão os usuários dos ambulatórios pesquisados corroboram com estas idéias e reforçam a necessidade de um estabelecimento de saúde diferente do tradicional onde a área física além de atender ao fim a que se destina deve ser capaz de proporcionar outras formas auxiliares de terapia e bem estar através de uma área externa estimulante com jardins, hortas, animais, espaços de sociabilidade, atividades físicas e entretenimento.

As constatações do estudo demonstram a crença dos entrevistados na existência da relação entre ambiente adequado e bem estar do paciente. Desse modo, os locais de cura devem ser revistos de modo a oferecerem um ambiente alegre, dinâmico e motivador com atributos que reduzam o estresse e a sensação de controle social.

A escolha dos estabelecimentos de saúde como locais de cuidado por 35,30% dos idosos e o registro de um percentual alto, 80,49%, de experiências positivas daqueles que já foram hospitalizados mostra que estas instituições representam para eles um ambiente de apoio e segurança onde podem ser assistidos, receber cuidados médicos, atenção afetiva e oportunidade de socialização.

A decisão pela pesquisa de campo como parte da metodologia para essa dissertação possibilitou avaliar na prática as questões teóricas do envelhecimento e fundamentar a contribuição da arquitetura no trabalho interdisciplinar da atenção à saúde do idoso. Também levantou informações que justificam a necessidade de adequação dos serviços de saúde à população idosa.

Juiz de Fora, como a maioria das cidades do país, ainda dá os primeiros passos em relação aos novos serviços geriátricos. O hospital-dia-geriátrico, modelo assistencial evidenciado nesse trabalho, configurou-se como uma alternativa a ser implementada em uma fase posterior como conseqüência da evolução das experiências iniciais.

A proposta do Departamento de Saúde da Terceira Idade para implantação do centro-dia e do Hospital Universitário para o funcionamento do ambulatório geriátrico representa o reconhecimento das demandas reprimidas nestes estabelecimentos e a importância de uma atenção especial a este grupo etário.

Os novos modelos de atenção à saúde do idoso se configuram para o arquiteto como um campo de trabalho que não se resume a projetar um lugar onde estão presentes todos os itens de conforto e acessibilidade. É acima de tudo uma responsabilidade social

assumida em favor dos idosos com o propósito de criar espaços que contribuam para a qualidade de vida, promoção da cura, bem estar físico, mental e emocional.

Constatamos a impossibilidade de considerar este estudo finalizado, porque a assistência à saúde do idoso brasileiro configura-se, atualmente, como um campo complexo de trabalho a ser explorado. Assim, a dissertação, como material científico, pode contribuir para o desenvolvimento de outras pesquisas e para o planejamento dos novos espaços de saúde preconizados na Política Nacional de Saúde do Idoso.

BIBLIOGRAFIA

ABIGAIL, Albamaria; COSTA, Neidil Espinola; MENDONÇA, Jurilza Maria. *Políticas de Assistência ao Idoso: A Construção da Política Nacional de Atenção à Pessoa Idosa no Brasil*. In: CANÇADO, Flávio Aluísio Xavier; FREITAS, Elizabete Viana; GORZONI, Milton Luiz; NERI, Anita Liberalesso; PY, Lígia; ROCHA, Sônia Maria. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002, p. 1077-1082.

Aging in Canadá: Census Data Tell us that Seniors Comprise one of the Fastest Growing Population Groups in Canadá. Disponível em <http://healthaged.ca/canada.htm>. Acesso em 14 de julho de 2005.

APA. **General Medicare Information**. Disponível em: <http://apa.org/practice/medinfo.html>. Acesso em 17 de junho de 2005.

ANTUNES, Jose Leopoldo Ferreira. **Hospital Instituição e História Social**. 2ed. São Paulo: Editora Letras&Letras, 1991.

AOA – Administration on Aging. **Public Health and Aging Services Networks** (2005). Disponível em www.aoa.gov. Acesso em 18 de julho de 2005.

ASSIS, Mônica. O Envelhecimento e Suas Conseqüências Sociais. In: CALDAS, Célia Pereira (Org.). **A Saúde do Idoso: a arte de cuidar**. Rio de Janeiro: EdUERJ, 1998.

ALVES, Maria Isabel Coelho; MONTEIRO Mário F.G. *Aspectos demográficos da população idosa no Brasil*. In: VERAS, Renato. P.(organizador) [et al]. **Terceira Idade: um envelhecimento digno para o cidadão do futuro**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará: UERJ, 1995, p.65-78.

Australian Government – Department of Health and Ageing. **Long Term Aged Care: International Perspectives – Japan “Socialising” Long Term Care**. Disponível em www.health.gov.au. Acesso em 12 de julho de 2005.

BANKS, Penny. **Poliy Framework for Integrated Care For Older People**. EHMA, 2004. Disponível em: www.whma.org/-fileupload/puplications/PolicyFrameworkforIntegratedCareforOlderPeople. Acesso em 15 de julho de 2005.

BARRETO, Frederico Flósculo Pinheiro. *Modelos Normativos, Complexidade funcional e Metodologias de Programação Arquitetônica: Aplicações na Arquitetura de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde*. In: ARAÚJO, Terezinha; CARVALHO, Pedro Alves (organizador); OLIVEIRA, Maria Tereza...[et al.]. **Temas de Arquitetura de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde**. Salvador: Universidade Federal da Bahia. Faculdade de Arquitetura, 2002, p. 69-86.

BEAUVIOIR, Simone de. **A Velhice**. Tradução: Maria Helena Franco Monteiro. Rio de Janeiro : Nova Fronteira, 1990.

BENNETT, Jill; FLAHERTY-ROBB, Marna. (Maio 2003) **Issues Affecting the Health of Older Citizens: Meeting the Challenge**. Online Journal of Issues in Nursing. Vol.8, nº 2, Manuscrito 1. Disponível em: www.nursigworld.org/ojin/topic21/tpc21_1.htm. Acesso em 10 de julho de 2005.

BETTINELLI, Luiz Antônio; ERDMANN, Alacoque Lorenzini ; WASKIEVICZ, Josemara. Humanização do cuidado no ambiente hospitalar. **O Mundo da Saúde**. ano 27, vol 27 nº 2. São Paulo, 2003, p.231 – 239.

BLOCH, Kátia Vergetti; CARVALHO, Diana M. de; LUIZ, Ronir Raggio; MEDRONHO, Roberto ^a; WERNECK,Guilherme L. **Epidemiologia**. São Paulo: Editora Atheneu, 2003.
BORGES, Maria Cláudia Moura. *O Idoso e as Políticas Públicas e Sociais no Brasil*. In: CACHIONI, Meire (Colab.); NERI, Anita Liberalesso; YASSUDA, Mônica Sanches (Orgs.). **Velhice Bem- Sucedida: Aspectos afetivos e cognitivos**. Campinas: Papirus, 2002.

BOSI, Ecléa. **Memória e Sociedade: Lembranças de Velhos**. São Paulo: T.^a Queiroz, 1979.

BRASIL.Estatuto do Idoso. **Lei nº10.741, de 1º de outubro de 2003**.

BRASIL. Ministério da Saúde.Secretaria de Assistência à Saúde.Redes Estaduais de Atenção à Saúde do Idoso.**Guia Operacional e Portarias Relacionadas**. Brasília:Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde.Secretaria de Assistência à Saúde.**Reduzindo as desigualdades e ampliando o acesso à assistência à saúde no Brasil 1998-2002**. Brasília:Ministério da Saúde, 2002,p. 86-88.

BRASIL. Ministério da Saúde.Secretaria de Assistência à Saúde. Série **Saúde & Tecnologia – Textos de Apoio à Programação Física dos Estabelecimentos Assistenciais de Saúde – Condições Ambientais de Leitura Visual**. Brasília:Ministério da Saúde, 1995,p. 9-15.

BRASIL. Política Nacional de Saúde do Idoso. **Lei nº 8.842, de 04º de janeiro de 1994**.

BURSZTYN, Ivani (orgs.); SANTOS, Mauro. **Saúde e Arquitetura: caminhos para a humanização dos ambientes hospitalares**. Rio de Janeiro: Editora Senac Rio, 2004

CALDAS, Célia Pereira (Org.). **A Saúde do Idoso: a arte de cuidar**. Rio de Janeiro:EDUERJ, 1998.

CANÇADO, Flávio Aluizio Xavier. Velhice é Realidade Incômoda?. **Anais Brasileiros de Geriatria e Gerontologia**. vol.II, nº3. São Paulo: Associação Médica Brasileira, 1980, p.98-106.

CARVALHO, Virgínia Ângela M. Lucena e;NERI, Anita Liberalesso. *O Bem-Estar do Cuidador: Aspectos Psicossociais*. In: CANÇADO, Flávio Aluizio Xavier; FREITAS, Elizabete Viana; GORZONI, Milton Luiz; NERI, Anita Liberalesso; PY, Lígia; ROCHA, Sônia Maria. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002, p. 778-790.

COLIN, Silvio. **Uma Introdução à Arquitetura**. Rio de Janeiro: UAPÊ,2000.

CORRÊA, Antônio Carlos de Oliveira. **Envelhecimento, Depressão e Doença de Alzheimer**. Belo Horizonte: HEALFTH, 1996, p. 9-68.

COSTA, Maria Fernanda Lima. Epidemiologia do envelhecimento no Brasil. In: ROUQUAYROL, Maria Zélia. **Epidemiologia & Saúde**. 6ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003, p.499-513.

CUNHA, Gilson Luis; JECKEL-NETO, Emílio Antônio. *Teorias Biológicas do Envelhecimento*. In: CANÇADO, Flávio Aluízio Xavier; FREITAS, Elizabete Viana; GORZONI, Milton Luiz; NERI, Anita Liberalesso; PY, Lígia; ROCHA, Sônia Maria. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002, p. 13-19.

DIOGO, Maria José D'Elboux. *Modalidades de Assistência ao Idoso e à Família: Impacto Sobre a Qualidade de Vida*. In: CANÇADO, Flávio Aluízio Xavier; FREITAS, Elizabete Viana; GORZONI, Milton Luiz; NERI, Anita Liberalesso; PY, Lígia; ROCHA, Sônia Maria. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002, p. 1065-1068.

DEUTERONÔMIO. O povo de Deus deve ser fiel e unido, (11,12). **Bíblia Mensagem de Deus**. São Paulo: Loyola, 1989, p.189-190.

DUARTE, Luzia Travassos. **Envelhecimento: Processo Biopsicossocial**. Disponível em: <http://www.psicomundo.com/tiempo/monografias/anadá.html>. Acesso em: 17 de Outubro de 2005.

ESPÍNDOLA, Neidil; FREIRE, Margarida Paes Alves; GORDILHO, Adriano; *et al.* Desafios a Serem Enfrentados no Terceiro Milênio Pelo Setor Saúde na Atenção Integral ao Idoso. **Bahia Análise & Dados**. vol. 10, nº 4. Salvador, 2001, p. 138-153.

Federal Interagency Forum on Aging Related Statistics. Older Americans 2000: Key Indicators of Well-Being. Disponível em www.agingstats.gov. Acesso em 08 de julho de 2005.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1988.

FILHA, Christina Ribeiro Neder; MONTEIRO, Márcia Rocha. Psicologia Hospitalar: Uma Aliança com a Saúde. **O Mundo da Saúde**. ano 27, vol 27 nº 3. São Paulo, 2003, p.352 – 361

FINE, David J.; VERDERBER Stephen. **Healthcare Architecture in an Era of Radical Transformation**. London: Yale University, 2000, p. 223-277.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. São Paulo: Graal, 1979, p.99-111.

FRANÇA, Lúcia Helena; SOARES, Neusa Eiras. *A Importância das Relações Intergeracionais na Quebra de Preconceitos sobre a Velhice*. In: VERAS, Renato. P. (Org.). **Terceira Idade: desafios para o Terceiro Milênio**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará: UERJ, 1994, p.143-169.

FREITAS, Elizabete Viana. *Demografia e epidemiologia do envelhecimento*. In: GOLDMAN, Sara Nigri; PACHECO, Jaime Lisandro; PY, Lígia; SÁ, Janete Liasch Martins. **Tempo de Envelhecer: Percursos e Dimensões Psicossociais**. Rio de Janeiro: NAU, 2004.

FREITAS, Elizabete Viana; MIRANDA, Roberto Dishinger; NERY, Mônica Rebouças. *Parâmetros Clínicos do Envelhecimento e Avaliação Geriátrica Global*. In: CANÇADO, Flávio Aluízio Xavier; FREITAS, Elizabete Viana; GORZONI, Milton Luiz; NERI, Anita Liberalesso; PY, Lígia; ROCHA, Sônia Maria. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002, p. 609-617.

GASKELL, George. *Entrevistas Individuais e Grupais*. In: GASKELL, George; BAUER, Martin W. **Pesquisa Qualitativa com Texto, Imagem e Som: um manual prático**. Tradução: Pedrinho A. Guareschi. Petrópolis: Vozes, 2002, p. 64-89.

GAZETA, Rubens. As leis que protegem os idosos. **Revista Diálogo Médico**. ano 16, nº 6. São Paulo, 2001, p. 36-38.

GOLDMAN, Sara Nigri. **Aspectos Sociais e Políticos do Envelhecimento**. Disponível em: www.sbggrj.org.br/artigos/aspectos.htm. Acesso em: 30 de Maio de 2005.

GOLDMAN, Sara Nigri; PACHECO, Jaime Lisandro; PY, Ligia; SÁ, Janete Liasch Martins. **Tempo de Envelhecer: Percursos e Dimensões Psicossociais**. Rio de Janeiro: NAU, 2004.

GUARESCHI, Pedrinho A. *“Sem dinheiro não há salvação”*: ancorando o bem e o mal entre os neopentecostais. In: GUARESCHI, Pedrinho A.; JOVCHELOVITCH, Sandra (orgs). **Textos em Representações Sociais**. Petrópolis: Vozes, 1995, p. 191-225.

HERBERT, Réjean. **Research on Aging: Providing evidence for Rescuing the Canadian Health Care System.(2002)**. Disponível em www.cihr-irsc.gc.ca/e/10519.html. Acesso em 10 de julho de 2005.

HERTZBERGER, Herman. **Lições de Arquitetura**. Tradução: Carlos Eduardo Lima Machado. 1ed. São Paulo: Martins Fontes, 1996.

HTAC – Healp the Aged (Canadá). **Aging in Canadá**. Disponível em: <http://healtheaged.ca/Canadá.htm>. Acesso em 12 de julho de 2005.

IBGE. **Censo Demográfico: Brasil**. Rio de Janeiro: IBGE, 2000. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>. Acesso em 02 de fevereiro de 2005.

JAMES, Timothy M. Os Idosos na América. **Diálogo**. vol. 19 nº1. Washington.D.C.: United States Information Agency, 186, p.15-21..

KABWASA, Nsang O’Khan. O Eterno Retorno. **O Correio da Unesco**. Ano 10, nº12. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1982, p.14-15.

KRAUSE, Cláudia Barroso. *Posfácio*. In: BURSZTYN, Ivani (orgs.); SANTOS, Mauro. **Saúde e Arquitetura: caminhos para a humanização dos ambientes hospitalares**. Rio de Janeiro: Editora Senac Rio, 2004

LACERDA, Ângela Maria Gomes de Matos. **Envelhecimento: Desafios e Perspectivas para o Século XXI**. Disponível em: <http://www.ucg.br/flash/artigos/0309envelhecimento.html>. Acesso em: 28 de abril de 2005.

LYNCH, Kevin. **A boa forma urbana**. Lisboa: Edições 70, 1999.

MILLER, Richard L.; Swensson Earl S. **Hospital and healthcare facility design**. 2º ed, 1995 p. 315-341

MOSCOVICI, Serge. **Representações Sociais: investigações em psicologia social**. Tradução: Pedrinho A. Guareschi. Petrópolis : Vozes, 2003.

MOREIRA, Morvan de Mello. *Envelhecimento da População Brasileira: aspectos gerais*. Disponível em: <http://www.fundaj.gov.br/docs/text/pop2001-5.doc>. Acesso em: 29 de abril de 2005.

MOTTA, Alda Britto. “*Chegando pra idade*”. In: BARROS, Myriam Moraes Lins. **Velhice ou Terceira Idade?**. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1998, p.223-235.

MOTTA, Luciana Branco. **Formando Médicos para o Desafio do Envelhecimento com qualidade no Brasil** : uma contribuição à elaboração de currículos. 2004. 133p. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

National Advisory Council on Aging: **The NACA Position on Community Services in Health Care for Seniors: Progress and Challenges**. nº16, Ottawa:1995.

National Center for Health Statistics (1999). Health, United States, 1999 with Health and Aging Chartbook. Disponível em www.cdc.gov/nchs/releases/99news/hus99.htm. Acesso em 10 de julho de 2005.

NERI, Anita Liberalesso. *O que a Psicologia tem a Oferecer ao Estudo e à Intervenção no Campo do Envelhecimento no Brasil, Hoje*. In: CACHIONI, Meire (Colab.); NERI, Anita Liberalesso; YASSUDA, Mônica Sanches (Orgs.). **Velhice Bem-Sucedida: Aspectos afetivos e cognitivos**. Campinas: Papirus, 2002, p. 13-27.

NETTO, Antônio Jordão. **Gerontologia Básica**. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

NETTO, Matheus Papaléo. O estudo da Velhice no Século XX: Histórico, Definição do Campo e termos Básicos.

NUNES, Everardo Duarte. Prefácio. In: ANTUNES, Jose Leopoldo Ferreira. **Hospital Instituição e História Social**. 2ed.São Paulo: Editora Letras&Letras, 1991.

OKAMOTO, Jun. **Percepção ambiental e comportamento**. São Paulo: IPSIS, 1996.

PASCHOAL, Guto. **Anciãos Transmitem Cultura Indígena**. (2002). Disponível em www.acidi. Acesso em 13 de fevereiro de 2005.

PAULO II, João. **Carta do Papa João Paulo II aos Anciãos**. (1999). Disponível em www.acidigital.com. Acesso em 01 de Outubro de 2005.

PAZ, Serafim Fortes. *Movimentos Sociais: participação dos idosos*. In: GOLDMAN, Sara Nigri; PACHECO,Jaime Lisandro; PY, Lígia; SÁ, Janete Liasch Martins.**Tempo de Envelhecer: Percursos e Dimensões Psicossociais**. Rio de Janeiro: NAU,2004.

PERRACINI, Mônica Rodrigues. *Planejamento e Adaptação do Ambiente para Pessoas Idosas*. In: CANÇADO, Flávio Aluizio Xavier; FREITAS, Elizabete Viana; GORZONI, Milton Luiz; NERI, Anita Liberalesso; PY, Lígia; ROCHA, Sônia Maria. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002, p. 798-807.

PEIXOTO, Clarice. “*Entre o estigma e a compaixão e os termos classificatórios: velho, velhote, idoso, terceira idade...*”. In: BARROS, Myriam Moraes Lins.**Velhice ou Terceira Idade?**. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1998, p. 69-84.

PY, Lígia. *Envelhecimento e subjetividade*. In: GOLDMAN, Sara Nigri; PACHECO,Jaime Lisandro; PY, Lígia; SÁ, Janete Liasch Martins.**Tempo de Envelhecer: Percursos e Dimensões Psicossociais**. Rio de Janeiro: NAU,2004, p.109-136.

REVISTA HOSPITAIS BRASIL. **A hospitalidade como ferramenta da humanização hospitalar**. Disponível em:<http://www.revistahospitaisbrasil.com.br/htmls/anteriores12.htm> Acesso em: 25 de março de 2005.

RIBEIRO, Cláudia R. Vial. **A dimensão simbólica da arquitetura: parâmetros intangíveis do espaço concreto**. Belo Horizonte: FUMEC-FACE, C/Arte,2003.

ROUQUAYROL, Maria Zélia. **Epidemiologia & Saúde**. 6ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003.

SALGADO, Marcelo Antônio. **O Idoso Brasileiro no Próximo Século**. Disponível em:<http://www.sescsp.org.br/sesc/images/upload/conferências/58.rff>. Acesso em: 27 de fevereiro de 2005.

SELLI, Lucilda. Reflexões sobre o atendimento profissional humanizado. **O Mundo da Saúde**. ano 27, vol 27 nº 2. São Paulo, 2003, p.248 –253.

SHUI, Yi. Um Assunto de Família. **O Correio da Unesco**. Ano 10, nº12. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1982, p.16-17.

SIQUEIRA, Luiz Eduardo Alves de. **Estatuto do Idoso de A a Z**. Aparecida: Idéias e Letras, 2004.

SOBRAL, Benigno. Instâncias de Intervenção em Saúde do Idoso. **Boletim Científico Nacional e Informativo da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia – RJ**. vol. 0 nº0. Rio de Janeiro: Editora Científica Nacional Ltda, 1996, p.55-57.

SOMMER, Robert. **Espaço Pessoal**. Tradução: Dante Moreira Leite. São Paulo: E.P.U – Editora Pedagógica e Universitária,1973.

TAKACS, Timothy I. **Demographics Spell Major Changes for Japanese: Profound Increase in Number of Eldery Could Lead to fiscal Calamity**. Elder Law FAX, 1997. Disponível em www.tn-elderlaw.com/prior/970526.html. Acesso em 18 de Julho de 2005.

TEIXEIRA, Maria Helena. *Aspectos Psicológicos da Velhice*. In:CALDAS, Célia Pereira (Org.). **A Saúde do Idoso: a arte de cuidar**. Rio de Janeiro:EDUERJ, 1998, p.186-190.

UNITED NATIONS. **Report of the Second World Assembly on Ageing**. Madrid, April 2002, p.8-12.

UNESCO. Educação e Terceira Idade. **O Correio da Unesco**. Ano 10, nº12. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1982, p.28-31.

U.S Census Bureau (2002). National Population Projections Summary Tables. Disponível em www.census.gov/population/www/projections/natproj.html. Acesso em 10 de julho de 2005)

VARGAS, Herber Soares. **Psicogeriatría Geral**. vol.1. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan,1994.

VERAS, Renato. P. (Org.). **Terceira Idade: desafios para o Terceiro Milênio**. Rio de Janeiro: Relume-Dumará: UERJ,1994.

ZIMERMAN, Guite I. **Velhice : Aspectos Biopsicossociais**. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000, Cap. 1, p.13-38.

WHO – World Health Organization – Regional Office for the Western Pacific (2005). **Health Situation: Japan**. Disponível em www.wpro.who.int/countries/jpn/healthsituation.htm. Acesso em 20 de julho de 2005.

WHO – World Health Organization. **Handbook of Basic Documents**. 5th ed. Geneva / Switzerland: Palais des Nations, 3-20.

Apêndice I



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
NÚCLEO DE ESTUDOS DE SAÚDE COLETIVA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

PARECER 34/2005

PROCESSO Nº. 38/2005

Projeto de pesquisa: “NOVOS MODELOS DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE DO IDOSO: DESAFIOS E TENDÊNCIAS DA ARQUITETURA FRENTE AO ENVELHECIMENTO POPULACIONAL BRASILEIRO”

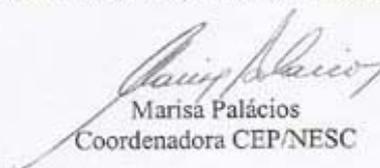
Pesquisador: Ivani Bursztyn

O Comitê de Ética em Pesquisa, tendo em vista o que dispõe a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, resolveu APROVAR o presente projeto.

Informamos que o CEP está a disposição do pesquisador para quaisquer esclarecimento ou orientação que se façam necessários no decorrer da pesquisa.

Lembramos que o pesquisador deverá apresentar relatório da pesquisa no prazo de um ano a partir desta data.

Cidade Universitária, 16 de novembro de 2005.


Marisa Palácios
Coordenadora CEP/NESC

Apêndice II
Questionário – Idosos

Data: _____ / _____ / 2005

Questionário nº. _____

Pesquisador: _____

Questionário - **Idoso**

Instituição: _____

Setor: _____

1. Representações sociais:

1.1 Cite 04 (quatro) primeiras palavras que passam em sua cabeça quando ouve falar em velhice?

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

1.2 Marque as 02 (duas) palavras que você julga mais importantes. Justifique sua resposta.

1.3 Qual a imagem que você tem de uma pessoa idosa?

1.4 Nesta fase da vida, o que você considera ser saudável?

1.5 Se pudesse construir um local para cuidar da saúde do idoso, como seria?

1.6 Na sua opinião, o que você gostaria que este ambulatório tivesse para melhorar o seu bem estar e facilitar a sua vida?

1.7 Já esteve internado alguma vez ?

() sim () não

Quando? _____

Quanto tempo e por quê ?

Quais os aspectos positivos e negativos desta experiência?

2. Identificação:

Sexo: () masculino () feminino

Idade: _____

Escolaridade:

1º grau () completo () incompleto

2º grau () completo () incompleto

Superior () completo () incompleto

Outros: _____

Bairro onde mora: _____

Você mora:

() sozinho () com o marido / esposa () com os filhos

Outros: _____

Situação econômica:

() é independente da família

() a família depende de você

() depende da família

3. Saúde:

3.1 Você teve algum problema de saúde nos últimos 15 (quinze) dias que precisou de ir ao médico?

() sim () não

Qual: _____

3.2 Você tem algum outro problema de saúde?

sim não

Qual	Como trata/ acompanha	Onde	Última visita
<input type="checkbox"/> coração			
<input type="checkbox"/> diabetes			
<input type="checkbox"/> ortopédico			
<input type="checkbox"/> pressão alta			
<input type="checkbox"/> respiratório			
<input type="checkbox"/> reumatismo			
<input type="checkbox"/> sistema nervoso			
<input type="checkbox"/>			

3.3 Este(s) problema(s) interfere (m) no seu dia a dia?

sim , como? _____

não

3.4 Em caso de continuidade do tratamento da saúde (fisioterapia, psicólogo ou visitas periódicas p/ controle) você precisa de pessoa para acompanhá-lo?

não

sim Tem esta pessoa _____

Apêndice III

Questionário – Cuidadores

Data: _____ / _____ / 2005

Questionário nº. _____

Pesquisador: _____

Questionário - **Cuidador**

Instituição: _____

Setor: _____

1. Representações sociais:

1.1 Cite 04 (quatro) primeiras palavras que passam em sua cabeça quando ouve falar em velhice?

5. _____

6. _____

7. _____

8. _____

1.2 Marque as 02 (duas) palavras que você julga mais importantes. Justifique sua resposta.

1.3 Qual a imagem que você tem de uma pessoa idosa?

1.4 De acordo com o seu cotidiano de cuidador, o que você considera um idoso saudável?

1.5 Se pudesse construir um local para cuidar da saúde do idoso, como seria?

1.6 A pessoa que você cuida já precisou de internação alguma vez?

() sim () não

Quais os aspectos positivos e negativos desta experiência?

2. Identificação:

Sexo: () masculino () feminino Idade: _____

Cuidador: () profissional () familiar – grau de parentesco: _____

Onde cuida do idoso: _____

Há quanto tempo cuida deste idoso: _____

Problema de saúde do idoso: _____

Idade do idoso: _____

3. Saúde:

3.1 Qual o grau de dependência da pessoa que você cuida?

() Cuida totalmente de si próprio. Independente.

() Realiza as atividades da vida diária. Deambula com alguma dificuldade.

() Alguma dificuldade para as atividades da vida diária. Deambula com a ajuda de bengala ou similar.

() Dificuldade grave para realizar as atividades da vida diária. Deambula com dificuldade, ajudado por outra pessoa. Incontinência ocasional.

() Necessita de ajuda para quase todas as atividades da vida diária. Incontinência habitual.

() Imobilizado na cama ou em cadeira de rodas. Dependente total. Necessita de cuidados contínuos de um enfermeiro.

3.2 Quais são os problemas mais freqüentes que encontra para cuidar da saúde do idoso?

3.3 Qual o motivo desta consulta? () controle de rotina () algum problema agudo

Quando foi a última consulta? _____

Qual o motivo da última consulta? _____

3.4 Além deste serviço, que outros freqüenta ? Motivos?

3.5 Na sua opinião o espaço físico dos estabelecimentos assistenciais de saúde influenciam na recuperação e bem estar do paciente?

Apêndice IV

Roteiro da entrevista – Profissionais

Data: _____/_____/2005

Questionário nº. _____

Pesquisador: _____

Entrevista - **Professional**

Instituição: _____

Setor: _____

1. Identificação:

Sexo: () masculino () feminino

Idade: _____

Cargo / função que exerce na instituição: _____

Local de trabalho: _____

Há quanto tempo trabalha com idoso: _____

Perguntas:

1 – Em que medida o atendimento ao idoso constitui um campo especial de assistência?

2 – Este serviço está adequado a este atendimento? Por quê?

3 – Do ponto de vista do espaço construído:

Quais os principais problemas?

Quais as principais qualidades?

Apêndice V

Tabela 5 – Um idoso saudável – Resposta dos idosos

Idosos							
Nesta fase da vida o que você considera um idoso saudável?							
Respostas							
Ident.	Saúde	Autocuidado	Trabalho	Lazer	Religiosidade	Relacionamentos	Outros
I1	Viver.				Agradeço a Deus todos os dias pela vida.		Viver honestamente sem prejudicar ninguém.
I2		Poder fazer uma caminhada...		... jogar uma bolinha com as crianças.			
I3	Viver bem...			... aproveitar a vida. Torcer pelo time de futebol.			
I4		Caminhada.					
I5	Ter uma cabeça boa		... trabalhar		... ter um Deus, fazer as coisas certas porque tem um Deus te vigiando.		...ser honesta...
I6	...sorrir			Divertir...	...e fé em Deus.	... estar próximo das pessoas alegres, bem humoradas... Não conversar com pessoas que conversam sobre doença...	
I7			Gosto de trabalhar...	...dançar, aproveitar a vida.			
I8				Ouvir música, dançar.	Ter Jesus no coração, buscar bastante a Jesus.		
I9				Gostar de tudo na vida, cozinhar para as pessoas, faço tudo por amor e gosto de trabalhos manuais.			
							Folha : 01/06

Apêndice V

Tabela 5 – Um idoso saudável – Resposta dos idosos

Idosos							
Nesta fase da vida o que você considera um idoso saudável?							
Respostas							
Ident.	Saúde	Autocuidado	Trabalho	Lazer	Religiosidade	Relacionamentos	Outros
I10	<i>Considero a saúde que tenho. Só tenho artrose, é coisa de velho mas, está bom.</i>						
I11	<i>Estar bem comigo, gosto muito de mim...</i>	<i>... me cuido, faço pé, mão, cabelo, gosto de andar arrumadinha. Só vou para a missa mas, me arrumo.</i>					
I12			<i>Tudo que eu faço, trabalhar em casa, costuro bordo, sou voluntária na Igreja Batista. Ser útil, doar o que você aprendeu a alguém. Ensino bordado para as meninas da igreja (meninas de 50 anos).</i>				
I13						<i>Viver com os filhos em paz é uma maravilha ter bons filhos.</i>	
I14		<i>Caminhada, alimentação...</i>				<i>... boa convivência com todos isso traz saúde.</i>	
I15	<i>Não tenho problema de coração apenas faço controle da pressão arterial.</i>	<i>Não fumo mais à 10 anos.</i>					

Apêndice V

Tabela 5 – Um idoso saudável – Resposta dos idosos

Idosos							
Nesta fase da vida o que você considera um idoso saudável?							
Respostas							
Ident.	Saúde	Autocuidado	Trabalho	Lazer	Religiosidade	Relacionamentos	Outros
I16				<i>Viagens, Música (eu sou músico) dá mais otimismo e alegria para as pessoas.</i>			
I17		<i>A prática de esportes que eu gosto muito... Praticamos hidroginástica e caminhada juntos (esposa). Corrida e futebol eu faço sozinho.</i>				<i>... e viver bem com a família, principalmente, com a minha esposa.</i>	
I18						<i>A família é importante o idoso ter aconchego da família e dos filhos (tenho um filho longe, sinto muita falta dele)</i>	
I19	<i>Ter boa saúde como eu tenho, graças a Deus é uma coisa rara, ando bem, alimento bem...</i>					<i>... e tenho uma companheira muito boa.</i>	
I20						<i>Tudo é bom, estar com o povo, conversar com um e com outro, não conversar sobre política e futebol.</i>	
I21	<i>Não sentir nada.</i>						
I22		<i>Boa alimentação, dormir mais de 8 horas, fazer caminhada...</i>		<i>... ter diversões.</i>			
I23	<i>Ter saúde, alegria e felicidade. Ter paz.</i>						

Apêndice V

Tabela 5 – Um idoso saudável – Resposta dos idosos

Idosos							
Nesta fase da vida o que você considera um idoso saudável?							
Respostas							
Ident.	Saúde	Autocuidado	Trabalho	Lazer	Religiosidade	Relacionamentos	Outros
l24					<i>Eu penso que a gente tem que viver até quando Deus quiser, temos que ter confiança nele...</i>	<i>... e manter as boas amizades.</i>	
l25		<i>Ter uma boa alimentação, fazer muito esporte, eu caminho 6km por dia. Se não fizermos nada por nós ninguém faz.</i>		<i>É dançar pare quem gosta.</i>			
l26	<i>Ter saúde...</i>		<i>... poder cuidar da casa, fazer o necessário.</i>				
l27	<i>Minha saúde, alegria. Sou muito feliz. Só de não tomar 01 comprimido eu já acho que sou vitoriosa.</i>						
l28	<i>Ter saúde...</i>					<i>... e família.</i>	<i>...condição social (não é riqueza)</i>
l29		<i>Dormir cedo, levantar cedo...</i>		<i>... procurar distrair, uma boa leitura.</i>			
l30	<i>Ter saúde</i>						
l31	<i>Ter saúde...</i>			<i>... poder passear, viajar, ficar satisfeito com a vida.</i>			
l32		<i>Dormir cedo.</i>					
							Folha : 04/06

Apêndice V

Tabela 5 – Um idoso saudável – Resposta dos idosos

Idosos							
Nesta fase da vida o que você considera um idoso saudável?							
Respostas							
Ident.	Saúde	Autocuidado	Trabalho	Lazer	Religiosidade	Relacionamentos	Outros
I33	<i>Apesar de todos os problemas de saúde que tenho eu sou feliz de estar como estou. Apesar de ser longe onde moro o ar é puro me sinto bem.</i>						
I34	<i>Ser feliz...</i>			<i>... Passear...</i>	<i>...religião, vou sempre à igreja sou evangélica.</i>	<i>Passear na casa dos filhos.</i>	
I35	<i>Uma pessoa que não depende de nada (Hospital, bengala e de outras pessoas).</i>						
I36	<i>... levar a vida alegre, ir para a frente, levantar a cabeça para cima e deixar rolar</i>					<i>Ter minha família criada...</i>	
I37	<i>Ter alegria apesar de todos os problemas, me sinto feliz.</i>						
I38	<i>O que eu já passei e estou vivo hoje (na 1º e 2º cirurgia perdi 30 quilos) quase morri.</i>						
I39	<i>É ter alegria, paz e saúde na vida.</i>			<i>Frequentar um ambiente bom, uma festa.</i>			
I40	<i>Sentir alegre.</i>					<i>Se sentir amada por todos.</i>	
I41						<i>Estar bem com a família. Missão cumprida, filhos criados.</i>	
							Folha : 05/06

Apêndice V

Tabela 5 – Um idoso saudável – Resposta dos idosos

Idosos							
Nesta fase da vida o que você considera um idoso saudável?							
Respostas							
Ident.	Saúde	Autocuidado	Trabalho	Lazer	Religiosidade	Relacionamentos	Outros
I42	<i>A pessoa ter saúde.</i>						
I43	<i>Eu ter saúde...</i>	<i>Boa alimentação.</i>	<i>...na horta e lavar roupa.</i>	<i>...poder sair e...</i>	<i>... Participar na Igreja...</i>		
I44	<i>Dor nos já sentimos, não podemos não podemos passear tem que ficar em casa.</i>	<i>Alimentação.</i>					
I45	<i>Ter saúde.</i>						
I46	<i>Penso na minha saúde...</i>					<i>... nos meus filhos e nos meus netos.</i>	
I47				<i>Fazer minhas viagens...</i>		<i>... fazer amigos, colegas.</i>	
I48	<i>Ter alegria...</i>					<i>... boa amizade.</i>	
I49	<i>Ser feliz para ser saudável.</i>						
I50	<i>Ter saúde...</i>				<i>Eu sou evangélica.</i>	<i>... e amizade com os meus vizinhos, parentes e irmãos da igreja.</i>	
I51				<i>Brincar, passear, viajar, fazer o que gosta sem se preocupar com o outro a gente vive muito bem.</i>			
I52					<i>Deus em primeiro lugar. Só dele me dar saúde estes anos todos não é?</i>		

Apêndice VI

Tabela 6 – Local para cuidar da saúde do idoso – Resposta dos idosos

Idosos				
Se pudesse construir um local para cuidar da saúde do idoso, como seria?				
Respostas				
Ident.	Local	Características do local	Forma de cuidado	Tipos de atividades
I1		...higiene...	Um local onde existisse amizade, confiança... cuidado e tudo o que o idosos necessitam e acima de tudo o AMOR.	
I2		Uma quadra e uma piscina para os idosos exercitarem...		...atividades para sacudir o corpo, animar.
I3	Um hotel fazenda.	Lazer.		
I4	Um alojamento.			
I5	Um hospital.	Um local como muita água (Serra de Ibitipoca) com água que vem com força, muita sujeira que o velho faz. Trazer tudo limpo. Lugar afastado e tranquilo.	Pagar um plano para poder ser atendido pelos médicos e voluntários.	
I6	Um sítio...		...com muita alegria...com muito amor carinho e cuidá-los como se fossem meus pais.	...com festas, alegrar com todos os meios...
I7	Posto de saúde para atender as pessoas.			
I8		Um lugar muito positivo porque a velhice acolhe muitas coisas negativas.	Um local que fale somente de coisas boas, trabalhar Deus no coração das pessoas	
I9	Seria um sítio...	...com muito verde, flores, jardins com criação....quartos arrumados, simples e bonitos...	Todos com atividade, ter vaidade (pentear o cabelo dos idosos).	As pessoas tem que ter atividade, todos trabalharemos na terra...
I10	Uma casa...	...com quintal, criação e horta.		
				Folha: 01/05

Apêndice VI

Tabela 6 – Local para cuidar da saúde do idoso – Resposta dos idosos

Idosos				
Se pudesse construir um local para cuidar da saúde do idoso, como seria?				
Respostas				
Ident.	Local	Características do local	Forma de cuidado	Tipos de atividades
I11	<i>Seria aqui no ambulatório...</i>		<i>...estou muito satisfeita são todos amáveis, educados, nós ganhamos remédios as médicas são boas.</i>	
I12		<i>Um lugar bonito, saudável com verde e com espaço para cada um...</i>	<i>...com atividades que não ficassem parados sem atividade.</i>	
I13		<i>Seria um lugar bonito bem amplo com muitas plantas com um jardim bonito. Área de lazer bacana.</i>	<i>...que as pessoas pudessem andar não pode ficar preso.</i>	
I14	<i>Ter um centro médico...</i>		<i>...alimentação adequada.</i>	<i>...diversão...</i>
I15	<i>Um lugar igual a esse (Depto. de Saúde da 3º idade)porque aqui é bom.</i>			
I16	<i>Seria um local como o Hospital Albert Sabin...</i>		<i>... porque lá tem um atendimento mais aprimorado, o nível de tratamento é de 1º mundo.</i>	
I17	<i>Um sítio...</i>	<i>...com muito verde.</i>		<i>...com recurso de distração, cinema, praticar esportes, lazer com atividade para fazer.</i>
I18			<i>Eu gostaria que fosse um lugar que eu pudesse dar tudo a eles, carinho, amor que não faltasse nada.</i>	
I19	<i>Um hospital específico para cuidar de idosos.</i>			
I20		<i>Mais no centro é fácil de chegar até o local sem prejudicar ninguém. No Sus o local é terrível.</i>		
				Folha: 02/05

Apêndice VI

Tabela 6 – Local pra cuidar da saúde do idoso – Resposta dos idosos

Idosos				
Se pudesse construir um local para cuidar da saúde do idoso, como seria?				
Respostas				
Ident.	Local	Características do local	Forma de cuidado	Tipos de atividades
I21	<i>Um sítio...</i>	<i>...em contato com a natureza, ar livre, sem muita escada, com liberdade e tranquilidade.</i>		
I22		<i>Seria um lugar bem calmo em um lugar tranquilo.</i>	<i>Tratado com muito amor, carinho, respeitando o idoso.</i>	
I23	<i>A minha vontade é quando ficar mais velha é ir para um asilo...</i>		<i>...acho que filho não vai ter muita paciência.</i>	
I24	<i>Lá onde a gente mora a gente precisa de um posto para os idosos...</i>	<i>...perto da casa para não ter que ir para outro bairro porque o idoso ir sozinho é ruim, nem sempre tem companhia.</i>		
I25			<i>Eu queria construir um lugar que eu pudesse cuidar do idoso. O idoso precisa ter muito carinho e respeito.</i>	
I26	<i>Eu abriria uma clínica para cuidar dos velhinhos doentes "isto é sonho".</i>			
I27	<i>Uma casa de repouso...</i>	<i>...com piscina, cadeiras bonitas e lazer.</i>		
I28	<i>Uma moradia digna...</i>		<i>...com um apoio como existe na Europa. (minha irmã mora na França lá a coisa é bem diferente.</i>	
I29			<i>Que pudesse dar o melhor para o idoso, um lugar saudável em todos os setores na vida social e amorosa.</i>	
				Folha: 03/05

Apêndice VI

Tabela 6 – Local para cuidar da saúde do idoso – Resposta dos idosos

Idosos				
Se pudesse construir um local para cuidar da saúde do idoso, como seria?				
Respostas				
Ident.	Local	Características do local	Forma de cuidado	Tipos de atividades
I30	Seria uma casa...	...bem grande para abrigar mais de 200 pessoas. Uma coisa com todo o conforto possível.		
I31	...casa...	Um lugar perto de casa é mais fácil olhar o idosos. Confortável. Tenho que fazer um local bom para depois se eu precisar posso ir para lá.	Prestar caridade... Com médicos e dentistas tudo que pudesse fazer de bom para ele.	
I32		Lugar com bastante higiene...	...boa alimentação.	
I33		Lugar sossegado, tranquilo...	...com pessoas carinhosas que tratassem bem as pessoas.	
I34		Local limpo...	Local com bom atendimento... Pessoas capacitadas para atender os idosos.	
I35		Lugar alegre, arejado, lugar vivo.		
I36	Casa...	...bem grande espaçosa...		...com umas brincadeiras (o idoso vira criança).
I37	Seria uma clínica, um hospital...	...com rampa para subir por causa da cadeira de rodas e muleta.	O médico do SUS deveria ser bem pago para poder atender melhor.	
I38		Na roça um lugar tranquilo.		
I39	Construiria um asilo...	...um lugar bom...	...onde recolhe as pessoas com tudo, tratamento e alimentação.	
I40			Muito amor para dar, carinho e que tivesse compreensão	

Apêndice VI

Tabela 6 – Local pra cuidar da saúde do idoso – Resposta dos idosos

Idosos				
Se pudesse construir um local para cuidar da saúde do idoso, como seria?				
Respostas				
Ident.	Local	Características do local	Forma de cuidado	Tipos de atividades
I41			<i>O idoso deveria ter um plano de saúde, trabalhou durante muitos anos e o SUS deixa a desejar.</i>	
I42	<i>Em casa...</i>		<i>...junto com a família que os filhos tenham consideração.</i>	
I43	<i>Eu construiria um posto de saúde no Bairú ou no Manoel Honório...</i>	<i>...proximidade da comunidade...</i>	<i>...ter dentista, posto para um atendimento completo.</i>	
I44	<i>Ficar com os filhos. Os abrigos e repousos nos vemos muita coisa ruim. Hoje as famílias não são como antigamente.</i>			
I45	<i>O idoso deveria ficar na família...</i>		<i>...ter o carinho da família e não ficar internado sem visita.</i>	
I46	<i>Um asilo para os pobres.</i>		<i>Fazer tudo de bom para eles. (é o que eu conheço para cuidar dos velhos, só tem isso em Santos Dumont.</i>	
I47	<i>Uma casa de repouso, um lar...</i>		<i>...vivenciar com a família em casa.</i>	
I48	<i>Abrigo dos velhos</i>			
I49	<i>Hoje uma pessoa que não tem recursos deve viver em um abrigo.</i>			
I50	<i>Um lugar tipo Hospital para cuidar dos idosos...</i>		<i>...e não deixar eles sofrerem tanto como sofrem.</i>	
I51	<i>Um tipo de um sítio, uma fazenda abandonada, fazia um galpão... Eu tenho pavor de asilo.</i>	<i>...colocaria os presos para fazer as coisas, móveis e comida ao invés do governo ficar sustentando eles à toa. Lugar calmo tranquilo em contato com a natureza.</i>		
I52		<i>Seria uma coisa muito boa.</i>		

Apêndice VII

Tabela 7 – Local para cuidar da saúde do idoso – Resposta dos cuidadores

Cuidadores				
Se pudesse construir um local para cuidar da saúde do idoso, como seria?				
Respostas				
Quest. nº	Local	Características do local	Forma de cuidado	Tipos de atividades
C1	<i>Uma clínica...</i>		<i>... que pudesse cuidar com carinho, cuidar deles direitinho.</i>	
C2		<i>Tranquilo...</i>	<i>...que eles não ficassem presos.</i>	<i>...com muita brincadeira...</i>
C3	<i>Construiria uma área de lazer... Não seria um Hospital nem uma clínica.</i>	<i>...com tudo que eles tem direto..</i>	<i>...daria tudo o que eles pudessem com toda assistência.</i>	
C4	<i>Seria um clube campestre com chalé para passar final de semana com quem quiser...</i>	<i>Um local adequado.</i>	<i>Um local que a família pudesse participar.</i>	<i>...que pudesse plantar, lidar com animais, com interação com outras</i>
C5			<i>Um lugar em que as pessoas idosas saudáveis pudessem cuidar dos idosos doentes porque estes idosos são mais experientes e tem mais paciência do que os mais novos.</i>	
C6	<i>Um local idêntico ao local (ambiente) que ele vive...</i>		<i>...com a presença assídua dos familiares e que respeitasse as manias que o idoso geralmente tem (guardar coisas por exemplo).</i>	
C7	<i>Um sítio...</i>		<i>...e que as famílias fossem lá ajudar como voluntários e fossem visitar e não só colocar lá.</i>	<i>...com atividades de lazer, esportes e religião de acordo com a sua crença...</i>
C8		<i>Eu teria um local alegre, direitinho com um ambiente sossegado...</i>	<i>O idoso é uma parte muito milindrosa.</i>	<i>...e algumas horas "violentas" de agitação. Ter muita palhaçada porque faz parte da vida.</i>
C9	<i>Seria como a AMAC...</i>			<i>...com sala de recreação, aulas de ginástica, esportes. Incentivo à leitura.</i>
C10	<i>Teria que ser tipo uma clínica...</i>	<i>...com conforto, um lugar limpinho com jardim...</i>	<i>...e médico para cuidar das pessoas.</i>	
				Folha: 01/02

Apêndice VII

Tabela 7 – Local para cuidar da saúde do idoso – Resposta dos cuidadores

Cuidadores				
Se pudesse construir um local para cuidar da saúde do idoso, como seria?				
Respostas				
Quest. nº	Local	Características do local	Forma de cuidado	Tipos de atividades
C11	<i>Devia juntar tudo que é idoso em um mesmo lugar...</i>		<i>Não pode ficar quieto pelos cantos é pior aí a doença aparece e a depressão pega.</i>	<i>...fazer trabalhos manuais, um livro para ler, um filme adequado para a idade com música e dança para quem gosta.</i>
C12	<i>Arrumava uma casa... Como aqui no Dept. de Saúde da 3ª idade</i>		<i>...e com muitas pessoas para ajudar as pessoas melhorarem.</i>	
C15	<i>Uma casa ampla estilo suíço...</i>	<i>Um lugar com muito verde...com jardim, horta...</i>	<i>Com um corpo técnico capacitado (psicólogo, enfermeiro e médico) para lidar com os idosos.</i>	<i>...sala de jogos, lazer com bastante atividades para eles. Reuniões e almoço com a família.</i>
C14		<i>Um lugar alegre com verde...</i>		<i>...e com alguns eventos para distrair a cabecinha deles.</i>
C15	<i>Seria uma fazenda...</i>	<i>Um local bonito que as pessoas possam sentar embaixo de um pé de laranja.</i>	<i>... Juntar o idoso com a criança porque um completa o outro...com muitos profissionais para ajudar. Todos produtivos</i>	
C16	<i>Uma área de lazer...</i>		<i>Enfermeiros e psicólogos c/excapitados para cuidar e ouvir os idosos.</i>	<i>...onde eles pudessem fazer tudo o que eles gostam de fazer, dança, baralho.</i>
C17	<i>O idoso deveria ficar no lar e não em um asilo.</i>		<i>O carinho em casa é fundamental.</i>	
C18	<i>Seria uma coisa assim tipo um asilo...</i>	<i>Seria um lugar pequeno mas muito limpo...</i>	<i>...muito bem cuidado e tratado (idosos). Eu exigiria muito dos funcionários.</i>	<i>...com lazer, atividade física e passeios.</i>
C19	<i>Área de lazer...</i>		<i>...medicação acima de tudo, carinho dos enfermeiros e acompanhantes. Não maltratar os idosos e que todos tenham a humildade de levar o carinho para eles. Não é porque estão indefesos que eles não precisam de carinho, afeto. Os parentes deveriam estar sempre presentes.</i>	
C20	<i>Tinha que ser uma coisa muito grande... Poderia ser tipo um Hospital ...</i>	<i>...deveria ter um jardim.</i>	<i>... Porque o idoso precisa de muitas coisas diferentes como fisioterapia, hemodiálise e outras coisas.</i>	<i>...porque o idoso gosta de passear...</i>
				Folha: 02/02