E R R A T A - pág. 33

15a. linha - onde se lê: mesmas, cujo objetivo...

leia-se: mesmas, 16 cujo objetivo ...

18a. linha - também foram computados ...

leia-se: também não foram ...

1110
Maria Auxiliadora Cursino Ferrari

GERIATRIA

Aspectos Educacionais e de Terapia Ocupacional

*Monografia apresentada à
Faculdade de Saúde Pública da Uni
versidade de São Paulo (Departamen
to de Prática de Saúde Pública ,
Disciplina Educação em Saúde Pú
blica) para obtenção do título de*

MESTRE EM SAÚDE PÚBLICA

São Paulo
1975

BIBLIOTECA
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

PARA OS AMIGOS DOS VELHOS

Abençoados são aqueles que compreendem
meus passos vacilantes, minhas mãos que tremem.
Abençoados são aqueles que sabem que hoje meus ouvidos
precisam se esforçar para apreender as coisas que dizem.
Abençoados são aqueles que parecem saber
que meus olhos são embaçados e meu espírito vagaroso.
Abençoados os que olharam para o outro lado
quando hoje derramei café na mesa.
Abençoados aqueles que com um alegre sorriso
param para conversar um pouco.
Abençoados aqueles que nunca dizem
"Você contou esta história duas vezes hoje".
Abençoados aqueles que sabem como
trazer de volta lembranças de outrora.
Abençoados os que percebem o meu desalento
em forças encontrar para a Cruz carregar.
Abençoados aqueles que com bondade
suavizam minha jornada à última Morada.

Original em inglês

Autor desconhecido

Tradução de: Celina Marcondes Rule

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA

Reitor: Professor Dr. *Orlando Marques de Paiva*
Vice Reitor: Professor Dr. *Samuel Camargo Mendes*

Diretor: Professor Dr. *Walter Engracia de Oliveira*
Vice Diretor: Professor Dr. *Oswaldo Paulo Forattini*

Professores Titulares:

José Martins de Barros
Samuel Murgel Branco
Lourdes de Freitas Carvalho
Augusto Duarte Esposel
Yaro Ribeiro Gandra
Rodolfo dos Santos Mascarenhas
Odair Pacheco Pedroso
Alfredo Reis Viegas

Professores Adjuntos:

Victório Barbosa
Cyro Ciari Junior
Octávio Arminio Germek
José Barros Magaldi
Ruth Sandoval Marcondes

Professores Livre Docentes:

José Gabriel Borba
Rui Laurenti
Reinaldo Ramos
Araci Witt Spinola
Donald Wilson

À orientadora deste trabalho,
Profa. Dra. *Ruth Sandoval Marcondes*,
meus agradecimentos.

À *Júlia*, minha mestra,
minha mãe.

Aos meus filhos

Sidney, Heloisa, Stela e Sérgio,

Por compreenderem uma mãe preocupada.

Ao Sidney

pelo seu papel de esposo dedicado.

Meus agradecimentos, também,
ao grande número de pessoas que,
por sua experiência e vivência, contrib
uíram para a realização deste trabalho.

RESUMO

Este trabalho investiga as características bio-psico-sociais das pessoas de idade avançada, bem como seus problemas de marginalização, abandono e isolamento. Enfatiza a contribuição da Terapia Ocupacional e da Educação em Saúde para minimizar esses problemas. Chama a atenção para os aspectos que devem ser considerados no planejamento de programas de atendimento ao velho. O estudo restringiu-se à população de idade avançada do Município de São Paulo.

ÍNDICE

Pág.

I. INTRODUÇÃO

Caracterização do problema	1
Gerontologia e Geriatria	2

II. OBJETIVOS

6

III. METODOLOGIA

8

IV. ASPECTOS BIO-PSICO-SOCIAIS DO ENVELHECIMENTO

Processo biológico do envelhecimento	10
Implicações sociais no processo do envelhecimento	16
Aspectos psicológicos do processo do envelhecimento	24

SITUAÇÃO DO VELHO NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

Considerações gerais	31
Situação atual da população em idade avançada no Município de São Paulo	33
Análise dos resultados	33
Discussão	43

VI. TERAPIA OCUPACIONAL APLICADA À GERIATRIA

Conceituação	49
Objetivos da Terapia Ocupacional em Geriatria	50
Princípios da Terapia Ocupacional Geriátrica	52
Tipos de atividades em Terapia Ocupacional Geriátrica	56
Terapia Ocupacional em reabilitação geriátrica	58

VII.	EDUCAÇÃO EM SAÚDE E ENVELHECIMENTO SADIO	
	Considerações gerais e conceituação	61
	Princípios básicos de educação em saúde	62
	Educação em saúde e Família	63
	Educação em saúde e Escola	64
	Educação em saúde e Comunidade	66
VIII.	PROGRAMA DE ATENDIMENTO À POPULAÇÃO EM IDADE AVANÇADA	
	Assistência médica, reabilitação e nutrição	69
	Assistência social	77
	Oportunidades de lazer	79
	Educação para a velhice	81
	Formação de Recursos humanos	84
IX.	RECOMENDAÇÕES	90
X.	CONCLUSÕES	94
XI.	BIBLIOGRAFIA	
XII.	ANEXO	

CARACTERIZAÇÃO DO PROBLEMA

Uma das características da sociedade moderna é o grande número de pessoas que chegam à idade avançada. Esse envelhecimento da população é um problema novo a ser enfrentado. Representa manifestação de progresso, uma vez que resulta da diminuição da mortalidade infantil, diminuição da mortalidade por doenças infecciosas e, conseqüentemente, levando ao aumento progressivo da esperança de vida entre os grupos etários mais jovens, além do crescimento proporcional de indivíduos em idade avançada.

Paradoxalmente, é o progresso técnico da Medicina que põe em relevo as necessidades das pessoas em idade avançada. Se, de um lado, há uma baixa nos índices de mortalidade infantil pelo controle das doenças próprias da infância, aumenta, por outro lado, o número de indivíduos adultos que podem esperar morrer de males relacionados com o aparelho circulatório, respiratório e outros, doenças que, a menos que sejam vigiadas e controladas, se agravam com o avanço da idade. Câncer de pulmão, infartos, psicoses senis, por exemplo, podem aumentar mais do que o esperado em função das modificações verificadas na estrutura da idade de uma população.

Conseqüentemente, é cada vez maior o número de pessoas para as quais se abre a perspectiva de uma vida mais longa, mais ativa, socialmente mais proveitosa, embora nem sempre tenham a preocupação consciente de apreenderem a utilizar plenamente as possibilidades que oferece a maior duração da vida humana.

Se há um aumento cada vez maior da média de vida, há conseqüentemente, necessidade de se manter a eficiência durante esses anos adicionais. Tal eficiência, contudo, está na íntima dependência dos anos anteriores, ou seja, dos dias da juventude. Além disso, depende também do interesse coletivo e da medida em que a comunidade influencia as decisões ligadas aos investimentos em ciência, educação, saúde e bem estar.

No que diz respeito ao indivíduo, a velhice é uma fase da vida rica em perspectivas e experimentada em fracassos, mas é preciso lembrar que a sabedoria, maturidade, tranqüilidade não aparecem de repente ao se entrar na velhice; esta é um processo contínuo, para qual o indivíduo deve preparar-se desde o início de sua existência.

Através da educação é possível cultivar o interesse do público pelos fatos ligados ao envelhecimento; colocá-lo em situação de poder encarar o problema; analisar as sugestões no que se refere a medidas de caráter preventivo e terapêutico que visam combater os efeitos negativos do envelhecimento; tomar consciência e assumir atitudes com relação aos problemas econômicos, políticos, sociais e culturais que afetam a vida de uma comunidade em que os membros de idade avançada vão se tornando mais numerosos, capacitando-os à aprender a usar os benefícios que a tecnologia moderna oferece.

Paralelamente ao trabalho educativo, é possível desenvolver no indivíduo a necessidade de manter-se ativo, como uma das normas básicas para o desenvolvimento do processo de envelhecimento sadio, colocamos aqui a Terapia Ocupacional como a grande responsável pelo êxito desta conquista. Quase toda literatura gerontológica preconiza hoje o valor da atividade, sobretudo pelas relações positivas entre atividade e saúde.

O termo velhice não deve criar impacto no indivíduo, seja de que idade for; ao contrário, é assunto que interessa a todos, seja por que engloba a todos, uma vez que começa a processar-se no momento em que se nasce, seja pelas circunstâncias que compelem os indivíduos a lidar com pessoas de idade.

Os gastos necessários para se por em prática medidas preventivas, educativas e terapêuticas devem ser comparados aos benefícios que derivariam do aumento de produção, do prolongamento da vida ativa da diminuição da percentagem de doenças, e do fato de os indivíduos serem mais felizes.

GERONTOLOGIA E GERIATRIA

A gerontologia pode ser definida como a ciência que estuda todos os aspectos do envelhecimento (sanitários, sociológicos, econômicos, ambientais e outros). A geriatria é um ramo da gerontologia e da medicina que trata da saúde das pessoas em idade avançada em todos os seus aspectos;

preventivo, terapêutico, clínico e de reabilitação⁴⁶.

*Birren*¹² e *Busse*¹⁹ consideram que o estudo e o tratamento do indivíduo velho requerem uma aproximação multidisciplinar que envolva o controle dos fatores biológicos, sociais e psicológicos. O velho não pode ser entendido sem que todos esses aspectos tenham sido considerados.

*Wolff*⁸² referindo-se à geração jovem e velha, diz que a geração jovem, com o termo que lhe dão de "geração gap", descreve as diferenças em atitudes, valores, sentimentos e comportamentos entre a geração jovem e a geração velha. Dessa forma, a juventude é vista, e se tem visto a si mesma, qualitativamente diferente do resto da população. Crê o Autor que as pessoas mais jovens e mais velhas não devem ser consideradas como entidades separadas, pois seus problemas são ligados e inter-relacionados.

A geriatria preocupa-se com o indivíduo em idade avançada em seu aspecto global, pois o envelhecimento é um processo evolutivo geral, inerente a toda matéria viva, atingindo a totalidade do ser.

Um aspecto ainda bastante controverso é o da idade em que começa a velhice. Segundo estudiosos da gerontologia atual, cada pessoa tem na realidade três tipos de idade:

- a idade cronológica, determinada pelo número de anos que já viveu;
- a idade biológica, determinada pelas condições de saúde ou desgaste de seu físico;
- a idade psicológica, avaliada pelas atitudes que a pessoa assume diante dos altos e baixos da existência.

Sem dúvida, a idade cronológica não serve como índice perfeito, pois envelhecimento e velhice não são sinônimos. Velhice é um período da vida não nitidamente delimitado. Para *Barmak*⁵, médico especialista em geriatria, 50 anos seria o marco da passagem da idade média para a velhice, justificando que, a essa altura da vida, os sinais de envelhecimento são mais patentes e, filosoficamente, se olha a vida por um outro prisma.

Já *Filizzola*³⁷ define: "gerontino é aquele cuja idade vai de 45 a 60 anos. Daí a 75 anos a pessoa é velha e de 75 anos em diante senescente".

Para *Nogueira da Silva*⁶³ "ainda hoje a velhice é somente dis

cutida, mas não definida". É difícil, diz o Autor, "estabelecer uma idade em que o homem deixa a maturidade e ingressa na velhice, varia de um para outro e está na dependência de critérios subjetivos e particulares".

A Organização Mundial da Saúde (OMS), bem como a maioria das legislações e dos conceitos, considera a idade de 65 anos como limite inicial caracterizador da velhice. Este critério é também o que adotamos no presente trabalho, empregando indistintamente as expressões pessoa em idade avançada, idoso ou velho para indicar o indivíduo de 65 anos ou mais. Esta idade, não é rígida, havendo indivíduos em que as características da velhice aparecem antes dos 65 anos, outros em que surgem depois, ou ainda outros em que elas se manifestam antes e depois daquela idade.

II - OBJETIVOS

O presente trabalho tem por objetivo:

- Propor um programa de atendimento à pessoa de idade avançada, visando a proporcionar-lhe uma vida útil, agradável e sadia.

Especificamente, pretende:

- focalizar aspectos do problema criado pelo aumento de pessoas em idade avançada;
- focalizar efeitos da velhice sobre a família e a comunidade, mudanças de comportamento e de atitudes do velho e as alterações de sua saúde ocorridas ao longo do tempo;
- estudar o velho na cidade de São Paulo, seus problemas e necessidades;
- explorar as possibilidades de ajudar o velho a viver melhor em uma cidade cujas condições dificultam cada vez mais sua adaptação ao meio;
- mostrar as vantagens do uso da terapia ocupacional no campo da geriatria;
- destacar a importância e necessidade da educação em saúde para o processo de envelhecimento sadio; e,
- enfatizar as medidas preventivas em relação ao processo do envelhecimento.

III - METODOLOGIA

Com o propósito de pôr-nos em contacto com o que se tem feito em torno do assunto tratado, partimos de uma revisão bibliográfica que, entretanto, não aparece em capítulo à parte, mas é citada no decorrer do texto.

Fizemos em seguida uma pesquisa, estabelecendo que a população idosa a ser estudada se restringiria a residentes no Município de São Paulo.

O motivo pelo qual nos limitamos ao estudo do velho no Município de São Paulo se prende a três fatores principais:

- é a área onde se encontra a maior parte da população em idade avançada no Estado de São Paulo;
- desconhecimento quase completo dos problemas dessa população, decorrentes, sobretudo, do desenvolvimento industrial e tecnológico;
- necessidade premente de se dar solução aos problemas dessa população, que se tornam cada dia maiores e mais numerosos.

Após a análise dos dados colhidos com a pesquisa e a definição de alguns aspectos que consideramos básicos, propusemos soluções para os problemas levantados, que julgamos cabíveis dentro da atual estrutura de nossa sociedade e da política nacional de saúde.

Sentimos necessidade de detalhar determinados aspectos relacionados ao assunto, no intuito de tornar mais conhecido e conscientizado esse período da vida, pois quanto mais o conhecemos, melhor nos compreenderemos a nós próprios e aos outros. Tivemos também a intenção de despertar o interesse de todos que, direta ou indiretamente, se acham envolvidos com os problemas do envelhecimento humano.

IV - ASPECTOS BIO-PSICO-SOCIAIS DO ENVELHECIMENTO

PROCESSO BIOLÓGICO DO ENVELHECIMENTO

"Comparando o curto período do crescimento com o longo período de envelhecimento, somos levados a supor haver alguma razão para levarmos 20 anos crescendo e 50 ou mais envelhecendo. Pela lógica de proporções, deveríamos conceder três vezes mais atenção ao nosso longo envelhecimento do que ao nosso curto crescimento".

J. R. Azevedo^(*)

Sob o ponto de vista biológico, o envelhecimento é um processo fisiológico que começa com a concepção e ocasiona mudanças características para a espécie durante todo o ciclo da vida. Nos últimos anos estas mudanças produzem uma limitação na adaptação do organismo ao meio, e o ritmo em que se produzem nos diversos órgãos de um mesmo indivíduo, ou em indivíduos diferentes, não é igual. Estudos recentes de especialistas no assunto mostram que a base do envelhecimento se encontra em mudanças primárias que, seguindo programa definido, se produzem na estrutura complexa de cada célula do corpo durante toda sua vida.

Todavia, os mecanismos mais importantes do envelhecimento biológico não são conhecidos com exatidão; muitas teorias tentam explicar o processo biológico do envelhecimento, mas não existe ainda um fundamento suficientemente evidente. Há falta de estudos, investigações, estatísticas mais rigorosas em diferentes campos, de bases científicas, para que se possa chegar a um acordo entre as diferentes teorias que procuram explicar o processo biológico do envelhecimento.

Para Wolff⁸² o envelhecimento seria o desgaste pelo uso e, paradoxalmente, atrofia, pelo desuso.

Sacher⁷⁴ é de opinião que a quebra de certos padrões fisiológicos pelo homem moderno contribui para o envelhecimento prematuro.

(*) Professor Livre Docente do Departamento de Obstetrícia e Ginecologia da Faculdade de Medicina da USP.

*Selye*⁷⁶ atribui ao "stress" a aceleração do processo do envelhecimento.

É muito difícil precisar o limite entre o que é fisiológico e o que é patológico quando se considera a fisiopatologia do envelhecimento.

Velhice não é doença; é uma etapa da vida, com características e valores próprios em que ocorrem modificações no indivíduo, tanto na estrutura orgânica, como no metabolismo, nos equilíbrios bioquímicos, na imunidade, na nutrição, nos mecanismos funcionais, nas características intelectuais e emocionais.

São estas modificações que dificultam a adaptação do indivíduo ao meio, exatamente pela falta de condições que favoreçam o envelhecimento bio-psico-social sadio.

A aparência do indivíduo se transforma, possibilitando atribuir-se-lhe uma idade, quase sempre com pequena margem de erro. A pele se enrugam em consequência da desidratação e da perda da elasticidade do tecido dérmico subjacente. Há perda dos dentes. A atrofia muscular e a esclerose das articulações acarretam distúrbios da locomoção. O esqueleto padece de osteoporose: a substância compacta dos ossos torna-se esponjosa e frágil, o que explica a frequência das fraturas do colo do fêmur que suporta o peso do corpo. O coração tem seu funcionamento alterado, o sistema circulatório é atingido, os órgãos dos sentidos são atacados.

Mesmo não sendo a velhice uma doença, o velho é mais vulnerável a doenças prolongadas de começo insidioso, como as cardíovasculares e cérebro vasculares, o câncer, os transtornos mentais, os estados patológicos que afetam o sistema locomotor e os sentidos.

*Barmak*⁵ afirma, contudo, que nem mesmo existem doenças peculiares à idade avançada, mas que algumas doenças é que são de maior incidência na velhice.

O processo de envelhecimento vem acompanhado de um declínio do sistema imunológico, declínio que diminui a resistência a agressões por vírus, fungos, bactérias, células cancerígenas que afetam vários órgãos e tecidos²⁶. Cientistas argumentam que nos tornamos velhos, em parte, porque au

mentam as falhas do sistema imunológico - sua linha principal de defesa contra a doença. À medida que a pessoa envelhece, muitas modificações parecem deformar os anticorpos, produzidos pelas células brancas. Os anticorpos tornam-se fracos e quase sem utilidade, ou viram-se contra o próprio corpo que, supostamente, deveriam proteger (*Cherry*²³).

Há um declínio fisiológico relacionado com agressões stressógenas, aumentando de intensidade após a maturidade. Nos velhos avalia-se este declínio pelas mudanças que ocorrem na diminuição do tonus muscular, na diminuição da elasticidade do tecido pulmonar, nas alterações do transporte de gases sanguíneos, na queda do trabalho cardíaco, na diminuição da elasticidade vascular²⁵.

O que existe é uma relação recíproca entre velhice e doença, pois esta acelera a senescência e a idade avançada, e predispõe a distúrbios patológicos, especialmente aos processos degenerativos que a caracterizam.

*Cossermelli*²⁶ aponta as doenças reumáticas como uma das afecções patológicas das mais predominantes nas pessoas de idade avançada. Nos E.U.A., em 16 milhões de artríticos (1960-62) a prevalência abaixo dos 45 anos foi de 15/1000, chegando a 154/1000 no grupo etário dos 45-64 anos, predominante no sexo feminino (2/3 da população).

Com respeito aos acidentes vasculares cerebrais (AVC), há alguns dados estatísticos que mostram a magnitude do problema. A prevalência de AVC nos E.U.A., de 1953 a 1955, foi de 2,6 por 1000 em uma amostra da população total da cidade de Baltimore, e de 21 por 1000 nas pessoas com mais de 65 anos. Em 1940-1952 a incidência de AVC na Dinamarca, no grupo de idade de 60-69, foi de 20,5 por 1000 para homens e de 19,4 para as mulheres. No grupo de idade de 70 a 79 anos a incidência foi de 48,5 por 1000 nos homens e 48,7 nas mulheres⁶⁵.

A aterosclerose, muitas vezes confundida com a arterioesclerose, representa, segundo descrição da OMS em relatório publicado em 1958, "Uma variável combinação de modificações na íntima arterial, que constituem em acúmulo focal de lípidos, complexos de hidratos de carbono, sangue e produtos do mesmo, tecido fibroso e depósitos de cálcio, associados com alterações da túnica média".

Segundo *Nogueira da Silva*⁶⁵ no desenvolvimento da aterosclerose tem significação muito importante a predisposição hereditária, assim como as particularidades constitucionais. Uma série de enfermidades, como diabetes e hipotireoidismo, favorece o desenvolvimento da aterosclerose o que nos faz concluir que existem particularidades do metabolismo, comuns a esses estudos patológicos, em particular o metabolismo dos lípides.

Condições de alimentação, no sentido de consumo exagerado de gordura animal, parecem desenvolver papel importante na origem da aterosclerose. Também a pouca atividade física de alguns grupos populacionais tem demonstrado ser esse um fator importante na etiologia da doença, principalmente nos E.U.A., com relação a frequência da aterosclerose coronária. Contudo, continua aquele Autor, como causa principal da aterosclerose deve ser considerada a tensão psico-emocional, acentuada pelas condições da civilização atual em relação com a imperfeição em suas formas de desenvolvimento. Trata-se portanto, não de uma civilização com o desenvolvimento progressivo das novas condições de vida da pessoa humana, mas sim de seus aspectos negativos, que precisam ser corrigidos no futuro. O aspecto social da aterosclerose inclui, sem dúvida alguma, em primeiro lugar, esse componente neurogênico de sua etiologia.

A arterioesclerose é o envelhecimento do sistema arterial. As artérias se tornam duras e suas paredes se tornam mais espessas.

Para *Nogueira da Silva*⁶² a arterioesclerose afeta principalmente as artérias do coração em 69,8%; em 9,7% as artérias do cérebro; em 9,4% as artérias das extremidades; em 5,9% as artérias renais, ficando o restante para formas difusas do processo.

Para *Melaragno*⁵⁸ o quadro de relaxamento intelectual global, que se costuma denominar de "arterioesclerose cerebral", é habitualmente considerado como peculiar da senilidade, e sob esse título genérico englobam-se diversas afecções comuns do indivíduo idoso, cujas manifestações sintomatológicas são muito variáveis e, frequentemente, sem paralelismo de intensidade com as alterações existentes. Diz ainda o mesmo Autor que "é muito comum considerar-se a aterosclerose e arterioesclerose como condição peculiar de idades avançadas; todavia, as manifestações cardíacas ou encefálicas decorrentes da aterosclerose, embora tenham o ápice de sua incidência nos grupos etários avan-

gados, não poupam com freqüência os jovens e mesmo as crianças".

Causas prováveis da arterioesclerose generalizada, de que o comprometimento cerebral é apenas um aspecto parcial, são ainda muito controvertidas.

Vários tipos de arteriopatia degenerativa com diferentes características anatômicas e, provavelmente, com diferentes fatores etiológicos tem sido rotulados de "arterioesclerose".

Entre estes há a arterioesclerose senil. Nada mais é que a resultante das várias modificações por que passam os tecidos no processo normal do envelhecimento. Sob o ponto de vista anatômico, o que a caracteriza é o espessamento difuso da íntima arterial.

Com relação às doenças mentais, a freqüência das mesmas atinge um índice bem mais alto na velhice, uma vez que no processo do envelhecimento humano ocorre um acúmulo de alterações degenerativas e patológicas nos sistemas biológicos que formam a base do comportamento organizado.

Não é possível especificar com precisão as modificações orgânicas complexas e os processos envolvidos em muitas perturbações mentais, embora hoje já se conheça melhor as diferentes formas de doenças mentais que ocorrem na velhice; admite-se mesmo que muitos transtornos atribuídos anteriormente a modificações irreversíveis da senescência nada mais são que estados familiares observados nos anos juvenis, cuja manifestação clínica se modifica na senescência.

Desta forma, novas oportunidades têm-se aberto na maneira de tratar os problemas do velho, pois muitos deles, que no passado teriam sido recolhidos a instituições mentais, podem agora manter-se na comunidade.

O grupo de peritos em Psicogeriatria da O.M.S.⁶⁵, em reunião realizada em outubro de 1970, em Genebra, propôs a seguinte classificação para enquadrar as doenças mentais da velhice;

- Psicose senil atrófica
- Psicose arterioesclerótica e outras enfermidades cérebro-vasculares
- Demência senil

- Psicose afetiva
- Esquizofrenia
- Síndrome Paranóica
- Neurose
- Transtornos da Personalidade

Com a proposta desta classificação espera o grupo permitir es tabelecer uma relação mais clara entre o tipo e o grau da doença e a assis tência e tratamento necessários; os critérios que determinam o ingresso de um paciente a uma instituição e o tipo desta são hoje, com freqüência muito mais sociais que médicos.

Parece que se pode concluir que as doenças mentais ocorridas na velhice resultam da interação de fatores ao nível da predisposição (características genéticas e experiência da vida) e fatores desencadeantes, como doença física e problemas emocionais.

Embora não se possa dizer que existem moléstias, característi cas da senilidade, as moléstias crônicas, de modo geral, apresentam-se nesta fase da vida com certas peculiaridades, exigindo por parte de médicos, educadores, terapeutas ocupacionais, psicólogos e outros profissionais da área da saúde maior consideração, pois todos querem chegar à velhice conservando o vigor dos órgãos, a beleza do corpo e o equilíbrio da mente.

IMPLICAÇÕES SOCIAIS NO PROCESSO DO ENVELHECIMENTO

"Falar sobre o ajustamento pessoal e social significa falar sobre as duas grandes metas da vida, em qualquer idade. Há uma harmonia interior, que constitui o ajustamento pessoal e uma harmonia com o que nos rodeia, que constitui o ajustamento social. O problema de uma ciência - como a gerontologia, consiste em compreender tais harmonias descrevê-las objetivamente, medi-las, se possível, e descobrir sua recíproca conexão, e a conexão com os outros aspectos da vida humana".

R. J. Havighurst

Os problemas biológicos da velhice criam, simultaneamente problemas sociais¹⁷. O fato de uma pessoa pensar que é jovem, de meia idade, ou velha, depende de muitos fatores: idade cronológica, saúde física, modo como é tratada pelos outros, normas sociais predominantes e atitudes relativas às diferenças de idade.

A involução senil de um indivíduo sempre se produz no seio de uma sociedade; depende muito da natureza desta e do lugar que nela ocupa o indivíduo em questão.

Para compreender a realidade e o significado da velhice, é indispensável examinar qual o lugar nela atribuído ao velho, qual a imagem que dele se tem em diferentes épocas e em diferentes lugares.

Não será feito aqui um relato exaustivo da condição do velho através dos tempos, mas apenas algumas considerações que pela natureza do trabalho, são julgadas necessárias.

Um estudo comparativo entre diferentes povos revela que não há progresso com relação ao atendimento do ancião; revela, contudo, tendência para idealizar a necessidade para auxiliar a perda de capacidade com o transcurso do tempo. Nenhuma ação foi efetiva sem que houvesse pressão da comunidade.

Para os hebreus, envelhecimento equiparava-se à sabedoria. Basta lembrar a figura do patriarca.

Já os gregos glorificavam a juventude, procurando desfrutá-la ao máximo, e sua literatura reflete o temor ao envelhecimento. Na realidade, para os antigos gregos, o envelhecimento era um destino pior que a morte (*Flaceliere*³⁸).

Os romanos continuaram a desvalorização helenística do ancião e do envelhecimento. Sua imitação dos gregos estendia-se não somente à Linguagem, à Religião, à Filosofia, como também à sua conduta e ao conceito mais prático de considerá-los excluídos da sociedade (*Albrechet*¹).

Os egípcios acalentavam esperança de vencer a velhice, pois sob o ponto de vista orgânico, como mencionado anteriormente, a velhice representa um declínio insofismável e, dessa forma, a maioria dos homens a tem receado. Para transformar "um homem velho em jovem", os egípcios recomendavam a ingestão de glândulas frescas retiradas de animais jovens²⁰.

Com o advento do cristianismo o ancião passou a receber maior reconhecimento do que nas civilizações antigas. A preocupação da Igreja com a salvação da alma não excluiu a humildade, a pobreza, as doenças, nem a velhice. A caridade, a hospitalidade e os cuidados eram elementos essenciais na vida e confortaram muitos velhos em seus momentos de necessidade.

Os problemas sociais observados atualmente no processo de envelhecimento prendem-se, sobretudo, a dois fatores principais: "envelhecimento da população" e "progresso tecnológico".

Por "envelhecimento da população" entende-se o aumento da proporção de indivíduos nos grupos de mais idade da população. Os diferentes aspectos do fenômeno do envelhecimento podem ser calculados mediante índices estatísticos, de acordo com o problema em estudo, como:

- a proporção de pessoas em idade avançada (por ex., os aposentados) na população total;
- a proporção de pessoas bem velhas (cronologicamente) na população de idade avançada (por ex., os indivíduos de 80 anos e mais no grupo de 65 anos em diante);
- a razão entre um e outro sexo (nº de homens comparado com o nº de mulheres da mesma idade).

A longevidade pode ser determinada por:

- esperança de vida nas diversas idades (60, 65, 75 anos).
- probabilidade de que uma pessoa que chegou a uma determinada idade (por. ex., 60 anos) chegue a outra idade (por ex., 65, 70 anos).

O "envelhecimento da população" é um fato, talvez um dos menos contestáveis e de marcha mais segura. Ainda que pareça um fenômeno simples, suas conseqüências são múltiplas e quase nunca reconhecidas. Por exemplo, uma proporção muito alta de pessoas de idade avançada em relação com a força de trabalho, representa uma pesada carga econômica. As pessoas idosas hoje não só são muito mais numerosas que antigamente, como também se integram mais espontaneamente à sociedade.

Permanecer em uma situação de acomodação não é mais possível, porque tal processo já está afetando o equilíbrio da sociedade. Cada membro da comunidade necessita, hoje, ter consciência de que seu próprio futuro está em pauta e quase todos temos relações estreitas e pessoais com alguns velhos.

O "progresso tecnológico" é outro fator intimamente ligado aos problemas sociais relacionados com o processo do envelhecimento.

Os antigos ideais, ainda que pragmáticos e moralmente corretos, tornam-se inaplicáveis à sociedade atual. Até meados do século passado o homem vivia em média 30 a 40 anos e as coisas se transformavam lentamente. Hoje, tudo se transforma rapidamente e ele vive perto de 70 anos.

O progresso da industrialização, da especialização, da urbanização e da automação quebrou as instituições sociais tradicionais e enfraqueceu o poder estabelecido dos membros mais velhos da comunidade, principalmente dificultando sua adaptação às transformações muito rápidas.

Há hoje, provavelmente, uma separação funcional de gerações em cada família, que resulta, em última análise, de separação geográfica e separação "efetiva" entre os velhos e os membros mais jovens da comunidade (Brown¹⁶).

A vida industrial urbana deu origem à agrupamentos ocupacio

nais em que as interações e as relações de caráter afetivo tendem a desenvolver-se fora da situação de trabalho. A família e outros agrupamentos sociais primários têm de adaptar-se às exigências da situação de trabalho. A evolução tecnológica e social, as diferenças de profissão entre pais e filhos, a educação, a habitação, a especialização profissional e as pressões sociais constituem a causa dessa distância entre uma geração e outra. Existe, por assim dizer, ambivalência com respeito à noção de velhice conferida por uma luta de classes¹⁶.

De certo modo, parece ter o prestígio da velhice decrescido em consequência de se achar desacreditada. Para uma sociedade tecnocrata, o saber não se acumula com os anos. Torna-se, ao contrário, superado. Com a idade vem uma desqualificação. Os valores apreciados são os que se acham ligados à juventude.

*Capisano*²⁰, caracterizando a pessoa idosa, coloca como ponto de partida os mecanismos de defesa usados pelo velho, contra o meio que o cerca, reportando-se a esse meio como sendo quase sempre hostil. Quando nos referimos aos jovens, a nossa visão é o futuro e com essa perspectiva dedicamos energias otimistas. Com os velhos, lidamos com horizontes definidos, fechados, pessimistas, sem lucros e sem vantagens. Desta forma, o velho tem que se defender, tornando-se desconfiado, com medo do futuro e afastando-se cada vez mais da sociedade.

*Cumming e Henry*²⁸ observaram que a "velhice é uma retirada mútua e inevitável, resultando na diminuição da integração entre as pessoas idosas e as outras no sistema social a que pertencem".

As relações que persistem são alteradas em qualidade e são aceleradas pelo declínio da saúde e da mobilidade.

As causas das diferenças entre os indivíduos é muito variável quanto ao tempo em que se iniciam e a rapidez com que se desenvolvem. O grau de qualidade também difere de um indivíduo para outro; mas, uma vez instalado, assume marcha progressiva.

*Tallmer e Kutner*⁷⁸ concluíram que é "a correlação da velhice, isto é, a diminuição da saúde, a morte de familiares e a diminuição da vida

social devida a fatores relacionados à idade que parecem produzir a retirada social do indivíduo".

Inegavelmente há uma redução sistemática do grau de interação social como um dos sinais mais evidentes de velhice.

Concorrem para agravar essa situação vários fatores demográficos, sócio-culturais e epidemiológicos, como aposentadoria, perda de companheiros de trabalho, aumento de tempo livre, mudanças nas normas sociais, impacto da idade sobre o indivíduo, impacto social da velhice, perda de segurança econômica, rejeição pelo grupo, filhos que se afastam, dificuldades criadas pela sociedade industrializada, condução difícil, trânsito congestionado, contaminação do ar afetando a sua saúde, aumento da frequência de determinadas enfermidades, dificuldades de aceitação de novas idéias que se chocam com os modelos tradicionais de conduta, fazendo o velho duvidar do que vem até então seguindo.

De todos os fatores acima citados chamamos atenção especial para o fator "aposentadoria", pelas conseqüências negativas que acarreta na maioria dos indivíduos e pela necessidade de medidas sobretudo educativas e terapêuticas capazes de solucionar os problemas por ela ocasionados.

A vida profissional do homem, segundo Lambert⁴⁵, passa por três etapas, que correspondem ao processo biológico natural da vida humana: a adolescência, período de iniciação profissional e de aquisição de independência social, a idade adulta, período de estabilização e de interdependência social, e a velhice, ou a 3a. idade, que evolui pouco a pouco até a inatividade profissional, que culmina com a aposentadoria.

Para Salgado⁷⁵ "a aposentadoria deveria constituir-se em mérito e coroação de uma vida, entretanto, assume características de um estigma social, resultando daí uma autêntica marginalização".

O grande drama do aposentado, na maioria das vezes, é que depois de muitos anos de trabalho, recebe de repente uma liberdade para a qual não está preparado e, às vezes, nem sabe o que fazer dela. A aposentadoria pode acarretar ociosidade frustrante e perigosa, a qual, por sua vez, pode

contribuir para o desencadeamento ou a precipitação de problemas físicos e mentais. As reações são as mais diversas. Embora deseje ver-se livre da exigência do trabalho remunerado, surge uma resistência contra a qual o indivíduo reage das mais diversas formas.

Alguns se ressentem teimosamente de qualquer tipo de pressão que sobre eles se pretenda exercer, no sentido de reduzir seus encargos, diminuir suas responsabilidades e avaliar-lhes o trabalho. Outros morrem como sempre viveram, ativos e integrados. Há os que desprezam qualquer conselho, mesmo com boa intenção e no seu próprio interesse, quando se trata de fazê-lo abandonar uma atividade que havia constituído o centro de sua vida: trabalho, negócio, ocupação científica.

De qualquer forma sempre há uma luta contra o processo, em diferentes níveis, porque de qualquer forma o velho não possui os mesmos recursos físicos e mentais de quando era mais novo.

Praticamente, a aposentadoria coincide com a época em que os fatores de envelhecimento se tornam mais evidentes, embora ditos fatores se manifestem de maneira distinta em cada indivíduo. A variedade de constituições pessoais, as diferenças de forma de vida, do meio social, e de alimentação se combinam, dando ao envelhecimento caráter estritamente individual.

Aos 50 anos um trabalhador pode estar no auge de sua forma física e mental, enquanto outro, de mesma idade, e até com menos, poderá apresentar um desgaste prematuro chegando à verdadeira ancianidade.

"As variações do ritmo de envelhecimento", diz *Bourlière*¹³, "têm como conseqüências particularmente importantes de ordem profissional. Na medida do possível, deve-se adaptar o tipo de trabalho de acordo com a evolução das possibilidades do indivíduo, para não provocar desequilíbrio e agravar posteriores situações".

Todas as funções humanas sofrem deterioração com a idade; no entanto, precisamente porque as diferentes funções do organismo se combinam e se completam, e a experiência adquirida permite utilizá-las melhor e com mais eficácia, a deterioração das funções humanas pode ser, em grande parte, compensada pela facilidade de integração.

A aposentadoria pode ser apontada como uma das principais causas da redução sistemática do grau de interação social, tão característica da pessoa, na medida em que avança em idade. Não à aposentadoria em si que é, por assim dizer, uma consequência da evolução social, mas pela maneira como é imposta ao indivíduo.

O trabalho remunerado desempenha importância fundamental na vida do homem, mesmo em nível emotivo, definindo, de certa forma, as funções sociais de primeiro plano do indivíduo.

O fim do trabalho remunerado de maneira abrupta, sem continuidade, implica em perda do sentido de integração na comunidade, sobretudo no que se refere a pequenos grupos não oficiais que constituem o edifício social. Dessa forma, diminui o número e a intensidade das pressões de caráter social a que a pessoa tem que se submeter para assegurar a conformidade às normas e perspectivas sociais.

O problema do aposentado é encontrar uma maneira satisfatória de se desligar do emprego e isso exige colaboração mútua do indivíduo e da sociedade (*Donahue*³²).

O aposentado necessita, entre outras coisas, de bem estar material, continuidade das atividades e das relações sociais que lhe garantam aproveitamento adequado das horas de ociosidade, e atenção à saúde física. A aposentadoria representa um marco de transição de um período de ocupação ativa para um de afastamento e quebra dessa ocupação. O que realmente existe são problemas de adaptação criados por esse período de transição. Em princípio, essa transição deveria estar na dependência direta das necessidades e capacidades individuais e não na da idade medida pelo calendário, como geralmente acontece.

A adaptação do indivíduo só pode ser efetiva quanto mais ele conservar o sentido de continuidade e de identidade, apesar das alterações fisiológicas, sociais e psicológicas, próprias dessa fase da vida.

*Bromley*¹⁴, a esse respeito, fala em "ecologia do comportamento". Diz o Autor que "é necessário aprender muito sobre a evolução gradual dos padrões de adaptação normal às modificações que ocorrem com o tempo, a partir de estudos sobre as alterações devidas à idade nas relações entre as pessoas e seu meio-ambiente". Uma perspectiva "ecológica" permitir-nos-ia

abordar com rigor os tipos de adaptação na velhice.

Quando o trabalho representa uma vocação, parece haver melhores condições de adaptação, pois o indivíduo continua ou dá continuidade a alguns aspectos de sua vivência, mantendo, às vezes, até o fim da vida certos profissionais. Já isto parece não acontecer quando o indivíduo exerce uma profissão por rotina, ganha o suficiente, mas não há sentido especial ou não alcança nenhum significado pessoal, de modo que permita oportunidade de repercurssão no período que se segue depois da vida profissional.

Os indivíduos com antecedentes já de difíceis relações sociais se isolam mais depressa e mais completamente do que as pessoas normais.

Prolongar anos de produção, quando as pessoas têm condições, é uma medida razoável, particularmente quando se trata de pessoas com ocupação profissional definida, como médicos, advogados, cientistas, engenheiros e outros que passam muitos anos estudando e adquirindo experiência profissional.

O vigor físico e mental, através da maturidade e mesmo até à velhice, não é uma idéia de ficção científica, é um objetivo aceitável e realista. Atingir esse objetivo, porém, levanta o problema: o que se deve fazer com a pessoa em idade de aposentar-se que ainda é capaz de trabalhar e tem vontade de fazê-lo?

Não se pode estabelecer um padrão, ou uma forma mais, perfeita de adaptação. Ela deriva lenta e logicamente dos padrões de comportamento anteriores.

*Bourlière*¹³ "considera que a adaptação é considerada eficaz quando o indivíduo supera com eficiência as suas frustrações resolve conflito, consegue satisfações e realizações socialmente aceitáveis".

*Mullan*⁵⁹ cita como atitudes de uma boa adaptação:

- a. com relação a si próprio: quando o indivíduo aceita o processo do envelhecimento; de modo geral está satisfeito com seu estado e seu papel; não simula a própria idade, não está preocupado com seu aspecto e não requer perfeição de si mesmo;

- b. com relação aos familiares: aceita os familiares, vendo nos mesmos uma companhia razoável, acreditando-se livre e satisfeito, ainda que esteja separado dos mesmos;
- c. com relação ao mundo: quando considera a enfermidade e a morte como experiência da vida, não tentando negá-las ou ignorá-las, tendo crenças religiosas que incluam a concepção de que existe um além.

Não resta dúvida de que esses são alguns dos aspectos de uma boa adaptação. Mas como pode um indivíduo chegar a esse tipo de adaptação? Sabe-se que não existe nenhum homem igual diante da velhice; a adaptação de cada um está na interdependência de inúmeros fatores, os quais, muitas vezes, não dependem diretamente do indivíduo.

A sociedade determina o lugar e o papel do velho, levando em conta suas idiosincrasias individuais, sua impotência, sua experiência; reciprocamente, o indivíduo é condicionado pela atitude prática e ideológica da sociedade a seu respeito.

Julgar-se quite com o indivíduo, assegurando-lhe apenas o benefício material é, de certo modo, uma acomodação da sociedade; além disso, para os "ativos", o velho representa um peso quando, na realidade, a sociedade deveria ver nos "inativos" não um peso, mas uma garantia do futuro de seus "ativos".

Os fatores sociais, culturais e econômicos envolvem de tal forma o processo de envelhecimento, que jamais poderão ser desligados de quaisquer estudos, análises ou pesquisas que se façam sobre este período da vida.

ASPECTOS PSICOLÓGICOS DO PROCESSO DO ENVELHECIMENTO

Em março de 1971 Gruspun⁴², comentando os aspectos psicológicos da velhice, assim se expressou: "atualmente, quando nos referimos à psicologia da velhice, falamos em psicologia do excepcional". Mesmo parecem

do ter atitude negativa com relação à velhice, o Autor mostra que esse período da vida é encarado como fase à parte e não como resultado natural do processo vital ou dele integrante.

*Marcondes*⁵³ analisa o assunto dizendo que o adolescente sonha com a idade adulta. A escola, a casa, tudo age no sentido de prepará-lo para o dia em que será livre para viver sua própria vida. Ouve-se o adolescente dizer "quando eu crescer", mas nunca ele e os responsáveis por sua educação pensam no dia em que terá de reduzir suas atividades. Fecham o espírito para a contemplação desse período. E quando chega, é sem planos, tedioso e de isolamento, ao invés de satisfatório, agradável e compensador. O jovem tem diante do velho uma atitude negativa, pois é difícil imaginar-se a si mesmo na figura do velho.

Os problemas psicológicos que surgem na velhice devem ser enfrentados muito antes dela chegar.

Desde criança, diz *Capisano*²⁰, "o homem se vai enganando com fantasias e, sobretudo, com ambições hipervalorizadas, que encontram na realidade, o tûmulo das decepções e das frustrações. O seu futuro vai depender da capacidade de suportar frustrações, o que é conseguido se utilizar, em contato com a realidade, sua energia libídica".

O homem, continua o Autor, pode encobrir muito bem sua fragilidade durante todo o período de fastígio profissional, social e familiar, mas quando entra na senescência não pode mais camuflar e aí revela todos os traços neuróticos colhidos na infância. Expõe-se a contínuas rejeições e vai ter melhor ou pior processo de envelhecimento, de acordo com a estrutura de persóalidade que se formou na infância. Boa infância pode levar a boa velhice.

Segundo *Donahue*³¹, a pessoa em idade avançada possui persc-nalidade peculiar; há mudanças psicológicas baseadas em capacidades físicas ou fisiológicas, com variação de grau e de momento em que começam a procesar-se, dependendo do indivíduo e das funções.

Referindo-se à inteligência, *Greenberg*⁴⁰ diz "se bem que é certo que no cérebro de pessoas em idade avançada possa haver mudanças pato-

lógicas discretas, moderadas ou extensas, tais mudanças não guardam uma relação matematicamente exata com o quadro clínico do indivíduo".

Estudos e observações provam que pessoas em idade avançada são capazes de suportar grandes mudanças degenerativas nas estruturas do sistema nervoso central sem que, por isso, se altere sua conduta sempre e quando seu ambiente cultural siga estimulando-os adequadamente. No momento em que o modo de vida da pessoa em idade avançada sofre radical ou brusca mudança como morte do cônjuge, aposentadoria, internação em asilo, começa a decair irremissivelmente.

Personalidade - A personalidade da pessoa em idade avançada está sob contínua tensão causada por estímulos exteriores, frustrações pessoais que tem que enfrentar, necessidade de defender-se; quando falham os mecanismos de ajustamento, sobrevêm os problemas psico-somáticos.

Há dificuldade do velho integrar mentalmente todos os estímulos que chegam ao meio externo; muitas vezes, em consequência, bloqueiam inconscientemente alguns deles e atendem só os inconscientemente importantes.

Percepção - O indivíduo em idade avançada tem dificuldade para organizar devidamente os estímulos sensoriais que recebe; evidentemente, a deterioração que os órgãos dos sentidos começam a apresentar contribuem para isto.

*Capisano*²⁰, referindo-se à psicologia da pessoa em idade avançada, prende-se mais à sua caracteriologia, descrevendo-a como frágil e com dificuldades de equilíbrio com o mundo que o rodeia.

Ao redor dos 30 anos, diz o Autor, o homem obtém resultados bastante efetivos pelo conjunto de suas atividades com memória tipográfica, memória discritiva, compreensão de questões de ordem técnica, respostas aos estímulos visuais e auditivos, força muscular, habilidade manual, ritmo de trabalho.

É possível afirmar-se que, quanto mais o físico e a mente são solicitados para trabalho produtivo, também mais tardiamente se pode envelhecer.

O envelhecimento depende de como o indivíduo viveu. Se passou a vida adulta de forma dinâmica e criadora, poderá ter envelhecimento ativo e proveitoso. Envelhece-se como se viveu.

Diante de testes, a pessoa em idade avançada encontra-se em situação diferente da realidade. O indivíduo reage perante um conjunto de fatores de sua existência familiar, social, profissional, não verificáveis quando se submete a testes. O psicólogo obtém resultados abstratos, porquanto não pode avaliar o paciente em sentido integral.

Os testes dão informes úteis, mas deve-se considerá-los com a ressalva referida.

Quanto mais inculto o indivíduo, mais empobrece seu vocabulário à medida que avança em idade. A memória decresce na proporção direta de sua menor solicitação. Ela é mais atingida no trabalhador braçal, no aposentado, no inativo do que no intelectual, no homem em trabalho normal, no ativo, pois quanto mais o cérebro é solicitado, menores são as possibilidades de redução da memória.

Depois dos 45 anos, as reações motoras são menos rápidas; depois dos 60 anos, há reação inadequada quanto a testes de inteligência quando o tempo é medido.

Com o avançar da idade, menor é a capacidade de adaptação a coisas novas, em face da redução de sua flexibilidade. A adaptação pode declinar à medida em que não é alimentada. Um homem que reduz observação, conhecimento, abstração ou outros recursos de adaptação poderá aos 30, aos 40 ou mais anos ter dificuldade em se ajustar a novos moldes de vida. A inadaptação não está relacionada ao avanço da idade, mas ao desuso das qualidades que a constituem.

Os testes, grosso modo, parecem revelar que, quanto mais elevado o nível intelectual de um indivíduo, mais lento é o decréscimo de suas faculdades. Memória e inteligência, quando exercitadas e excitadas, oferecem maiores possibilidades de serem conservadas intactas.

Bromley¹⁴ distingue dois tipos de declínio das faculdades intellectuais: um é quantitativo, e sob esse ponto de vista as capacidades mentais adquiridas deterioram-se menos rapidamente que as inatas. O outro é quan-

litativo e diz respeito ao próprio processo de conhecimento; é como se, com o envelhecimento, a inteligência caminhasse para trás e o conhecimento se tornasse menos crítico, mais literal, menos abstrato, menos geral em suma, mais primitivo.

Dois métodos básicos podem ser seguidos para estudar os efeitos do envelhecimento sobre o desempenho humano: o longitudinal e seccional. No primeiro toma-se uma amostra de pessoas nascidas num determinado ano e que têm, portanto, em dado momento a mesma idade, submetendo-as a determinados testes; daí por diante mantêm-se em observação esta amostra, repetindo os testes a intervalos regulares (por ex., de 10 em 10 anos). Paralelamente aplica-se o mesmo processo a grupos nascidos em outras épocas, por exemplo, 10 anos antes e 10 anos depois do primeiro grupo. Com esse método é possível revelar alterações sistemáticas, ligadas a idade, na estrutura ou no padrão das capacidades intelectuais humanas.

Entretanto, é um método que tem muitas desvantagens, exige tempo, além de ser de difícil administração.

O segundo método, o seccional, faz uma espécie de corte através de amostras equivalentes de pessoas de idades diferentes, é mais rápido, mais barato e de aplicação mais simples. Escolhem-se amostras equivalentes de pessoas de idades diferentes (por ex., em cada década dos 20 aos 80 anos); comparam-se essas pessoas por meio de métodos padronizados de observação aplicados de uma vez, e não periodicamente como no primeiro método. Embora apresente vantagens sobre o primeiro, apresenta maiores defeitos metodológicos.

Quanto aos resultados, ambos não dão essencialmente os mesmos resultados. O primeiro, na maioria dos casos, revela nível máximo de funcionamento lá para o fim dos 20 anos, isto é, quando a pessoa se aproxima dos 30 anos; algumas das capacidades se mantêm até épocas ulteriores e outras declinam acentuadamente na meia idade. O seccional revela efeitos deletérios da idade em várias funções intelectuais a partir dos 20 anos e progressivamente desde então.

Especialistas no assunto concluem que mais satisfatória é a combinação dos dois; parece não ter muito sentido medir simplesmente a dife

renças de desempenho entre pessoas de idades cronológicas diferentes, visto que assim se confundem as diferenças de idade com as de geração.

Podemos aceitar, em princípio, que boa parte da inteligência, como do físico humano, pode conservar-se melhor pelo exercício sistemático.

*Linden*⁵⁰ chama a atenção para um trabalho e esforços conjugados, partindo dos familiares, pediatras, meio-ambiente, a fim de que o mundo moderno tenha consciência do programa de longa extensão para o conforto da vida das pessoas em idade avançada, citando, entre outros, os seguintes aspectos:

- melhores relações familiares
- melhores condições da infância
- preparação consciente do indivíduo adulto para a senescência
- tratamento das dificuldades emocionais do homem que avança na idade.

A velhice, diz *Capisano*²⁰, "é uma dificuldade em ser; ela é, para o indivíduo, algo de que ele não possui experiência anterior completa, não reside em sua consciência e só pode ser percebida à distância. O nosso inconsciente para ignorar a velhice, pois não distingue o verdadeiro do falso".

Quando há doença, há possibilidade de se detectar a velhice, porquanto aparecem os sintomas e ela faz sentir sua presença. O indivíduo tem consciência do que se passa com ele, o que não acontece com o envelhecimento. Na doença há esperança de cura, de interromper sua evolução, mas na velhice ocorre a irreversibilidade. A doença, como fenômeno biológico, faz sentir sua presença.

No campo da geriatria cabe à psicologia primeiro estabelecer os fatos ligados ao envelhecimento humano e depois descobrir formas de evitar ou de diminuir as consequências negativas do envelhecimento; ajudando a compensar os efeitos que não podem ser evitados, ela pode favorecer muitos momentos felizes no fim da vida.

V - SITUAÇÃO DO VELHO NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

CONSIDERAÇÕES GERAIS

O aumento do tempo médio de vida e a tendência das populações em se localizarem em grandes aglomerados urbanos são dois fatores reconhecidamente incontestáveis na época atual.

O primeiro traz como consequência o aumento cada vez maior da população em idade avançada. Em 1910, havia na Inglaterra 75 indivíduos maiores de 60 anos por 1000 habitantes; em 1947 tal relação era de 152. Na Suécia, em 1900, havia 119 maiores de 60 anos por 1000 habitantes; em 1947, havia 153. Em 1970, calculava-se a população mundial de 60 anos ou mais em 291 milhões (ou seja, 8% da população total). Espera-se que no ano 2000 o número de maiores de 60 anos atinja 585 milhões. Isso significa que, em 30 anos, haverá o dobro de indivíduos com mais de 60 anos, representando aumento de 8 a 9% na proporção de pessoas em idade avançada em relação à população total.

De acordo com o Comitê de Expertos en Planificación y Organización de los Servicios Geriátricos⁶⁵, tal aumento da população em idade avançada tem significado ainda maior quando se considera a possibilidade de que aumente, até com maior rapidez, tanto o número de pessoas de mais de 80 anos, como sua proporção em relação à população total.

No Brasil, país de cerca de 8 milhões e meio de Km² de extensão, com uma população de 93.204.379 habitantes, de acordo com os dados do IBGE (censo de 1970), 5,11% dessa população se situam na faixa de 60 anos e mais, ou seja, 4.760.638 habitantes. Deste total, 60% (2.870.720) estão localizados na zona urbana e 40% (1.889.918) na zona rural. Comparando tais dados com os de 1960 do mesmo IBGE, verifica-se que o grupo etário de 60 anos e mais era de 3,1% e, em 1970, de 5,11%. Houve portanto, um incremento de 2%, o que representa um aumento de 66% no total, fato que começa a causar preocupações, pois a população geral neste período aumentou de mais de 33% (tabela 1).

TABELA 1 - População brasileira em sua distribuição por 60 anos e mais, segundo censos de 1960 e 1970.

Censo	População total	População de 60 e mais	%
1960	70.119.071	2.185.327	3,10
1970	93.204.379	4.760.638	5,11

IBGE - Censo de 1970.

O Município de São Paulo, objeto de nosso estudo, apresenta uma população, de acordo com o censo de 1970 (IBGE), de 5.924.615 habitantes, dos quais 1.411.877 têm mais de 40 anos; de cada quatro pessoas, uma tem mais de 40 anos. Isso significa que 1/4 da população do Município de São Paulo já ingressou no campo de interesse geriátrico e gerontológico e que urge analisar e estudar a situação dessa população (tabela 2), planejando-se sobre o que acontecerá ao grande número de pessoas em idade avançada, em futuro próximo, caso sejam mantidas as normas sociais vigentes.

TABELA 2 - Distribuição da população de maiores de 40 anos do Município de São Paulo, segundo faixa etária e sexo.

Grupo etário	sexo		total	%
	masculino	feminino		
40 ——— 49	322.300	329.934	652.234	46,1
50 ——— 59	189.969	209.359	399.328	28,3
60 ——— 69	108.228	126.994	235.222	16,7
70 e mais	52.156	72.937	125.093	8,9
Total	672.653	739.224	1.411.877	100,0

IBGE - Censo de 1970

SITUAÇÃO ATUAL DA POPULAÇÃO DE IDADE AVANÇADA NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

Com o objetivo de apresentar a situação tanto quanto possível mais próxima de nossa realidade, baseamo-nos em dados obtidos através de uma pesquisa realizada de janeiro a dezembro de 1974 em entidades que, pelas mais variadas razões assistem pessoas velhas. A pesquisa restringiu-se ao Município de São Paulo, englobando 101 entidades públicas e particulares, municipais, federais ou estaduais, entre as quais Clínicas de Repouso, Asilos, Pensionatos, Casas de Repouso, Grupos de Aposentados e Obras Assistenciais (sobretudo junto a Igrejas).

A investigação foi feita através de:

- Formulário (anexo)
- Observação "in loco"
- Entrevista com clientes e profissionais com quem mantêm contato mais direto.

Excluíram-se 4 entidades por impossibilidade de acesso às mesmas, cujo objetivo é apenas o de fornecer alimento, agasalhos e medicamentos e 10 que não apresentavam condições para responderem às perguntas formuladas, por falta absoluta de dados.

Também foram computados neste estudo:

- os indivíduos que, embora residentes no município de São Paulo foram encaminhados para o interior do Estado, pelas próprias entidades que os atenderam, entidades estas que mantêm obras em Bauru, Marília, São João da Boa Vista, Tam~~ba~~baú e Tupã;
- e os de idade superior a 60 anos, que residem com famíliares ou têm condições físicas e psíquicas para se manteremsós.

ANÁLISE DOS RESULTADOS

Foram, portanto, objeto deste estudo 71 entidades, das quais 53,5% estão há menos de 10 anos em funcionamento e, 46,5% há mais de

10 anos; 94,4% só funcionam em regime de internato, 2,8% só em regime de externato e 2,8% em regime de internato e externato.

Através dos dados obtidos pudemos comprovar que o indivíduo em idade avançada já constitui, no Município de São Paulo, problema social e problema médico. Todavia, não existem diretrizes que favoreçam uma adequada política de bem estar da pessoa em idade avançada, decorrente da falta de uma política nacional de saúde. Muito do que se faz à pessoa em idade avançada ainda está em bases amadorísticas.

São Paulo, grande centro industrial e populacional, apresenta, embora em menor escala, características européias e americanas no que toca ao problema da pessoa velha, que vem assumindo dimensões cada vez maiores; mas o que se tem feito para solucioná-lo está muito aquém de corresponder às necessidades. Basta considerar que, das 71 entidades estudadas, 2,8% apenas são públicas, para 97,2% particulares. Não existe preocupação nem necessidade, em 73,2% das entidades, de fazer propaganda dos serviços oferecidos, tendo em vista o número limitado de vagas de que dispõem, o que constitui o maior problema em 39,4% das entidades.

É bastante evidente a marginalização das pessoas em idade avançada entre nós. Embora funcionem com vários objetivos, a finalidade de 39,4% das entidades pesquisadas é assistir pessoas que não encontram ajustamento na família, 22,5% é dar abrigo e 15,4% assistência médica.

O problema do abandono e rejeição por parte da família e parentes é abordado em quase todas as entidades. Embora se reconheçam a impossibilidade de determinadas famílias manterem a pessoa em idade avançada em casa, seja porque a sociedade mudou tanto e tão bruscamente que não permite ao velho acompanhar essas mudanças, seja porque a família não tem condições financeiras de arcar com mais essa responsabilidade, não se justifica a marginalização do velho, cujos familiares chegam a tomar medidas inconcebíveis, como enganá-lo para ser internado, ou transportá-lo dopado para que não apresente resistência.

Há ainda outro problema comum em qualquer classe social; o velho, uma vez internado, salvo raras exceções, é esquecido e abandonado pe

los familiares e parentes. Destes, alguns só aparecem por ocasião de falecimento e muitas vezes, nem nessas ocasiões; outros vão até a entidade uma vez por mês para fazerem o pagamento, ou até delegam essa responsabilidade; há ainda aqueles, que por ambição tentam "tramas" em relação a heranças, levando preocupação também ao pessoal da entidade.

O problema social do velho parece ser ainda maior que o problema médico: a causa de procura da entidade, em 52,8%, é o desajustamento familiar, em 28,5% o desajustamento social, em 14,2% a falta de recursos materiais e por outras causas 4,5% (tabela 3).

TABELA 3 - Causa de procura das 71 entidades estudadas.

Causas	%
Desajustamento familiar	52,8
Desajustamento social	28,5
Falta de recursos materiais	14,2
Outras	4,5
Total	100,0

O número de pessoas atendidas por essas entidades atinge o total de 6.720, em idades que variam de 60 a 80 anos e mais. As entidades recebem desde 10 até 1000 pessoas; 67,6% são naturais ou residentes da cidade de São Paulo, 11,2% são estrangeiras, 9,8% são provenientes da região da Grande São Paulo, 4,2% de outras regiões do Estado de São Paulo, 4,2% de capitais de outros Estados, 3,0% do interior de outros Estados.

A idade dos clientes das entidades estudadas é da ordem de 14,2% na faixa etária de 80 anos e mais; 71,8% na faixa etária de 70-79; 9,8% na faixa etária de 60-69; 4,2% na faixa etária de 50-59 anos (tabela 4).

TABELA 4 - População das entidades estudadas, segundo a idade.

Faixa etária	%
50 —————59	4,2
60 —————69	9,8
70 —————79	71,8
80 e mais	14,2
Total	100,0

Quanto ao fator sexo, o número de mulheres é maior que o número de homens. Ainda que a pesquisa feita no Município de São Paulo, só apresente os dados de uma parcela da população em idade avançada, a diferença por sexo é bem significativa: das 71 entidades estudadas, 26 recebem só mulheres (36,6%), 2 só recebem homens (2,9%) e 43 são mistas (60,5%). Destas últimas, 37,9% têm mais mulheres que homens e 22,6% mais homens. Portanto, em conjunto predominam as mulheres, com 74,5%, sobre os homens, com 22,5% (tabela 5).

TABELA 5 - População das entidades estudadas segundo o sexo.

Entidades	%	Mistas	%	Total %
Só mulheres	36,6	Mulheres	37,9	74,5
Só homens	2,9	Homens	22,6	25,5
Mistas	60,5			
Total	100,0		60,5	100,0

Nas entidades de clientes externos predominam os homens, quando não são exclusivamente de homens. Este fato pode ser explicado, segundo alguns dos entrevistados, tendo em vista que a maioria dos velhos (homens) não sabe o que fazer em casa ou sente mais facilidade para sair sozinho: vão até um bar, conversam na rua com amigos e conhecidos, tomam refeições fora.

Assistência religiosa ao cliente foi outro aspecto considerado pela importância que o mesmo apresenta para o velho. Pudemos comprovar que, das 69 entidades particulares, 34,8% são leigas e 65,2% religiosas. Nessas predominam a religião católica em 62,2%, a espírita em 26,6%, a protestante em 8,8% e a israelita em 2,4%. A assistência religiosa foi comentada em muitas entidades como um dos elementos que mais conforto traz ao cliente (tabela 6).

TABELA 6 - Entidades particulares segundo o tipo de religião.

Entidades	%	%
Religiosas	65,2	
- Católicas		62,2
- Espíritas		26,6
- Protestantes		8,8
- Israelitas		2,4
Leigas	34,8	
Total	100,0	100,0

O critério para aceitação dos clientes, sob o ponto de vista da saúde, assim se distribui: 59,1% das entidades aceitam clientes doentes e sadios; 39,4% apenas clientes sadios e 1,5% somente doentes. Com relação ao tipo de enfermidades predominantes, pudemos comprovar que as cardiovasculares ocupam o primeiro lugar, com 32,3%, as neurológicas com 25,3%, as

mentais com 22,5% e outras 19,9% (tabela 7). Foram citados com bastante frequência no item "outros" a cegueira e o diabetes, ouvindo-se muito o comentário de que "os casos de cegueira são os piores, porque exigem cuidados especiais e atenção individualizada".

TABELA 7 - Prevalência das doenças dos clientes das entidades estudadas.

Doenças	%
Cardiovasculares	32,3
Neurológicas	25,3
Mentais	22,5
Outras	19,9
Total	100,0

O encaminhamento dos clientes para as Instituições é feito em 63,2% pelos parentes, em 22,0% por entidades sociais públicas, 2,5% por hospitais e 12,3% por outros.

É de se lamentar a impossibilidade de qualquer estudo ou pesquisa em se tratando de clientes doentes, pois 74,4% das entidades não têm condições de dar quaisquer informações sobre os mesmos; apenas em 18,6% há condições de se obterem dados sobre o cliente; em 4,5% é possível, através de entrevista com o próprio cliente, e 2,4% não fornecem qualquer dado. Quanto ao tempo de permanência do cliente na entidade, 84,5% não têm condições de responder, em 5,2% a média de permanência é de 4 a 6 anos e em 10,3% é de 7 anos e mais. O desligamento da entidade se dá por óbito, em 90,1%, por alta médica, em 5,6% e por outras razões em 4,3% (tabela 8).

TABELA 8 - Causas de desligamento, média de permanência e registro de dados dos clientes das entidades estudadas.

Causas de desligamento	%	Média de permanência	%	Registro de dados	%
Óbito	90,1	Não sabem informar	84,5	Tem registro	18,6
Alta médica	5,6	4 a 6 anos	5,2	Não tem registro	79,0
Outras	4,3	7 e mais	10,3	Tem registro mas não fornecem	2,4
Total	100,0		100,0		100,0

Grande parte das entidades não dispõem de recursos humanos especializados, 56,3% se utilizam de serviços de órgãos externos e, entre os profissionais mais procurados, o médico se encontra em primeiro lugar (50,0%), o dentista em segundo (42,5%) e outros profissionais em 7,5% (fisioterapeutas, psicólogos) (tabela 9).

TABELA 9 - Profissionais mais procurados para atendimento dos clientes das entidades estudadas.

Profissionais	%
Médico	50,0
Dentista	42,5
Outros (fisioterapeutas, psicólogos)	7,5
Total	100,0

Recursos humanos nas entidades é um grande problema, visto

que não existem nem em número suficiente, nem capacitados. Falta vivência por parte dos profissionais; o que existe é muita teoria. Por necessidade de emprego, muitos indivíduos sem preparo técnico ou psicológico se aventuram a procurar as entidades. A adaptação é difícil e o funcionário para pouco, acarretando problemas de ordem administrativa para a entidade em consequência da grande mobilidade do pessoal.

Muitas entidades aceitam somente clientes de um mesmo sexo, que exigem menos número de funcionários que as mistas.

As respostas aos itens 21, 22, 23, 24 e 25 do formulário foram bastante prejudicadas pelas seguintes razões:

- o atendimento, como já mencionado, na grande maioria das entidades é feito em base amadorística;
- a maioria das entidades tem por objetivo primário solucionar problemas sociais;
- embora 59,1% das entidades dêem assistência tanto a clientes doentes como a sadios, se uma pesquisa fosse feita sobre as condições de seu funcionamento chegaríamos a conclusão de que, salvo raras exceções todas elas funcionam em precaríssimas condições.

Apenas 12,8% das entidades estudadas apresentaram condições de responder os referidos itens, contando com número razoável de profissionais especializados, equipamento e ambiente físico adequado; o mesmo não acontecendo nas 87,2% restantes. Além da ausência de recursos humanos especializados, são precaríssimas as condições de ambiente, espaço e conforto físico. Podemos constatar que até mesmo o conceito de "quarto" e "enfermaria" é desconhecido. Quarto refere-se indistintamente a um, 2, 4 e até 12 leitos; as enfermarias podem ter 20, 30 e até 50 leitos, com instalações sanitárias à grande distância.

A diferença de nível de instrução também ocasiona problemas. Os de nível de instrução mais baixa, via de regra são mais submissos, criam menos problemas, mesmo quando em enfermarias de 20 ou 30 leitos; isto já não ocorre com os de nível mais alto, cuja escolha de companheiro para quartos de duas pessoas às vezes é bastante difícil, exigindo constante remanejamen

to; são mais exigentes, autoritários, independentes. Na maioria das entidades pesquisadas predomina, contudo, o nível primário de instrução; em 59,0% os de nível primário ocupam o primeiro lugar, em 11,5% os de nível secundário, em 5,6% os de nível superior e em 23,9% os de nenhuma instrução (tabela 10).

TABELA 10 - Clientes das entidades estudadas, de acordo com o nível de instrução.

Nível de instrução	%
Nenhuma instrução	23,9
Nível primário	59,0
Nível secundário	11,5
Nível superior	5,6
Total	100,0

Se, por um lado, um dos problemas bastante comentado em quase todas as entidades foi o da "inatividade" por parte do velho, podemos deduzir pelos resultados obtidos que o velho não possui nenhuma motivação que o leve a alguma atividade; 95,8% das entidades não promovem atividades fora, 1,4% promovem junto à família e 2,8% junto à comunidade. Dentro da própria entidade, 32,4% oferecem condições para o velho realizar alguma atividade e 67,6% nenhuma. Das atividades oferecidas, 25,3% são recreativas, 12,8% artesanais, 6,6% jardinagem, 5,2% físicas (ginástica), 22,0% religiosas, 18,3% sociais e 9,8% culturais (tabela 11).

TABELA 11 - Entidades que promovem atividades dentro e fora e tipo de atividades oferecidas dentro da entidade.

Promoção de atividades fora da entidade	%	Promoção de atividades dentro da entidade	%	Tipos de atividades oferecidas dentro das entidades	%
Nenhuma	95,8	Promovem	32,4	Recreativas	25,3
Junto à família	1,4	Não promovem	67,6	Artesanais	12,8
Junto à comunidade	2,8			Jardinagem	6,6
				Físicas(ginástica)	5,2
				Religiosas	22,0
				Culturais	9,8
				Sociais	18,3
Total	100,0		100,0		100,0

Excetuando as entidades que só mantêm pensionistas (7,8%) e as que vivem de contribuições dos seus associados (29,8%), as 62,4% restantes se mantêm à custa de campanhas, vendas de produtos de artesanato, convênios e/ou subvenções.

Perguntando sobre a necessidade da existência de um maior número de entidades para a assistência a pessoas em idade avançada, 80,2% confirmaram essa necessidade alegando o número cada vez mais crescente de velhos e os atuais padrões de vida que impedem o velho de ficar junto à família; 11,2% responderam negativamente, alegando que a maioria das existentes são verdadeiros depósitos de velhos e, antes que outras sejam criadas, há necessidade de se estruturar melhor as que existem; 8,6% preferiram não responder.

Quanto ao preparo para a velhice, embora se reconheça que é muito difícil definir como se preparar para a velhice, na opinião de 94,3% dos entrevistados todos temos que ser preparados, pois todos ficaremos velhos; apenas 5,7% responderam negativamente. Dos 94,3% que responderam afirmativamente, 52,0% consideram que esse preparo deve ser feito desde a infância,

7,7% só a partir da juventude e 40,3% só na fase adulta. O preparo, segundo os dados obtidos, deverá ser feito 2,9% pela família, 3,9% pela escola, 24,3% pela comunidade e 68,9% pela família, escola e comunidade (tabela 12).

TABELA 12 - Necessidade e época de preparo para a velhice e quem deve fazer esse preparo.

Preparo	%	Época	%	Quem?	%
Há necessidade	94,3	Infância	52,0	Família	2,9
		Juventude	7,7	Escola	8,9
		Fase adulta	40,3	Comunidade	24,3
				Fam.Esc.Com.	68,9
Não há necessidade	5,7				
Total	100,0		100,0		100,0

Tomar consciência e aceitar a velhice como um período normal da vida, foi outro ponto também bastante mencionado.

Quanto à última questão do formulário, seus resultados surpreenderam: 53,5% responderam que é sempre melhor para uma pessoa em idade avançada viver em uma instituição própria; apenas 19,7% concordaram que o velho fi que internado só quando apresente problemas graves de saúde e 16,9% só quando apresente problemas sociais graves.

Os que recomendam uma instituição própria, justificam-se: nela o velho sempre tem mais liberdade e independência, fica livre de tensões, vive mais e melhor.

DISCUSSÃO

O Município de São Paulo possui serviços geriátricos bem ou mal funcionando, e a tendência é a de aumentá-los cada vez mais; isto é evidência de que existe realmente um grupo da população geral que necessita desses ser

viços. Todavia, como bem se expressa *Martins*⁵⁶, "o progresso deu vida mais prolongada ao homem porém não deu solução aos problemas sociais, econômicos e médicos inerentes ao idoso; está na hora, de se ver o que outros países que passaram pela mesma experiência fizeram e o que é tempo de se começar a fazer aqui".

Na pesquisa realizada, o aumento de instituições geriátricas no Município de São Paulo nestes últimos 10 anos tem sido da ordem de 7,0%, sendo que a maior procura de instituição é para casos de internação.

Esse ingresso da pessoa idosa em uma instituição própria como medida de rotina só pode ser entendido como uma forma mais cômoda para facilitar a vida da população mais produtiva, longe, porém, de ser medida humanitária; os doentes e os incapacitados se beneficiarão em uma instituição própria, como qualquer outro doente em qualquer idade, diz *Cavalcanti*²², mas não se pode dizer o mesmo em relação aos idosos ativos, aos intelectuais em geral, aos artistas, aos velhos políticos que, apesar dos problemas próprios da idade e do declínio físico normal, contam com suficiente dignidade e consciência de participação social para escaparem à alienação e à frustração do isolamento.

O velho no Município de São Paulo constitui problema social e problema médico; ele é marginalizado em decorrência, talvez, da falta de força, como grupo de pressão, o que continuará acontecendo enquanto a comunidade não estiver suficientemente informada, porque a marginalização, em última análise, leva à negação do reconhecimento da qualidade do ser humano.

Se for recusado ao velho aproveitar toda a sua capacidade marginalizando-o, possivelmente aumentarão os problemas geriátricos.

Uma pequena minoria das entidades (2,8%) é pública, para 97,2% particulares. Isto parece indicar o desconhecimento e o desinteresse dos poderes públicos pelos problemas relacionados ao velho; sabe-se que a comunidade enfrenta diariamente inúmeros problemas, todos eles exigindo soluções prementes, mas é preciso esclarecer e atingir mais decididamente os responsáveis pelos problemas dessa faixa etária que, em última análise, atingem a todos nós, visto que os problemas que afetam o velho não estão reservados para os outros, porque os outros somos nós mesmos.

Se, de um lado, como pudemos observar, existe o problema por parte dos familiares, por outro podemos assegurar que são mínimas as medidas tomadas junto à comunidade à escola e à família. Ao velho é oferecida caridade, e não direito. A grande marginalização atual do velho no Município de São Paulo mostra que a comunidade não assumiu sua responsabilidade para assegurar-lhe um ambiente que a família não pode suportar sozinha, tendo em vista as pressões de um mundo tecnológico em ascensão.

A maioria dos velhos pertence ao próprio Município de São Paulo, que tem sido pressionado a despertar para a problemática da velhice; mas é patente a falta de comunicação entre as diversas entidades, as quais funcionam isoladamente, tentando resolver sozinhas, e cada qual à sua maneira, os problemas existentes. As entidades estão se multiplicando em grupos cada vez mais discriminados: as que recebem só estrangeiros (ingleses, japoneses, alemães, franceses, israelitas); só para funcionários de determinadas firmas, como os da Antártica; ou para determinados grupos religiosos (Ordem 3a., Congregações religiosas).

Um outro fato já conhecido, também comprovado na presente pesquisa ²⁰ com respeito ao sexo: o número de mulheres é sempre maior do que o número de homens.

Mesmo em países altamente desenvolvidos, este fato é nitidamente comprovado por estatísticas recentes oferecidas pelo Statistical Bulletin, que apresenta a população de 65 anos e mais por idade e sexo nos Estados Unidos. A porcentagem de mulheres de mais de 65 anos era de 9,05% em 1960 e 11,60% em 1970, comparada com 7,50% e 8,36% de homens com a mesma idade e no mesmo período.

Pudemos comprovar também a importância do fator religioso para o velho. A religião incontestavelmente é uma realidade social que condiciona profundamente o homem. Segundo Nicolodi⁶¹, a religião para o velho "conta, entre suas principais finalidades, contribuir para que ele interprete e viva os acontecimentos, sobretudo a sua doença e as conseqüências humanas e sociais que dela resultam". "No turbilhão da vida continua o Autor, as exigências da alma podem passar despercebidas, afetada por inúmeras preocupações contingentes, mas quando, pelo desgaste natural ou por agentes externos, nosso

corpo tiver que fazer uma pausa, ou estiver na probabilidade de dissolução, então surge em nós a preocupação do que foi esquecido por tanto tempo".

Como assinala a Crônica da OMS³⁴, as enfermidades crônicas mais frequentes que ocasionam invalidez e incapacidade nas pessoas em idade avançada, são as cardiovasculares, as cerebrovasculares, as mentais e os estados patológicos que afetam, sobretudo, a visão e a audição. Também foi este o resultado a que chegamos na presente pesquisa.

É muito difícil em nosso meio fazer estudos sobre os problemas do envelhecimento pela ausência quase total de dados, de registros que possam facilitar esses estudos. Todavia, as transformações devidas à idade, manifestadas nos processos biológicos, psicológicos e sociais bastariam para suscitar interesse e criar uma rede de interações que só com investigação sistemática e científica pode ser eficaz. É possível hoje evitar e/ou retardar os efeitos negativos do envelhecimento, mas só estudos científicos conduzidos nesse campo podem traçar diretrizes aplicáveis em nosso meio para se conseguir tal objetivo.

A carência de recursos humanos, e de recursos humanos especializados é um dos maiores problemas que podemos observar; o que conseqüentemente acarreta a má qualidade no atendimento. Sabe-se que o pessoal técnico é inexperiente, e quase todo ele tem apenas boa vontade; mas é preciso dinamizar esta boa vontade formando, atualizando, especializando e treinando em serviço.

Há entidades em que a diretoria desconhece totalmente os problemas do idoso; este sempre depende de cuidados médicos ou de enfermagem, e são poucas as entidades que dispõem do serviço desses profissionais. Mesmo quando não internados, os velhos precisam, segundo Setem⁷⁷, dispor de recursos médicos nas proximidades de suas residências, pois não têm condições de enfrentar filas intermináveis ou dias de espera.

Convém ressaltar que, quanto às condições de espaço, conforto físico e equipamento, na maioria das atuais entidades geriátricas há possibilidade de serem melhorados, desde que seus responsáveis tomem conhecimento dos padrões mínimos para organizações desse tipo.

Nesse sentido refere Carvalho²¹, "há princípios que foram estabelecidos há quase 55 anos e que são perfeitamente válidos nos dias de hoje,

e que deveriam ser adotados por organizações que pretendam ser consideradas eficientes em suas comunidades".

A inatividade e a motivação para as atividades é uma constante em quase todas as entidades geriátricas; porém, isto parece decorrer mais do desconhecimento da necessidade de se manter o velho ativo e de como conseguir isto.

Com relação à necessidade de preparar para a velhice, observamos ser este um fator de preocupação para a maior parte dos que trabalham junto ao velho, embora não tenham idéias claras sobre como deve ser esse preparo.

A posição que defendemos é uma posição preventiva. O preparo físico e os cuidados com a saúde devem visar, sobretudo, ao aspecto preventivo. Do ponto de vista econômico, todo o indivíduo precisa ter um pecúlio para que, ao chegar à idade avançada, possa prover-se a si mesmo, o que não acontece com grande parte dos velhos atualmente. O velho deve ser responsável por sua situação. Basear-se no paternalismo e na exclusão social é assumir atitude de proteção à velhice e esta é uma carga demasiado penosa para as pessoas idosas.

Esse período da vida apresenta três dimensões distintas: o preparo do indivíduo para a velhice; o preparo dos familiares e da comunidade para a aceitação do velho, e o preparo de recursos humanos para trabalhar com o velho.

VI - TERAPIA OCUPACIONAL APLICADA À GERIATRIA

*"Ausência de ocupação não é descanso.
Mente desocupada é mente angustiada".*

*Delargy*²⁹

CONCEITUAÇÃO

A American Occupational Therapy Association define Terapia Ocupacional como: "a arte e a ciência de dirigir a resposta do homem, através de uma atividade selecionada, com o fim de favorecer e manter a saúde, prevenir a incapacidade, valorizar a conduta, tratar ou capacitar os pacientes com disfunções físicas e/ou psico-sociais".

*Reilly*⁷¹ estabelece que "em Terapia Ocupacional, a mais fundamental área para pesquisa é, e provavelmente sempre será, a natureza e o significado da atividade".

A atividade, pois, só tem valor quando o indivíduo realmente participa dela, isto é, quando a mesma tem significado para a pessoa.

O Terapeuta Ocupacional, que se dedica ao campo da geriatria, precisa ter conhecimento profundo das transformações biológicas, psicológicas e sociais próprias da velhice. Também, precisa ter conhecimento de Comunidade, de Saúde Pública e de Reabilitação, esta última encarada não como terceira fase da Medicina, mas como terceira dimensão da Medicina.

A velhice, diz *Beauvoir*⁸, "não é a conclusão necessária da existência humana; é uma fase da existência, diferente da juventude e da maturidade, mas dotada de um equilíbrio próprio, e deixando aberta ao indivíduo ampla gama de possibilidades". A Terapia Ocupacional vai ao encontro a essa realidade oferecendo à pessoa em idade avançada o meio de utilizar essas possibilidades. Precisa, contudo, conhecer de perto tal fase da vida, e os problemas que podem advir das transformações bio-psico-sociais ocorridas nesta fase.

Esses conhecimentos devem ser aplicados adequadamente, em cada caso particular. Para *Delargy*²⁹ "o Terapeuta Ocupacional deve conhecer seu cliente como um indivíduo que freqüentemente esconde seus medos; se ele não souber descobrir tais medos, muitos aspectos de sua terapia só afetarão superficialmente a personalidade do cliente e não conseguirá chegar àquele relacionamento em profundidade, que é básico".

O conhecimento teórico é necessário e é importante, e as experiências obtidas por especialistas no campo devem ser transmitidas aos que não passaram por esta experiência, por que se leva muito tempo para se aprender à custa da própria vivência, e tanto o profissional experimentado pode transmitir uma boa parte dessa experiência, como boa parte pode ser aprendida pelo profissional ainda inexperiente.

Todavia, a teoria tem que se associar à prática e, em geriatria, para se conhecer a pessoa em idade avançada é preciso observá-la durante algum tempo. Só convivendo com ela, trabalhando com ela, visitando-a, é que se descobre novos aspectos para estudo e, por conseguinte, novos meios para a melhoria das condições físicas, sociais e psicológicas da própria pessoa em idade avançada.

O Terapeuta Ocupacional trabalha face a face com a natureza humana. Deve, portanto, ser educado para reconhecer as condições em que vivem as pessoas; ele deve estar preparado para considerar as possibilidades e as limitações de seus pacientes, apreciar suas atitudes, interesses e inclinações; considerar-se ele mesmo como parte da situação e não apenas focalizar sua atenção só no paciente e em suas reações.

OBJETIVOS DA TERAPIA OCUPACIONAL EM GERIATRIA

Os objetivos definem as mudanças de conduta que se desejam obter, as quais, enquanto não se efetivem são simples idéias.

Em Terapia Ocupacional os objetivos baseiam-se em valores humanísticos. Tudo que contribui para fomentar a vida e permitir ao homem desenvolver suas potencialidades é bom, tudo que paralise sua atuação e seu desenvolvimento deve ser considerado mau. Nesse trabalho é preciso sempre ter presente a natureza humana e as necessidades do homem; encorajar o desenvolvimento e a auto-realização de cada indivíduo; dirigir esforços para uma forma de vida mais saudável e para dar aos pacientes um papel mais ativo, integrando o indivíduo ao seu meio.

Isto implica em mudança, que é conseguida através de educação contínua. A educação é, pois, um dos aspectos importantes da Terapia Ocupacional, pois é através dela que conseguimos o mais alto objetivo do nosso trabalho: um sistema de vida saudável.

Os objetivos da Terapia Ocupacional, em geriatria, baseiam-se nas necessidades físicas, ~~psíquicas~~ e sociais da pessoa em idade avançada, dando, assim, um significado direto aos objetivos do tratamento.

Os objetivos de hoje provavelmente serão modificados com relação à pessoa em idade avançada de amanhã. Todavia, variáveis como, faixa etária, sexo, cultura, saúde, têm e terão que ser considerados ao se proporem os objetivos da Terapia Ocupacional em geriatria.

São objetivos da Terapia Ocupacional em geriatria:

1. Integrar a pessoa em idade avançada a sua própria comunidade, tornando-a o mais independente possível. O grau de independência varia, tanto de um indivíduo para outro como de uma para outra época, e de acordo com cada situação.
2. Incentivar, persuadir, encorajar e estimular a pessoa em idade avançada a continuar fazendo planos, a ter ambições e aspirações, manejando as situações emocionais donde a ...necessidade de abordagem apropriada, tato, conhecimento e experiência por parte do terapeuta.
3. Conseguir que o velho viva em comunidade em contato com pessoas de todas as idades, promovendo relações interpessoais através da motivação.
4. Contribuir para o ajustamento psico-emocional da pessoa em idade avançada, proporcionando meios para manifestar ou expressar sua agressividade de maneira aceitável socialmente.
5. Manter o nível de atividade, alterando o quadro geral externo do comportamento (meio ambiente).
6. Enfatizar os aspectos preventivos do envelhecimento prematuro e de promoção da saúde.
7. Reabilitação do idoso com incapacidade física e/ou mental.

PRINCÍPIOS DA TERAPIA OCUPACIONAL GERIÁTRICA

A Terapia Ocupacional baseia-se fundamentalmente no princípio da atividade: manter o indivíduo ativo.

O valor da atividade é salientado sempre que se discutem assuntos de saúde, sobretudo pelas relações positivas existentes entre ambas.

A participação na atividade diminui com a idade?

Podem as mudanças de idade ser responsáveis por uma forma mais passiva ou ativa da atividade?

A resposta a essas perguntas está na dependência de muitos fatores, e de cada um deles em cada caso particular. *Anderson*⁴ deduz de suas investigações "que o indivíduo deve estar sempre submetido a uma quantidade mínima de estímulo geral; de outra forma, poderia ocorrer uma grave disfunção psicológica, sugerindo que a falta de estímulo conduz a uma diminuição da atividade, a qual, em círculo vicioso, é causa de estímulo menor e, finalmente, da deterioração da conduta. Embora tal deterioração possa suceder em qualquer idade e em qualquer pessoa, a pessoa em idade avançada é particularmente vulnerável a ela. A diminuição das capacidades sensoriais e de energia predispõe o indivíduo velho à privação de estímulos, com suas fatais consequências perniciosas para a conduta.

Estudos realizados por *Nystrom*⁶⁴ mostra que há um relacionamento dos múltiplos aspectos da velhice e seu efeito sobre os níveis de atividade de pessoas idosas. Esta observação levou à formulação da teoria da atividade, que determina a necessidade de se manterem os níveis de atividade da idade adulta e da meia idade para evitar curvas decrescentes no potencial funcional da velhice e aumentar a satisfação pela vida.

*Kutner*⁴⁴, em seus estudos, chega à conclusão de que os estudos de depressão observados na velhice estão fortemente relacionados com a inatividade, uma vez que a "atividade favorece "status" realização e aceitação pela comunidade".

Como princípios básicos da Terapia Ocupacional geriátrica, podemos destacar:

1. Estudo particular de cada caso. Este estudo no caso da pessoa em idade avançada, envolve diferentes aspectos - necesidade do conhecimento da vida anterior do velho, pois este é, na velhice, o que foi anteriormente; descobrir qual é sua percepção da realidade, qual é seu sentido de autonomia; dissecar seus problemas para descobrir dados com o objetivo de observar sua inter-relação, atendendo às menores minúcias que formam parte do problema e que podem assumir importância muito grande para o velho; necessidade do conhecimento do ambiente social e familiar da pessoa em idade avançada, conhecimento que deve ser analisado dentro do contexto social do velho, pois o indivíduo não é o produto de uma geração, a sua, mas de gerações anteriores a ele. Cada fase de sua vida exerce influência sobre a fase seguinte; ninguém chega automática e bruscamente aos 65 anos, mas, ao contrário, passa por um processo que se origina com o nascimento, continua com a adolescência e a maturidade até chegar à velhice.
2. Trabalho em equipe. O Terapeuta Ocupacional é membro igualmente responsável da equipe de saúde, compartilhando plenamente uma função social, identificando-se com o trabalho e sentindo satisfação em realizá-lo; portanto, deve ser capaz de reconhecer suas funções e o valor da coordenação com outros membros da equipe.

Ao realizar seu trabalho, precisa o Terapeuta Ocupacional analisar cuidadosamente se a sua conduta se baseia no respeito, na liberdade, na solidariedade, ou se o trabalho se realiza pelos estímulos ou recompensas que se podem adquirir em lugar da satisfação pelo trabalho feito; se deseja promoção para ficar acima de outras pessoas ou para ser mais criativo; se aceita um novo emprego pela remuneração ou pela identificação pessoal com a tarefa a desempenhar.

3. Relacionamento inter-pessoal. Tratando-se do relacionamento de "pessoas em idade avançada" e "terapeuta", é importante destacar que ambos fazem parte de um mesmo ambiente e é imperativo o relacionamento entre ambos para que qualquer tratamento seja efetivo. Esse relacionamento envolve por parte do terapeuta:

- interesse no comportamento humano
- habilidade para observar
- capacidade de adaptação
- estabilidade emocional, que permite compreensão, paciência, objetividade, firmeza, generosidade.

A pessoa em idade avançada, por sua própria condição, exige muita atenção e tem necessidade de falar com quem o escute atentamente.

O Terapeuta Ocupacional, em seu trabalho tem condições para favorecer oportunidades para que problemas sociais e emocionais ocultos se revelem, facilitando as relações inter-pessoais.

4. Controle de qualidade do tratamento dado à pessoa em idade avançada. Este princípio é de grande importância e é imprescindível sua aplicação, sobretudo nos casos de tratamento de pessoas institucionalizadas e, mais especificamente, no caso das doentes e/ou portadoras de incapacidades. Medir a qualidade do tratamento não é impossível como à primeira vista parece; isto possibilita o aperfeiçoamento constante dos serviços prestados, conseguindo níveis sempre mais elevados dos cuidados do cliente.

É suficiente que o Terapeuta Ocupacional saiba identificar quais os fatores que refletem a qualidade de seu serviço; e qual deve ser o nível de atendimento em cada um desses fatores. Revisões e avaliações constantes das áreas que devem ser cobertas são um meio de se conseguir o controle

de qualidade do tratamento. É necessário estabelecer primeiro uma qualidade mínima aceitável (como ponto de referência).

No caso de tratamento de pessoas em idade avançada podem ser escolhidas áreas como:

- segurança, quanto a material usado, ambiente;
- programação, quanto aos objetivos se estão de acordo com as necessidades dos cliente; qual é seu grau de participação; as atitudes; comportamento e reação do cliente. Se há uma adequada distribuição das atividades sociais, físicas, recreativas, artesanais, e um equilíbrio entre atividades individuais e em grupo;
- relacionamento terapeuta-paciente;
- comunicação, como é a comunicação, troca de informações entre os vários membros da equipe.

O controle de qualidade do tratamento serve de motivação pessoal para estimular o interesse na correção de deficiências, além de se conseguir níveis mais elevados no cuidado do paciente, como já explicado anteriormente.

5. Desenvolver formas de nucleação; o grupo sempre é importante na vida do indivíduo (família, vizinhança, trabalho).

Quanto maior o número de grupos maior o número de papéis que o indivíduo desempenha. Isto é muito importante principalmente no caso do aposentado, é-lhe muito difícil acostumar-se em casa, e o momento da aposentadoria é o mais oportuno para se procurar uma vida social mais ampla. O grupo pode ser formado a partir de dois, desde que haja participação, convivência constante, identificação de interesses, relacionamento. O aposentado não perde seus papéis, ele os vai transferindo. Por isso, deve ter um conceito de si próprio que o valorise e não o deprecie.

6. Evitar a rotina, pois a mesma pode ser início de apatia.
A mudança, mesmo não agradando muito o velho, é aconselhada.
7. Desenvolver o uso do lazer como aplicação de tempo livre.
O desenvolvimento do lazer em Terapia Ocupacional geriátrica tem como principais objetivos:
 - estimular a convivência e novas experiências;
 - oferecer meios para que o indivíduo possa exercitar seu poder de criar idéias, de realizar opções;
 - motivar novas formas de comportamento coletivo.

Tais objetivos estão na dependência do estado de saúde do indivíduo, do seu grau de independência nas atividades da vida diária (AVD) e no seu grau de interesse e participação.

Estudos realizados por *Maddox*⁵² e *Palmore*⁶⁶, com indivíduos com mais de 60 anos, considerando estilo de vida do indivíduo, grau de participação nas atividades (ativa e passiva) e preferência por determinados tipos de atividades; revelaram que quanto maior é o número de atividades realizadas pelo indivíduo em idade avançada, mais satisfeito ele se sente, quanto menos atividades, mais sente o tempo livre como um peso. Quanto à participação (ativa ou passiva), não notaram decréscimo quanto ao aumento de idade e sim com as preferências de atividades realizadas. Quanto ao estilo de vida, conclui *Maddox*⁵², que o objetivo mais importante na programação de atividades para velhos que vivem sós; é o desenvolvimento de maior número possível de atividades que possam ser realizadas independentemente.

Para o Terapeuta Ocupacional isto implica não só seu envolvimento na programação do lazer, como também na focalização do lazer ou tempo livre como tarefa de desenvolvimento.

TIPOS DE ATIVIDADES EM TERAPIA OCUPACIONAL GERIÁTRICA

É muito comum em nosso meio ouvirem-se perguntas como: que atividades podem ser realizadas por pessoas em idade avançada? Como conseguir

manter ativo o indivíduo em idade avançada? O que cada um pode fazer está muito ligado com a sua vida anterior.

O Terapeuta Ocupacional dispõe de uma gama de atividades à sua escolha. De acordo com o objetivo pretendido, e baseando-se nos princípios já citados, poderão ser empregadas individualmente ou em grupo:

1. atividades sociais: passeios, visitas, comemoração de festas de confraternização como aniversários, datas religiosas, cívicas; são alguns exemplos de atividades que podem ser empregadas. Se, desde a infância, o indivíduo se acostuma a confraternizar em determinadas ocasiões que são significativas - o idoso sente também essa necessidade, quer por hábito tradicional, quer pelo sentido de igualdade com outros.

Este tipo de atividade permite manter o interesse pela vida, sentir o prazer pela companhia de outras pessoas além de proporcionar oportunidades diversas para que seja obtida a participação, até criar pressões e necessidades de caráter social que despertem as pessoas para essas oportunidades.

2. atividades físicas: principalmente como medida preventiva, para manter as funções corporais, melhorar as funções musculares e articulares, a circulação, a coordenação, sobretudo prevenção da obesidade que trás como consequência o desencadeamento de processos degenerativos. Como exemplo de atividades físicas, exercícios físicos, ginástica, caminhadas ao ar livre.
3. atividades culturais: de acordo com o nível cultural e potencial intelectual do indivíduo poderão ser empregadas atividades literárias para crítica e revisão de livros, discussões de assuntos atuais, audições musicais, peças teatrais. Pode, também ser desempenhadas por pessoas em idade avançada, dependendo de sua saúde e capacidades próprias.

prias, atividades como ministração de aulas particulares, realização de conferências, orientação de trabalhos científicos, de relações públicas.

4. atividades artesanais: principalmente para desenvolver criatividade e manter habilidades, como pintura, cerâmica, trabalho em couro, metal, trançagem, tecelagem.
5. atividades ocupacionais: que contribuem principalmente para a valorização do velho, como indivíduo útil e necessário. Por exemplo: atividades realizadas junto ao pessoal da entidade, consertos, limpeza, criação e cuidado de animais, hortas, jardins. Atividades profissionais de porteiros, zeladores, caseiros, ascensoristas, governantes.
6. atividades recreativas: jogos de salão, dominó, baralho e outros. No desenvolvimento das atividades também devem ser considerados certos aspectos como material, cores, tamanho, forma, bem como iluminação, ventilação, conforto, segurança.

TERAPIA OCUPACIONAL EM REABILITAÇÃO GERIÁTRICA

"Alguém não se torna velho por haver vivido um certo número de anos; torna-se velho porque desertou dos ideais".

Gal. Douglas Mac Arthur

A Terapia Ocupacional na reabilitação do incapacitado tem sido comprovada como tratamento da mais alta eficácia em vários hospitais e por diversos autores^{3,11} que são unânimes em ressaltar não só os benefícios físicos advindos desse tratamento, como também os benefícios terapêuticos no caso de problemas sociais e psicológicos.

O grande objetivo da Terapia Ocupacional em Reabilitação Geriátrica é manter no velho a vontade de viver, e que o mundo para ele con

tinue povoado de finalidades. Sentindo-se útil e ativo ele escapa ao tédio, à decadência e à marginalização.

Em reabilitação geriátrica, não se insiste em metas profissionais. Sob o ponto de vista físico, o importante é o restabelecimento funcional máximo; manter as funções corporais, melhorar as funções dos músculos e articulações com o objetivo de conseguir o máximo de independência física, sobretudo em atividades da vida diária. Preocupação constante quando acamado, com mudança de posição, tratamento da pele, exercícios físicos, visando sempre ao aspecto preventivo de invalidez permanente.

Observar os princípios que são específicos nos casos de incapacidade física como, idealizar e adaptar equipamento auxiliar para o velho por exemplo uso de próteses auditivas, amplificadores de som e outros.

No campo da reabilitação geriátrica, o Terapeuta Ocupacional, mais que em qualquer campo, necessita de entusiasmo em seu trabalho e diante da vida, criatividade para descobrir técnicas adequadas que levam o velho a aceitar sua situação, destacar os valores de cada membro, grande dose de paciência para manter o bom relacionamento pessoal com o cliente, conversar com ele, compreendê-lo, dar-lhe a atenção que deseja. Os programas devem ser planejados para o dia todo, vencendo rotina e monotonia.

VII - EDUCAÇÃO EM SAÚDE E ENVELHECIMENTO SADIO

CONSIDERAÇÕES GERAIS E CONCEITUAÇÃO

"A extensão a todos os povos dos benefícios dos conhecimentos médicos, psicológicos e afins é essencial para alcançar o mais alto grau de saúde, e a opinião pública bem informada e uma cooperação ativa por parte do público são de importância capital para a melhoria da saúde do povo". ()*

Educação é um processo essencialmente ativo, dinâmico, que envolve mudanças no modo de pensar, sentir e agir dos indivíduos.

Para Rosen⁷², "a educação em saúde preocupa-se com o processo de mudança social, que diz respeito basicamente ao comportamento e às alte rações, visando à melhoria e à promoção da saúde individual e comunitária".

Segundo Wood⁸³, "é a soma de experiências que modificam favoravelmente os hábitos, as atitudes e os conhecimentos relacionados com a saúde do indivíduo, da comunidade e da raça".

Para Turner⁷⁹, "é um processo de aprender, mediante o qual as pessoas de uma coletividade se informam e se orientam para empreender a ação sanitária mais inteligente".

Derryberry³⁰ explica que "a educação em saúde é fundamentalmente uma aprendizagem que visa modificar favoravelmente as atitudes e influenciar o comportamento, no que se refere às práticas higiênicas. Baseia-se nos mesmos princípios que regem o aprendizado. Por exemplo: deve haver motivação para aprender, sendo também importante que o aprendizado tenha de terminado valor e haja participação de quem aprende".

A educação implica, pois, em mudança de atitude. Atitude é uma predisposição para a ação, é uma resposta antecipada a um estímulo.

Simples instrução e informação, por si mesmas, não asseguram a ação por parte dos indivíduos. Muitas vezes a resposta é uma atitude de indiferença, por ser esta a reação mais cômoda; outras vezes há um grande abis

(*) El programa de educación sanitaria de la OM
Crônica de la OMS, 28. febrero - 1974.

mo entre a informação recebida e a utilização dos conhecimentos pelo conflito criado entre crença, valores e hábitos existentes e a adoção de novas práticas.

De acordo com *Marcondes*⁵⁴, a coerção pode produzir mudanças, mas, nesse caso, geralmente é de natureza temporária; uma vez removido o controle, o indivíduo ou o grupo volta às práticas antigas.

*Griffiths*⁴¹ considera três etapas necessárias para se conseguir mudança de comportamento: - criar ou mudar percepções; utilizar forças motivadoras; tomar uma decisão para agir.

A sociedade lança mão das leis para manter seu equilíbrio social. Todavia, para que as leis sejam cumpridas, os indivíduos precisam ser educados, isto é, para que haja resultados duradouros, é necessário envolver as pessoas emocional, física e intelectualmente na solução de seus problemas.

PRINCÍPIOS BÁSICOS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE

A educação age nos indivíduos ou nos grupos, modificando-os ; entretanto, para que atinja esse objetivo, tem que se basear em determinados princípios:

- o indivíduo deve sempre ser considerado dentro da cultura em que vive, donde a necessidade de estudar e compreender seus costumes e a sua comunidade. Os costumes constituem patrimônio cultural e se insinuam tão imperceptível e firmemente em nossa vida, que os julgamos "naturais" e não aprendidos;
- a comunicação é condição básica para mudança. Não só é básica, como vital na medida em que a habilidade de comunicar - se aumenta as oportunidades de sobrevivência dos indivíduos. Através da comunicação, é possível fazer o indivíduo compreender o que deve fazer e estimulá-lo a alcançar seus objetivos, através de seus próprios esforços e ações⁵⁴.

- a participação do indivíduo é imprescindível no processo e ducativo;
- a educação deve sempre partir de problemas ou necessidades sentidas. Deve, portanto, ser contínua, permanente, renovada, dinâmica, criadora para superar as novas situações, que são uma constante na vida contemporânea.

A educação em saúde, baseada nestes princípios, deve abranger a Família, a Escola e a Comunidade, atingir o indivíduo como um todo e gru pos de indivíduos.

Montesquieu já havia chamado a atenção dos estudiosos para a existência de três espécies de educação: pelos pais, pelos mestres, pelo mundo.

EDUCAÇÃO EM SAÚDE E FAMÍLIA

O recém-nascido precisa dos cuidados dos adultos para sobrevi ver. Tal condição de dependência obriga-o a manter contato íntimo e cons tante com os membros da família. Através dessa convivência ele aprende, aos poucos, a fazer o que fazem os adultos: usar a mesma linguagem, acreditar no que creem, adquirir os usos, costumes e hábitos de seus semelhantes. Ele não deve apenas sobreviver; tem que ser capaz de conviver. Como a criança aos poucos incorpora o que os adultos fazem, sentem e pensam repetindo-lhes o comportamento, a educação deve começar já nessa fase. As atitudes das crianças refletem a influência da família. Preconceitos, por exemplo, podem ser adquiridos já na infância por influência familiar.

A educação em saúde pode interferir e modificar conhecimen tos, atitudes e práticas do grupo familiar, atingindo a criança. Formação de hábitos alimentares corretos, horas necessárias de sono, adequado uso do lazer, exercício físico, são alguns dos princípios que devem ser incorpora dos à formação do indivíduo ainda criança. A criança constitui a reserva de recursos humanos do futuro; portanto, sua educação em saúde deve ser consi derada como uma inversão importante.

EDUCAÇÃO EM SAÚDE E ESCOLA

A educação do jovem é aceita tacitamente como um direito humano fundamental; da mesma forma, tal aceitação deve estender-se à educação em saúde, como parte integrante do processo educativo.

A educação em saúde, na Escola, deve abranger todos os níveis de ensino: 1º e 2º graus e cursos superiores.

De modo geral, as escolas de qualquer nível estão ainda bem distanciadas da vida. É preciso que a Escola e a Família voltem seus interesses para a Comunidade. O indivíduo tem que viver e sentir os problemas do meio em que vive. Em nossos sistemas de ensino o individualismo supera de longe o espírito de Comunidade. Os interesses individuais ainda se acham muito acima dos interesses coletivos.

Modificações vêm sendo introduzidas nos métodos, currículos de 1º e 2º graus e cursos superiores, num esforço de relacionar o ensino às necessidades existenciais. O ensino tem que ser prático, intelectual, baseado no raciocínio, na ação, oferecendo oportunidade para a criatividade.

Procurar uma concordância entre objetivos e meios é a meta preconizada pela escola. Deve haver simultaneidade do aprender e do viver, num processo dinâmico e potencialmente ilimitado de ajustamento.

A importância da educação para a Comunidade é atestada pelos propósitos da Lei 5692, de 11 de agosto de 1971, que reformula o sistema educacional no Brasil e fixa diretrizes e bases para o ensino de 1º e 2º graus. Diz a Lei em seu artigo 1º:

"O ensino de 1º e 2º graus tem por objetivo geral proporcionar ao educando a formação necessária ao desenvolvimento de suas potencialidades como elemento de auto-realização, qualificação para o trabalho e preparo para o exercício consciente da cidadania".

A instrução, pois, não é suficiente. A educação em saúde no 1º e 2º graus deve basear-se em um conhecimento completo das necessidades do aluno, seus interesses e aspirações, e estar sujeita à avaliação contínua e sistemática para a adequação dos programas àqueles interesses e necessidades.

*Toffler*⁸⁰ insiste em aproximar a sala-de-aula do mundo real. Refere o Autor que os indivíduos hoje permanecem na escola e na Universidade por períodos de tempo cada vez mais extensos, como se isso fosse melhor para eles; depois, os observadores ficam muito admirados porque esses jovens parecem imaturos, parecem carecer de um grande sentido de responsabilidade. Em nossa civilização, retemos os jovens na escola, ampliando o período de infância e adolescência até onde é possível e, no outro extremo, aposentamos as pessoas mais velhas cada vez mais cedo. Disso resulta o grande problema: o da integração de gerações.

Considera o Autor "a educação como meio de colocar o estudante próximo do seu futuro; a escola deve preocupar-se com a instrução, com a aprendizagem, mas essa aprendizagem deve envolver os alunos em atividades e problemas de sua comunidade".

Pais e mestres devem estar adequadamente preparados para que a educação em saúde, dentro e fora da escola, seja eficaz e se ajuste à realidade da criança.

No 1º grau, a pessoa que atua sobre a criança suficientemente para conseguir mudanças no seu modo de pensar, sentir e agir em relação à saúde é a professora. Através dela a Família poderá ser influenciada e, por sua vez, a comunidade.

*Gall*³⁹ afirma que "a educação, no que respeita aos problemas econômicos, psicológico, sociais e de saúde dos velhos deve começar com a juventude nas escolas e ser um processo continuado".

Nas escolas de 2º grau a educação em saúde, tendo em vista a preparação do indivíduo para uma velhice sadia, pode atuar nos alunos, levando-os a adotar práticas recomendáveis com relação à alimentação, higiene, lazer, meio social. Dessa forma a Escola estará preparando seus alunos para uma vida adulta saudável e, conseqüentemente, para uma velhice também sadia.

Segundo *J. R. Marcondes*⁵³, uma velhice feliz deve ser preparada, e esse preparo deve iniciar-se desde cedo, quando se é adolescente e jovem". Continua o Autor: "uma velhice sadia depende, e muito, da adolescência; a orientação seguida e os cuidados tomados neste período, que in

fluirão na velhice, são necessários à saúde do adolescente e do adulto jovem e não representam um encargo a mais. Esta constatação, se aumenta a responsabilidade dos pais, por outro lado é mais um estímulo, por lhes dar a conhecer que os esforços que os filhos deles exigem na adolescência vão redundar, como um sub-produto, em uma velhice feliz".

EDUCAÇÃO EM SAÚDE E COMUNIDADE

Comunidade vem do latim *communis*, que significa unidade feita pela integração ou participação de muitos.

A comunidade é área social, relativamente estável no espaço e no tempo, onde os indivíduos podem preencher necessidades biológicas, psicológicas e sociais de maneira solidária, compartilhando valores, crenças, símbolos e sanções. Os problemas comunitários, portanto, não podem ser resolvidos pela ação isolada dos indivíduos. Tem que haver uma soma de esforços e uma associação cooperativa do maior número possível de seus membros.

Vive-se hoje dominado e atormentado pela idéia de mudança. É característica de nossa época a transitoriedade e a velocidade. As pessoas, os conceitos, as coisas, se modificam constantemente num ritmo difícil de se acompanhar.

Tratando-se do fator "saúde", a comunidade tem que caminhar paralelamente ao progresso técnico e científico dando alto valor à saúde, fazendo uso dos serviços de saúde, ensinando seus membros a conseguir a saúde e conseguí-la através dos próprios esforços e ações.

É necessário, contudo, que se defina uma política comunitária de atuação que ofereça diretrizes básicas de acordo com a realidade, estabelecendo coordenação entre os recursos existentes e dinamizando-os para que sejam acessíveis à toda a população que dela necessita, independentemente de barreiras econômicas, sociais e culturais.

O meio social, econômico e cultural exerce sobre a saúde e o comportamento uma influência tanto positiva como negativa. Assim, pode-se

conseguir melhoras consideráveis na saúde de uma comunidade mediante modificações do comportamento cultural e das condições econômicas e sociais. Por exemplo: a prevalência cada vez maior das doenças cardio-vasculares, do câncer e outras poderá ser reduzida mediante modificações do comportamento quanto ao modo de vida sedentário, o abuso dos alimentos, do álcool, do fumo. A educação, a melhoria das comunicações e o progresso tecnológico, modificam o conceito que a população tem de saúde e de doença.

A saúde da comunidade está em relação com a saúde de seus membros, com os problemas que afetam a saúde dos mesmos e com os recursos de assistência sanitária de que pode dispor a comunidade. Para a avaliação da saúde requer-se, pois, o conhecimento da população que deve ser atendida : dados demográficos, características do meio, informações de caráter econômico e utilização dos serviços de saúde pela população.

O sistema de saúde deve envolver todos os membros da comunidade e não grupos limitados, determinando-se até quais os grupos mais vulneráveis da população. Através da educação em saúde é possível fazer com que os membros da comunidade reconheçam e manifestem suas necessidades, levando-os a participar ativamente do planejamento, execução e avaliação dos programas de saúde.

VIII - PROGRAMAS DE ATENDIMENTO À POPULAÇÃO EM IDADE AVANÇADA

Programas de atendimento à população em idade avançada devem considerar os seguintes aspectos:

- Assistência médica, reabilitação e nutrição.
- Assistência social.
- Oportunidades de lazer.
- Educação para a velhice.
- Formação de recursos humanos.

ASSISTÊNCIA MÉDICA, REABILITAÇÃO E NUTRIÇÃO

A longevidade é um novo fenômeno social; as estatísticas indicam a importância crescente do problema, tanto para os próprios indivíduos de idade avançada como para a estrutura e as funções da família, a economia coletiva e o planejamento e execução dos serviços de saúde e bem estar.

Entre as principais características de uma sociedade civilizada contam-se os cuidados que dispensa à saúde e às pessoas idosas. Alguns autores, como *Leite*⁴⁹ e *Faria*³⁵, apontam a necessidade de se pensar ao mesmo tempo em que se prolonga a vida, em oferecer ao velho condições dignas de viver. A sociedade, que sustenta pesquisas para salvar a vida humana, não pode eximir-se da responsabilidade da vida assim prolongada. É pela ciência que se acresce alguns anos mais à vida, mas o importante é adicionar vida aos anos (*Amancio*²).

O estudo realizado no Município de São Paulo mostra que o velho já está a exigir maior cuidado e atenção por seus problemas de marginalização, abandono, solidão, isolamento dentro da comunidade onde nasceu, onde vive, de que faz parte, para cuja construção e manutenção contribuiu ou contribui.

São atingidos mais diretamente por esses problemas:

- os aposentados de modo geral;
- os sem recursos econômicos;
- os que são sós;
- os doentes, sobretudo os portadores de doenças crônicas;

- os que, embora sadios, perderam a vontade de viver;
- os que a comunidade não aceita pelas razões mais simples como, por exemplo, terem atingido determinado limite de idade cronológica.

Conseqüentemente, o que está acontecendo é o número cada vez maior de indivíduos que apresentam esses problemas e um aumento crescente de entidades tentando soluções para os mesmos. O assunto é de elementar compreensão, mas é preciso que se insista principalmente sobre os serviços de que os velhos necessitam.

A ênfase atual dos programas de saúde deve ser dada aos aspectos preventivos.

Leavel e *Clark*⁴⁷, propõem como níveis de prevenção: promoção da saúde, proteção específica, diagnóstico precoce e tratamento imediato, limitação da incapacidade e reabilitação.

Com base nesses níveis de prevenção, pode-se planejar programas que visem o velho de hoje e que preparem o velho de amanhã.

Prevenção implica em interesse do indivíduo pela saúde, mas saúde por si só não constitui motivação, não é mercadoria vendável, não representa valor para o indivíduo.

Assistência Médica

Enquanto o fator tempo é a única variável na idade cronológica, o conceito de idade biológica, diz *Cavalcanti*²² "abrange, além do número de anos de vida, condições outras capazes de acelerar ou retardar o ritmo da senescência".

A assistência e os cuidados prestados ao velho até recentemente, limitavam-se ao tratamento ativo e reabilitação. Atualmente o ponto de partida é a prevenção da doença, o diagnóstico precoce, o tratamento imediato e a promoção da saúde através de medidas ambientais, nutricionais e educativas.

Uma tendência atual é a substituição da assistência que recebia o velho do "seu médico" por uma assistência dispensada por uma equipe multidisciplinar, em que cada membro contribui com sua própria especialidade nos cuidados dispensados à pessoa em idade avançada. A assistência

médica geriátrica é assim facilitada, oferecendo melhor qualidade de serviços em Hospitais Gerais onde se concentram serviços de diversas especialidades, que não funcionariam com eficácia se fossem isolados. Não obstante, este fato não deve destruir a estreita relação pessoal existente entre o médico e o velho, mesmo porque a maioria dos doentes geriátricos prefere procurar o "seu médico" e mostra essa preferência na expectativa de encontrar maior atenção, carinho e apoio. Ainda que a hospitalização seja a melhor solução para o problema humano da velhice doente e é necessária sempre que o velho precisa de cuidados especializados e de locais com instalações apropriadas, o tratamento dado ao velho doente não precisa necessariamente ser feito em regime de internação. Experiências de outros países, como os Estados Unidos, provam que 42% dos idosos são recuperáveis nos próprios ambulatórios, 28% em Hospitais de curta permanência (1 a 6 meses), 12% por internação longa (6 a 8 meses) e 18% são casos irrecuperáveis de permanência em diferentes tipos de hospitais.

*Martins*⁵⁵ e *Amulree*³ afirmam que muitos dos velhos doentes não precisam ser internados em Hospital. As comunidades que congregam os "velhos" funcionam, diz *Bevilacqua*¹⁰ "na grande maioria delas, como simples "depósitos" de seres humanos e enrugados". Segundo *Beauvoir*⁹, "aparentemente acredita-se que as pessoas de idade se sentem melhor quando estão entre si, requerem cuidados médicos especiais e são tratadas de maneira mais eficiente quando agrupadas; que seus interesses e sua sensibilidade ficam melhor protegidos quando se acham entre pessoas da mesma idade, e que são mais felizes e vivem mais tempo quando afastadas das pressões do mundo, da juventude e de concorrência". Todas essas hipóteses são fundamentalmente errôneas, continua a Autora, "pois não se foi capaz de atacar o problema essencial da pessoa idosa: o da readaptação". Portanto, sempre que possível, deve-se evitar a internação do indivíduo velho por ser desfavorável quer do ponto de vista psicológico, quer do social. Mesmo a assistência hospitalar prolongada só deve ser empregada como última alternativa e quando os reursos são insuficientes para oferecer no lar condições de vida satisfatórias para o velho e seus familiares. O velho internado fica isolado da família, dos amigos e do seu ambiente; passa por estímulos sensoriais diferen

tes, odores estranhos, ruídos, fica mais exposto a infecções, a complicações por repouso na cama. Todavia, há casos que só podem ser tratados em regime de internação.

*Filler y O'Connel*³⁶ observaram que parte da deterioração da conduta observada no velho internado parece ser fomentada pelo clima institucional e não simplesmente como resultado do envelhecimento.

*Bezerra*¹¹ ressalta "a imprescindível necessidade de se alterar, ou seja, transformar a organização de assistência à população geriátrica, atualmente resolvida através de asilos, organismos estes estáticos e onerosos, desprovidos de reais condições para oferecerem o bem estar social almejado".

Essa transformação deve envolver não só a mudança do ambiente institucional, como o tipo de atendimento dispensado à pessoa em idade avançada. Deve-se facilitar, sempre e quando possível, o tratamento ambulatorial, em Hospitais Dia e o tratamento domiciliar, pelas grandes vantagens advindas de tais procedimentos. *MacDonald*⁵⁵ considera que isto traz benefício para o indivíduo, porque recebe o tratamento necessário e novos interesses; para os familiares, porque não se eximem de suas responsabilidades, e para a comunidade, porque permite a diminuição de leitos hospitalares.

Segundo *Rusk*⁷³ a população em idade avançada internada pode ser enquadrada entre:

- os incapacitados patentes, por exemplo, hemiplégicos, amputados;
- os crônicos, sem sinais de incapacidade manifesta, por exemplo, cardiopatas, portadores de moléstias pulmonares;
- os não manifestadamente doentes, mas com capacidades diminuídas.

Convém lembrar, entretanto, que o fato do velho chegar a ser internado não significa que é este o seu último destino. Todo velho que, após receber os cuidados que só eram possíveis se internado e que melhora ao ponto de poder voltar à sua casa, deve fazê-lo. Isto aplica-se também aos casos de reabilitação geriátrica.

Reabilitação

A reabilitação, preconizam *Masayoshi-Itoh* e *Matheu Lee*, ambos peritos em reabilitação e professores da Universidade de Medicina de New York, é a terceira dimensão da Medicina, estando lado a lado com a Medicina Preventiva e a Saúde Pública.

Reabilitação é um processo dinâmico, que visa restituir ao indivíduo, portador de uma incapacidade física ou mental ou com problemas psico-sociais, o máximo de seu potencial, e reduzir ao mínimo a incapacidade, de modo que alcance sua independência, integrando-se em sua comunidade.

Tratando-se de pessoas em idade avançada, *Rusk*⁷³ chama a atenção para o fato de que "os conceitos básicos e os métodos em reabilitação são essencialmente aplicados à reabilitação em geral, modificados apenas para adaptar-se à fisiologia do indivíduo em idade avançada".

Por ocasião da alta, tanto o velho, como a família ou os seus parentes devem ser orientados, fornecendo-lhes um esquema que previna incapacidades secundárias.

A reabilitação geriátrica abrange essencialmente três aspectos: reativação, ressocialização e reintegração. A reativação consiste, sobretudo, em conseguir alentar o velho doente, tirando-o do estado de passividade, letargia e imobilidade física. A ressocialização visa a conseguir que o velho durante ou depois de uma enfermidade estabeleça novos contatos com a família, os vizinhos, os amigos, e evite o isolamento. A reintegração é a reincorporação do velho à sua comunidade, participando plenamente de uma vida normal de acordo com suas limitações e capacidades.

O caráter de continuidade que deve ter todo processo de reabilitação exige, principalmente no caso da reabilitação geriátrica, um seguimento e atenção constantes.

Nutrição

O fato de que os velhos apresentam comumente manifestações

subclínicas de má nutrição tem levado alguns especialistas a crer que as necessidades nutricionais aumentam na velhice. Neste sentido consideramos oportuno que o programa de assistência ao velho inclua estes aspectos pela importância que desempenha a alimentação na saúde do homem, desde a sua concepção e durante toda a sua existência.

Ponto pacífico é saber o que o alimento significa para as pessoas. É impossível enfrentar eficazmente o problema da alimentação se não se é capaz de compreender as preferências alimentares em termos da cultura de um povo. Quando os hábitos alimentares não são levados em conta, pode-se falhar completamente ao se sugerirem modificações dietéticas para o indivíduo ou para a família.

Em nosso estágio de campo multiprofissional, realizado em 1973 em Presidente Epitácio, pudemos observar que, numa região rica em peixe, alimento de obtenção local relativamente fácil, era quase total o desconhecimento do seu valor nutritivo e de suas propriedades; proteicas o que acarretava seu uso restrito, como demonstram os resultados da pesquisa domiciliária realizada: 64,34% da população raramente consome peixe; 4,51% diariamente; 8,61% nunca e 4,92% três vezes por semana⁶⁹.

Pequignot⁶⁸ resalta os efeitos da urbanização crescente sobre o componente alimentar, em que horários rígidos, mais horas extras de trabalho, impossibilidade de se almoçar em casa, obrigam o indivíduo a comer no próprio local de serviço. Embora tenha sido facilitado o preparo dos alimentos com a grande quantidade de produtos industrializados, que oferecem extraordinárias vantagens, o Autor chama a atenção para a necessidade de que os alimentos escolhidos sejam mais ricos do ponto-de-vista nutricional e menos pesados do ponto-de-vista digestivo. Isto, porém, deve ser compensado no plano nutricional por outra refeição, que deve dar importância ao valor nutricional e prioridade social.

Não basta dizer ao indivíduo, "observe esta dieta e vai viver muitos anos sem problemas circulatórios; tampouco, querer convencer uma pessoa de 65 anos que nunca tomou leite a fazê-lo, só porque o leite é um alimento considerado de alto teor nutritivo (Vaissman⁸¹).

Um ponto-de-vista bastante promissor quanto à prolongação da vida parecer ser, na opinião de estudiosos do assunto, a prevenção de doenças degenerativas por meio de nutrição adequada. Estudos realizados têm demonstrado que, possivelmente, um dos principais fatores no desencadeamento das doenças degenerativas é a composição adequada da alimentação e que tal tipo de doença pode ser prevenido em grau considerável por meio de certas modificações nos hábitos alimentares (*Browe*¹⁵). Uma das conseqüências da alimentação inadequada é a obesidade que se verifica em muitos países desenvolvidos e é muito prejudicial à saúde.

É certo que a obesidade é explicada em função de muitas causas: excesso de alimentação, aliado à falta de exercício; problemas emocionais; - fatores hereditários... *Mayer*⁵⁷ diz: "há indícios fundados para supor fatores genéticos desempenhando um papel importante na obesidade humana; às vezes a gordura já foi acumulada quando jovem, noutras aumentou com a velhice por força de redução de atividade, problemas emocionais, preocupações com problemas reais ou imaginários, os quais podem levar a excessos de alimentação". É possível comer sem engordar, se se souber dosar exercícios em função do que se come. *Baveta*⁶ diz que o aumento da atividade física dá lugar a um aumento do apetite, mas só em pessoas que já têm atividade física normal. O mecanismo de regulação do apetite não faz senão adaptar a ingestão calórica ao gasto de energia, para que o corpo não consuma suas reservas normais no caso de se lhe impor um exercício físico de intensidade não comum. Mas essa adaptação nada tem a ver com uma pessoa habitualmente sedentária que, com um certo nível de atividade, não diminui o apetite. Isto explica que a grande freqüência atual da obesidade resulta menos do excesso na alimentação que da falta de exercício. As condições de vida moderna limitam a oportunidade de fazer exercícios físicos; mas não moderam o apetite. Pelo declínio do metabolismo basal e diminuição da atividade, as necessidades energéticas reduzem-se e, na medida em que o homem aumenta em idade pode lentamente adquirir excesso de peso.

As necessidades nutritivas básicas, no que se refere ao metabolismo, não são fundamentalmente modificadas durante toda a vida. Um indivíduo idoso reflete a soma total de tudo o que com ele se passou.

Ele é um indivíduo sob o ponto-de-vista físico, mental, patológico, anatômico, químico, cronológico, nutritivo, social e pessoal. Não assume repentinamente certas características aos 50, 60 ou 70 anos de idade, embora possam ser feitas amplas generalizações sobre esses grupos de idade.

Os cuidados para manter a saúde do velho, isto é, os aspectos verdadeiramente preventivos, baseiam-se numa nutrição adequada na juventude e na maturidade. "O conhecimento da composição dos alimentos é essencial para o estudo da alimentação porque, em última análise, o que importa é a espécie e a quantidade dos nutrientes que estão sendo consumidos, e não os nomes dos alimentos que os contêm" (Burton¹⁸).

Quanto às necessidades específicas do velho, muitas vezes acontece que o sentido do gosto diminui com a idade avançada, ou a mastigação está prejudicada pela dentadura ou pela falta dos dentes, urgindo orientação para o cuidado dos dentes e boa higiene da boca, que favorecem a nutrição, além de causar efeitos psicológicos e sociais favoráveis.

Com relação aos hábitos alimentares do velho é preciso:

- evitar ameaças, dietas rígidas, dogmáticas, cardápios prontos, pois os mesmos não permitem o manejo dos problemas particulares do velho, suas preferências, facilidades alimentares com que contam, possibilidades de comer em restaurante, pois a dieta existe mais em função da enfermidade do que da idade. Considerar fatores religiosos, sociais, psicológicos, lembrando-se de que o importante é que os alimentos preencham as necessidades nutritivas essenciais, não importando quais sejam eles;
- observar horário para evitar sobrecarga digestiva. Comer não por rotina, mas por prazer;
- estabelecer as necessidades nutritivas do velho, não impondo uma dieta "para a velhice" simplesmente porque o indivíduo é velho. Há pessoas em idade avançada sadias, que vivem sós ou com a família, que gozam de liberdade para selecionar seus alimentos e que levam uma vida ativa

- fissional e social normais;
- prevenir transtornos patológicos, assegurando ingestão e utilização dos princípios nutricionais.

ASSISTÊNCIA SOCIAL

A assistência social relacionada ao atendimento da pessoa idosa tem que considerar algumas das necessidades criadas pela urbanização, industrialização e mudanças sócio-culturais.

Para a maioria das pessoas o emprego não só é uma atividade lucrativa, como também um meio de convívio social. A aposentadoria, quer seja por tempo de serviço, por doença ou por compulsória tem levado as pessoas a diferentes formas de isolamento, o qual por sua vez conduz a uma redução dos contatos sociais, com conseqüente perda da consideração social de que antes desfrutavam.

Aspectos importantes têm que ser abordados, prevenção do envelhecimento prematuro da população ativa, aposentadoria, e o lazer como forma de melhor aproveitamento do tempo livre.

A medicina do trabalho não aborda os problemas do envelhecimento do trabalhador. Todavia, o "desgaste da vida", ou seja, o envelhecimento do indivíduo é diferente em cada um. Há necessidade de se seguir um critério biológico e não só cronológico quando da aposentadoria.

Conhecendo o indivíduo, suas condições de vida, sua atividade profissional, é possível detectar muito antes da aposentadoria os casos de envelhecimento prematuro, analisar suas causas e propor medidas preventivas necessárias: modificação do horário de trabalho, mudança de setor, atividades menos pesadas.

Envelhecimento e aposentadoria são assuntos muito comentados hoje, mas não eram populares nas décadas passadas.

A aposentadoria é um grande progresso social; selo-ia, efetivamente, se não tivesse sido utilizada como meio de eliminar pessoas em idade avançada de toda a vida ativa, assegurando-lhes a subsistência

em condições por vezes lamentáveis.

O ponto crítico da aposentadoria é o período de transição entre a vida ativa e o período de inatividade profissional. Em uma entrevista com Murray⁶⁰, assim se expressa o Autor: "O status profissional, o prestígio e a consideração social são tão importantes para a saúde do homem, como uma alimentação suficiente ou possuir uma casa para morar com a família".

É nesse momento de sua vida que o indivíduo passa pelo que se costuma chamar de "crise da aposentadoria", pois embora pareça comum que homens e mulheres pensam que trabalham para obter segurança econômica e prestígio social, ao término de suas carreiras, conseguidos esses objetivos e sem preparo nenhum, se defrontam bruscamente com uma vida vazia, sem nada porque lutar, sem perspectivas, a não ser o isolamento cada vez mais acentuado de uma existência monótona.

O indivíduo sente necessidade de alguma coisa nova e diferente para substituir seu trabalho e seus amigos. Esta coisa nova tem que ser preparada antes, pois quando a idade vem pode faltar a energia, a capacidade e a vontade de aprender algo que não conheceu antes.

A preparação para a aposentadoria é hoje uma necessidade amplamente reconhecida. Ela é necessária e deve ser feita alguns anos anteriores à aposentadoria, de tal forma que o aposentado encontre uma maneira satisfatória de se desligar do emprego sem sofrer golpes de natureza econômica e emocional.

Por essa razão o indivíduo tem que se preparar para essa fase da vida e muito cedo, porque essa fase é uma mudança e a mudança para ele significa sacrifício, perda e insegurança. Sacrifício, porque implica esforço: passa a deixar de fazer algo a que estava acostumado, para começar o diferente. Perda, porque na maioria das vezes tem que abandonar valores ocultos, renunciar a uma experiência acumulada. Insegurança, porque passa a viver algo distinto, não conhecido. Para o indivíduo em idade avançada isto é bastante traumatizante. Consideramos, pois, de grande importância que o indivíduo seja preparado. As futuras gerações de velhos terão uma visão melhor da aposentadoria com mais planos, melhores previsões e maiores esperanças.

Há países que já adotam iniciativas interessantes como, por exemplo, a fisioterapia a título preventivo ou o estabelecimento de férias com aumento progressivo de tempo alguns anos antes da aposentadoria.

OPORTUNIDADES DE LAZER

O lazer, define *Dumazedier*³³, "é um conjunto de ocupações às quais o indivíduo pode entregar-se de livre vontade, seja para repousar, seja para divertir-se, recrear-se e entreter-se ou, ainda, para desenvolver sua informação ou formação desinteressada, sua participação social voluntária ou sua livre capacidade criadora após livrar-se ou desembaraçar-se das obrigações familiares, profissionais e sociais.

*Nystrom*⁶⁴ conclui de seus estudos que "lazer é assunto individual, particular a cada um, havendo necessidade de mais pesquisa sobre o mesmo para se determinar o conceito e uso do lazer, a fim de que se possa melhor entender esta faceta do comportamento ocupacional do homem e o papel ocupado pela atividade dos usos do lazer".

*Kutner*⁴⁴, tentando conceituar o lazer, sua percepção e principalmente seu significado para a pessoa aposentada e para a pessoa em idade avançada, faz a seguinte observação: "Para alguns, lazer é tempo livre e tempo livre é tempo de se fazer o que se quiser... viajar, escrever, dedicar-se ao lar e a família, ou simplesmente ficar sentado olhando. Para outros, tempo livre significa apenas uma super-abundância de vazio... com a real potencialidade de deterioração e debilitação".

*Kaplan*⁴³ tentou distinguir lazer de atividade, estabelecendo um conjunto de critérios de lazer: antítese do trabalho como função econômica; expectativa agradável e recordações; mínimo de obrigações sociais, percepção psicológica de liberdade.

*Dumazedier*³³ distingue como funções mais importantes do lazer o descanso, o divertimento, a recreação ou entretenimento e o desenvolvimento.

A primeira função liga-se à fadiga. O descanso libera da fa

diga. Neste sentido, o lazer é um reparador das deteriorações físicas e nervosas provocadas pelas tensões resultantes das obrigações cotidianas e, particularmente, do trabalho.

A segunda função, divertimento, recreação ou entretenimento, liga-se ao tédio. Diz o Autor que esta função do lazer pode ser um fator de equilíbrio, um meio de suportar a disciplina e as coerções inerentes à vida social.

A terceira função, a de desenvolvimento, permite uma participação social maior e mais livre, oferece novas possibilidades de integração voluntária à vida de agrupamentos recreativos, culturais e sociais. Pode ainda criar novas formas de aprendizagem voluntária, suscitando no indivíduo libertado de suas obrigações profissionais comportamentos livremente escolhidos. O dia não é ocupado essencialmente pelo trabalho e comporta horas de lazer. Nesse sentido expressa-se *Dumazedier*³³: "é um homem incompleto, atrasado e de certo modo alienado, aquele que não aproveita ou não sabe aproveitar seu tempo livre".

Lazer também pode ser definido como o conjunto das necessidades e obrigações opostas à vida cotidiana, como trabalho profissional, trabalho complementar ou suplementar, doméstico, atividades rituais resultantes de uma obrigação familiar, social ou espiritual.

Através do lazer o indivíduo tem participação social maior e mais livre, a prática de cultura desinteressada do corpo, da sensibilidade e da razão, além de formação prática e técnica; oferece novas possibilidades de integração voluntária à vida de agrupamentos recreativos, culturais e sociais, possibilitando o desenvolvimento livre de atitudes adquiridas.

O significado do lazer assume hoje grande importância devido, sobretudo a fatores como aposentadoria prematura e encurtamento da semana de trabalho, os quais permitem o aumento do tempo livre.

Cogwill e *Baulch*²⁴, em um estudo com grupos de aposentados sobre aplicações do lazer, mostraram que televisão era a atividade mais freqüente, vindo a seguir "hobbies" e leitura.

São Paulo, cidade altamente industrializada, começa hoje

a despertar para a importância de um planejamento no campo do lazer. Este planejamento deve, entretanto, envolver todas as faixas etárias e todas as classes sociais. No momento, o que se nota no Município de São Paulo é um grande desequilíbrio entre as necessidades da população e equipamento e recursos existentes para atender a demanda.

No que se refere à pessoa em idade avançada, os recursos são ainda mais carentes e quase nulos.

O problema maior parece-nos ser uma ausência de estudos ou pesquisas que esclareçam se a população idosa realmente tem necessidade de se interessar em preencher suas horas de lazer de forma mais construtiva.

A criação de recursos com esse fim custará menos à sociedade do que a manutenção da inatividade, da deterioração e da invalidez da pessoa em idade avançada.

Na medida em que a cultura e a sociedade se orientam menos para o trabalho, aumenta a importância do conceito e uso do lazer como área para manutenção da atividade na velhice.

Há necessidade de se incluir no planejamento urbano áreas destinadas a programas de lazer para todas as faixas etárias. Não nos referimos à grande ênfase que é dada aos jogos e às competições esportivas de massa. O esporte de massa, afirma *Dumazedier*³³, é uma armadilha e "o esporte é, antes de tudo, uma cultura experimentada por esportistas através de toda a vida. Não sendo assim, torna-se uma ocupação cara e fútil, embora agradável".

É necessário estimular e dar ao velho oportunidades de lazer criativo com desenvolvimento de clubes, reuniões, palestras, excursões e outros.

EDUCAÇÃO PARA A VELHICE

As atuais gerações de pessoas em idade avançada, como demonstram as observações feitas no Município de São Paulo, enfrentam sérios problemas de ordem médica, social, psicológica e cultural; isto se deve em

grande parte ao fato de que o velho de hoje não foi educado para essa fase, como também não lhe foram oferecidas condições para essa educação.

A educação do povo em geral é indispensável para que com preenda que o envelhecimento da população é uma consequência natural da vi da moderna e que o velho tem direito a ocupar um lugar em qualquer socieda de.

Junto a empresas a educação deve estar presente, mostrando que os velhos não são inúteis para o trabalho, ressaltando a capacidade, os conhecimentos e a experiência das pessoas em idade avançada.

Há vários recursos de que a Educação pode lançar mão; por e xemplo, introduzir e incentivar estudos ergométricos para que as pessoas de idade possam continuar trabalhando se assim o desejam. O uso de ferramen tas especiais, o reajuste das condições de trabalho podem ajudar a pessoa em idade avançada a prolongar sua vida ativa. O estado físico e mental e a situação sócio-econômica do indivíduo tende a melhorar se se mantem as atividades produtivas na velhice em um nível ótimo, de acordo com sua ca pacidade individual.

Sabe-se que a educação em saúde é um processo contínuo que começa na escola primária, mas tratando-se de aspectos relacionados especi ficamente ao processo do envelhecimento, a melhor ocasião para se obter re sultados satisfatórios é na meia idade. A meia idade representa justamente a geração que comanda e controla a maior riqueza e poder, e arrola os mais atuantes membros da sociedade; é nessa fase da vida que as pessoas demon tram o máximo de sua capacidade e atingem o cume de sua carreira, mas por outro lado é a época que enfrentam grandes problemas com sua própria saúde, podendo levar o indivíduo a um acelerado envelhecimento.

O indivíduo nessa fase necessita ser motivado sobre assuntos que lhe dizem respeito diretamente; por exemplo, o que significa manter um nível de saúde satisfatório, qual o valor do exercício físico, porque a saúde oral é um fator importante ligado a assuntos de nutrição, quais as vantagens dos exames médicos periódicos, qual o significado da aposentado ria, que serviços de saúde existem em seu meio e o que os mesmos lhe ofere cem. Com esse fim, a educação pode se utilizar de diferentes meios: jornal,

rádio, televisão como meios de comunicação de massa, como pode também aproveitar outras ocasiões como os exames periódicos, as consultas espontâneas, a época em que o aposentado vai receber seu salário.

A educação para a velhice deve satisfazer quatro aspectos:

- conforto material;
- saúde física;
- hábitos sociais adequados;
- atividade.

Dessa forma, a futura geração de velhos poderá apresentar outros problemas, mas, devidamente educada, estará em condições de superá-los, conscientizando-se das necessidades em assumir certas obrigações com relação ao seu futuro, tais como:

1. empregar todos os esforços para continuar a ser membro útil, ativo e capaz mesmo depois de aposentado, planejando assim a melhor maneira de continuar participando de sua comunidade;
2. aprender e aplicar em tempo hábil os princípios que levam a um estado satisfatório de saúde física e mental;
3. manter relacionamento com a família, parentes e amigos, e ter algum pecúlio. É importante ao velho tornar-se para os familiares, não uma carga, mas uma companhia desejável e indispensável. O velho de hoje não tem condições econômicas para bastar-se a si mesmo, o que se comprova pelo número de velhos que recorrem à caridade alheia, porque não cuidou disso enquanto jovem.

A proporção de velhos com nível de vida mais elevado aumentará no futuro. Desfrutarão de maior independência do ponto de vista econômico, pois asseguraram um pecúlio; do ponto-de-vista psico-emccional, porque não estarão tão presos fisicamente aos seus familiares, e terão condições para compreender que todo o indivíduo tem direito à sua vida própria e que amor, afeto, atenção, não desaparecem com a separação.

*Bevilacqua*¹⁰ chama a atenção "para o extremo inicial representado pela criança, que vem polarizando as maiores atenções, tendo em vista o potencial que representa para o mundo a fim de assegurar a renovação

da humanidade".

As instituições particularmente dedicadas à criança têm sempre no seu quadro de pessoal técnico diversos profissionais de saúde, o que já não acontece nas instituições que congregam velhos; há realmente um profundo desequilíbrio entre a obrigatoriedade incontestável do atendimento à criança e o tímido e pálido interesse no atendimento ao velho.

Criar homens sadios, educados, que saibam produzir e pensar, capazes de se engajar em um vasto programa de cooperação emocional, que amem e respeitem seu semelhante, conscientes de sua força e capaz de utilizá-la para construir um futuro promissor é o que pretende a sociedade; mas não se pode aceitar que esta mesma sociedade os condene à situação de dependência e de assistência às vezes degradante.

Sabe-se que inúmeros são os problemas médico-sociais exigindo solução imediata, e o problema da velhice, principalmente no Município de São Paulo, já constitui um desses problemas, exigindo solução prioritária. Como se explica então a grande indiferença por parte dos poderes públicos? Desconhecimento, falta de recursos econômicos, de recursos humanos? Talvez todos esses, mas ainda assim, como diz *Leser*⁴⁸, "mesmo nos países mais desenvolvidos em que há recursos econômicos abundantes não é fácil satisfazer a demanda sempre renovada de bens e serviços essenciais para o bem estar de uma comunidade".

FORMAÇÃO DE RECURSOS HUMANOS

Para o bom funcionamento dos programas de atendimento à pessoa idosa é indispensável dispor de pessoal competente para o qual se requer diversas especialidades. Além do médico, profissionais afins como psicólogos, fisioterapeutas, enfermeiras, dentistas, fonoaudiólogos, auxiliares de enfermagem e outros são também necessários.

Importante também é o treinamento-em-serviço de todo o pessoal que trabalha direta ou indiretamente com o velho como atendentes, serventes, pessoal de limpeza e outros.

É necessária uma reorientação das escolas de medicina, enfermagem e outras para que se dê a devida atenção ao conhecimento das necessidades próprias das pessoas velhas e aos princípios de assistência integrada completa, orientada face à família e à comunidade e baseada na prevenção.

As escolas de medicina colocam o assunto de geriatria como área de interesse apenas para o clínico geral e as escolas de enfermagem e de outras profissões ligadas à saúde muito pouco se dedicam ao assunto.

Todavia, seria suficiente computar o tempo de serviço e os leitos hospitalares gastos com idosos para se ter uma noção da amplitude do problema. A vida média está aumentando cada vez mais e o médico, diante do cliente, inevitavelmente tem que considerar a idade do paciente e a condição derivada desse fator.

É interessante notar que o médico, de modo geral, não se interessa pela geriatria; parece que este assunto lhe causa impacto. Todavia, choca-se quando começa a trabalhar e descobre que as pessoas, a não ser quando estão doentes, não têm interesse pela saúde. Isto confirma, uma vez mais, a distância que existe entre a Escola e a Comunidade; entre o avanço científico e técnico, tão acelerado, e as atitudes em face dos problemas permanentes ou as que se impõem em face de problemas surgidos a cada dia. O estudante precisa ser preparado para atuar na Comunidade, entendida como agrupamento social de diferentes faixas sócio-econômicas, o que apresenta problema de saúde tanto em nível individual como coletivo.

Bayne⁷, discutindo os princípios que devem nortear um currículo escolar com relação ao estudo da geriatria em escolas de medicina, apresenta um modelo interessante que merece ser analisado. O modelo apresentado é do "Comittes on Undergraduate and Continuing Medical Education of the Clinical Medicine Section" da "Gerontological Society". A ênfase é dada a auto-educação e estudo em pequenos grupos. O esquema está distribuído em quatro fases: uma fase introdutória, em que os alunos em grupo de cinco, com um orientador, discutem problemas bio-médicos e itens relacionados a crescimento, desenvolvimento e velhice. Eles escolhem os assuntos que desejam explorar,

usam livros, diapositivos, gravações e fazem visitas na Comunidade. Nas discussões são incluídas descrições de pessoas de idades diferentes, incluindo idosos, e abordando aspectos físicos, psicológicos sociais e econômicos relacionados à velhice.

Numa segunda fase, o assunto é discutido sob o aspecto psicopatológico, com o objetivo de esclarecer a interação entre o sistema físico-psíquico. Em seguida, os alunos entram num estudo mais pormenorizado da patologia, constituindo a base do programa a discussão dos problemas mais importantes causados pela idade. Na fase final, o aluno passa à prática clínica. Nessa fase, é oferecida ao aluno a oportunidade de aprendizagem intensiva num Centro Geriátrico, visitas a Instituições e Hospitais, onde possam vivenciar os problemas de saúde relacionados à velhice.

A educação é tão integrada no pensamento dos responsáveis pela formação dos profissionais de saúde que faz parte do Complexo de Ciências da Saúde, que inclui a Divisão de Ciências da Saúde da Universidade de Mc Master, Colégio de Mohawk e várias outras Instituições da Comunidade. Atualmente, o Comitê acima mencionado está examinando os princípios e métodos exigidos para desenvolver uma abordagem a fim de que todos os profissionais possam obter educação em qualquer campo que lhes seja útil.

Em todas as atividades - e particularmente as desenvolvidas pelo pessoal de saúde - têm lugar não somente os atos técnicos específicos de determinada profissão, mas também a ação educativa, aplicando-se a cada caso individual os métodos de educação mais adequados. Assim, toda atividade profissional deve ser acompanhada pelo componente educativo **correspondente**, que prolonga o efeito do ato técnico, torna-o mais valioso e mais eficiente e lhe confere um significado social mais humano (*Parisot*⁶⁷).

Isso também deveria ser aplicado em nosso meio; a educação em saúde deve abranger profissionais de diferentes áreas, já que o desenvolvimento econômico está condicionado à educação, e uma vez que a formação de recursos humanos, tanto em qualidade como em quantidade, tem que estar de acordo com o processo econômico.

Uma análise, embora superficial, demonstra que a formação de recursos humanos foge ainda do contexto do planejamento geral de saúde, que

os diferentes profissionais trabalham ainda como grupos isolados. Isso é bastante prejudicial, porque as atividades de saúde em nível de Comunidade nunca são devidas à ação de um determinado grupo profissional. Não existe, também, uma coordenação adequada entre os setores Saúde e Educação. Se uma unificação de serviços não é possível, uma coordenação das normas e procedimentos de ambos é necessária.

A formação do profissional de saúde implica no estudo e conhecimento do indivíduo como um todo integrado e funcional, um ser único, diferente e característico, possuidor de determinadas condições físicas hereditárias, congênitas e adquiridas e que, tendo já recebido, continua recebendo a contribuição sócio-cultural de seu ambiente de vida, ao qual também reage.

No caso do indivíduo em idade avançada, há por parte do profissional, necessidade de que conheça esse período da vida humana em todos os seus aspectos: físicos, psíquicos, sociais e espirituais. Se algum desses aspectos é ignorado, o indivíduo sofre as consequências.

Os aspectos espirituais são os que menos atenção têm merecido, para muitos da atual geração de velhos o fator religioso é de grande importância, pois viveram grande parte de sua vida em que as práticas religiosas tinham um significado importante para identificação do grupo.

Todo profissional, pois, que trabalha com o velho, principalmente quando hospitalizado, tem que considerar esse aspecto pelo valor que significa para o paciente. Não questionamos o fato de que a grande maioria das entidades que recebem indivíduos em idade avançada inclua um religioso em seu pessoal. Às vezes não basta contar com um Sacerdote, um Pastor, ou Rabino para conversar com o cliente; é preciso que os profissionais tenham conhecimento, pelo menos, da filosofia das diversas religiões. Tal conhecimento permite a melhor compreensão do velho, de sua atitude em face da velhice, da morte e do sofrimento²⁷.

Só conhecendo todos os aspectos da vida do indivíduo será possível estabelecer um "modus vivendi" para os velhos, capaz de assegurar-lhes anos de bem-estar e segurança.

Esse conhecimento poderá ser adquirido na Escola desde que ,

como preconiza *Zenam*⁹³, sejam utilizadas e admitidas bases educativas, através de um ensino integrado, dinâmico, com participantes da escola, complementados com os recursos da comunidade.

IX - RECOMENDAÇÕES

Tendo em vista os problemas levantados neste estudo, recomen
da-se:

1. Mobilizar a comunidade para uma efetiva participação na so
lução dos problemas da pessoa em idade avançada, concen
trando esforços para modificar a idéia de que constituem
"grupo problema".
2. Sob o ponto de vista social em fase pré-aposentadoria, dar
orientação no sentido de uma preparação psicológica pro
gressiva, podendo-se utilizar cursos gerontológicos, organi
zação e promoção de programas para jubilação, desenvolvimen
to do lazer.
3. Esclarecer a população sobre os cuidados com relação à saú
de como arma eficaz e de maior alcance no campo preventivo.
4. Sob o ponto de vista médico, oferecer exames periódicos à
pessoas de meia idade para diagróstico precoce e tratamen-
to imediato dos processos degenerativos e neoplásicos.
5. Planejar e implantar serviços geriátricos que assegurem me
didas objetivas de prevenção em todos os níveis, com base
na assistência, ensino e pesquisa.
6. O planejamento e a implantação dos referidos serviços deve
ter em vista as mudanças que produzem a urbanização e a
industrialização rápidas.
7. Coordenar serviços das entidades existentes, evitando para
lelismo e superposição de serviços e atividades, consideran
do, sobretudo, a carência de recursos humanos, a desconti-
nuidade dos program e a insuficiência e/ou deficiência
dos serviços.
8. Insistir na implantação de serviços com atendimento ambu
latorial e programas de atendimento domiciliar, diminuindo
ao mínimo o tempo de internação; recorrer à institucio
nalização só quando os recursos comunitários e/ou domici
liares forem insuficientes.

9. Mobilizar na esfera federal os ministérios da Previdência Social, Trabalho, Justiça, Saúde e Educação para que atinjam a população em idade avançada de um modo mais objetivo e mais efetivo em todos os seus planos de ação. Embora as pessoas em idade avançada representem apenas um grupo da população geral, tal grupo deve ser incluído no sistema de prestação de serviços como qualquer outro da população.
10. Criar uma legislação unificada e específica para o idoso brasileiro, com um mecanismo de avaliação contínua dentro do sistema de prestação de serviços, que permita às autoridades introduzirem reformas necessárias, como as que estão se processando atualmente com relação a aposentadoria.
11. Conservar registros cuidadosos e estatísticos de estudos clínicos e epidemiológicos de modo que, com o tempo, os pesquisadores possam dispor de dados que, cobrindo longos períodos levem a conclusões que possam ser fornecidas à maquinaria administrativa; além disso um sistema de documentação médica que permita a transmissão do histórico de um paciente, respeitada a legislação referente ao sigilo profissional.
12. Promover estudos geriátricos na formação de recursos humanos especializados, cursos de pós-graduação, centros de estudos geriátricos.
13. Sob o ponto de vista educativo elaborar impressos e publicações científicas, realizar conferências, promover campanhas através de televisão, rádio, jornais, cinemas e desenvolver programas nas escolas, indústrias e órgãos do governo.
14. Promover o intercâmbio de pessoal e de informações entre as diferentes entidades.

X - CONCLUSÕES

Do estudo realizado no Município de São Paulo podemos extrair as seguintes conclusões:

1. O aumento na população de pessoas em idade avançada traz problemas sociais, psicológicos, econômicos e médicos.
2. É evidente a marginalização e o abandono do velho por parte da família e da comunidade.
3. O velho já constitui problema social e médico.
4. Parece que os poderes públicos ainda não despertaram para os problemas do velho.
5. Há falta de dados e registros que permitam identificação, dimensionamento, análise e estudo acurado dos problemas do velho com relação tanto aos aspectos biológicos, como sociais e psicológicos.
6. Há carência de recursos humanos para atendimento do velho.
7. Os conceitos básicos e os métodos de reabilitação geral aplicam-se à reabilitação em geriatria, devidamente adaptados à fisiologia do velho.
8. A Terapia Ocupacional é de grande utilidade no combate à inatividade e isolamento verificados em quase todas as instituições geriátricas.
9. A Educação em Saúde pode contribuir para um melhor conhecimento e orientação da população em geral com relação aos aspectos do envelhecimento.
10. Um programa de atendimento à pessoa em idade avançada envolve entre outros aspectos, assistência médica, psicológica e social, oportunidades de lazer, educação para a velhice e formação de recursos humanos.

RESUME

This paper analyses the biological, psychological and social characteristics of old persons, as well as their problems. It emphasizes the contribution of Occupational Therapy and Health Education to minimize those problems, calling the attention to the aspects that should be considered in the planning of programmes designed to assist old people. This Study was limited to the old population of the S. Paulo country.

XI - BIBLIOGRAFIA

1. ALBRECHT, R. Older people. New York, Longman, Green & Co, 1953.
2. AMANCIO, A. O problema social da velhice. In: AMANCIO, A. e CAVALCANTI, U.C.P. Clínica geriátrica. Rio de Janeiro, Atheneu, p. 5-12, 1975.
3. AMULREE, L. Formação de um serviço de geriatria. Rev.paul.Hosp., 2 (2): 11, 1954.
4. ANDERSON, J. E. The use of time and energy. In: Birren, J. E. Handbook of aging and the individual. Chicago, University of Chicago Press, 1959.
5. BARMACK, M. Considerações gerais sobre gerontologia e geriatria. (apresentado no IIº Seminário sobre Reintegração de Grupos Marginalizados "Problemática da Velhice", São Paulo, 1971 - mimeografado).
6. BAVETTA, A.L. Necessidades nutritivas en el anciano. In: COWDRY, E. V. Cuidado del paciente geriátrico. México, La Prensa Mexicana, p. 147-177, 1962.
7. BAYNE, J. R. D. Geriatrics and gerontology in medical education. J.amer. geriat.Soc. 22 (5) : 198-202, 1974.
8. BEAUVOIR, S. A velhice: a realidade incômoda. São Paulo. Difusão Européia do Livro, 1970, v.1.
9. ——— A velhice: as relações com o mundo. São Paulo. Difusão Européia do Livro, 1970, v.2.
10. BEVILACQUA, F. O ensino da geriatria no Brasil. In: AMANCIO, A. e CAVALCANTI, U.C.P. Clínica geriátrica. Rio de Janeiro, Atheneu, p.309-312, 1975.
11. BEZERRA, V. A. O problema médico social face à assistência hospitalar aos geriátricos e aos portadores de enfermidades de caráter crônico. Rev.paul.Hosp., 10 (4) : 8-11, 1962.
12. BIRREN, J. E. Psychological and Biological Aspects. In: Birren, J. E., ed. Handbook of aging and the individual. Chicago, University of Chicago Press, p. 195-199, 1959.
13. BOURLIÈRE, F. Progrès en Gerontologie. Paris, Medicales Flammarion, 1969.

14. BROMLEY, B. D. The psychology of human ageing. Harmondsworth, Middlesex, Penguin Books Ltd., 1966.
15. BROWE, J. H. Nutrição adequada e suficiente. In: Hilleboe, H. E. Medicina Preventiva. Rio de Janeiro. Aliança para o progresso, p. 536-543, 1965.
16. BROWN, R. G. Family structure and social isolation of old persons. J. Geront., 15 (4): 170-174, 1960.
17. BURGESS, E. W. Aging in western societies. Chicago, University of Chicago Press, 1960.
18. BURTON, B. T. Nutricion humana. 2a. ed. Washington, D.C., OPAS, p. 212-218, 1968.
19. BUSSE, E. W. Administration of the interdisciplinary research team. J.med.Educ., 40: 832-839, 1965.
20. CAPISANO, H. F. Aspectos psicológicos do envelhecimento. In: Nogueira da Silva, W. Temas de clínica geriátrica. São Paulo, Fundo Editorial Bik - Prociencx, p.14-17, 1973.
21. CARVALHO, F. L. Padrões mínimos de organização de hospitais. Rev. paul.Hosp., 21 (3): 107-110, 1973.
22. CAVALCANTI, U.C.P. Os processos biológicos do envelhecimento. In: AMANCIO, A. e CAVALCANTI, U.C.P., Clínica geriátrica. Rio de Janeiro, Atheneu, p. 1-3, 1975.
23. CHERRY, L. Retardando a chegada da velhice. DIÁLOGO, 7 (4): 77-86, 1974.
24. COGWILL, D. O. & BAULCH, N. The use of leisure time by older people. Gerontologist, 2: 47-49, 1962.
25. CONGRESSO BRASILEIRO DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA. 39. Rio de Janeiro, 1974. Conclusões. (mimeografado).
26. COSSERMELLI, W. Reumatologia básica, Sarvier, São Paulo, 1972.
27. COWDRY, E. V. The Care of the Geriatric patient. 4 ed. Saint Louis, USA, The C.V. Mosby Co., 1971.

28. CUMMING, E. and HENRY, W. Growing old: the process of disengagement . New York, Basic Books, 1961.
29. DELARGY, J. The role of the occupational therapist in geriatric medicine. In: Through youth to age. London, R. L. Kleinman, p.263-265, 1967.
30. DERRYBERRY, M. Educación sanitaria: sus objetivos y métodos. Org.mun. Salud. Washington, D. C. (Publ. Cient., 73), p.1-9, 1962.
31. DONAHUE, W. Psychologic aspects. In: Cowdry, E. V. The care of geriatric patient. 4 ed Saint Louis, The C.V. Mosby Co, 1971.
32. ————— et al. Retirement: the emerging social pattern. In: Tibbetts, C. ed. Handbook of social gerontology, societal aspects of aging. Chicago, University of Chicago, 1960.
33. DUMAZEDIER, J. Lazer e cultura popular. São Paulo, Editora Perspectiva, 1973.
34. EL PROGRAMA de educación sanitária de la OMS. Cron.org.mund.Salud. 28 (9): 444-453, 1974.
35. FARIA, C.C. Geriatria e gerontologia. Rev.paul.Hosp. 22 (10):440-445, 1973.
36. FILER, R. N. & O'CONNELL, D.D. Motivation of aging persons in an institutional setting. J.Geront., 19 (1): 15-22, 1964.
37. FILIZZOLA, M. O interesse internacional pela gerontologia. O Hospital. 76 (5): 39-48, 1969.
38. FLACELIERE, R. Daily life in Greece at time of Pericles. New York, Macmillan, 1965
39. GALL, E.D. & FRAMPTON, M. E. Special education for the exceptional. Porter Sargent Publisher, Boston, Mass., 1960, V.3.
40. GREENBERG, M. Modern concepts of communicable disease. New York Putnam's, 1953.
41. GRIFFITHS, W. "The educational approach to health work", California's Health, 15 (12), 1957.

42. GRUSPUN, H. Problemática da velhice: aspectos psicológicos. (apresentado no II Seminário sobre Reintegração de Grupos Marginalizados - Problemática da Velhice. São Paulo, 1971. mimeografado).
43. KAPLAN, M. Toward a theory of leisure for social gerontology. In: Leimeier, W.R. Aging and leisure, New York, Oxford University Press, 1961.
44. KUTNER, B. Modes of treating the chronically. Gerontologist, 4 (2):44-48, 1964.
45. LAMBERT, G. Medicina del trabajo y jubilación. Salud Mundial, Julio - agosto, p. 26-29, 1974.
46. LA VEJEZ como problema social. Cron.org.mund.Salud, 28: 534-542, 1974.
47. LEAVELL and CLARK. Preventive medicine. New York. McGraw-Hill Book Company, Inc. 1953.
48. LESER, W. Crescimento da população da cidade de São Paulo, entre 1950 e 1970, e seu reflexo nas condições de Saúde Pública. Ciência e Cultura, 27 (3): 244-256, 1975.
49. LEITE, M. G. O hospital e a geriatria. Rev.paul.Hosp., 5 (1): 9-14, 1957.
50. LINDEN, E. Desenvolvimento da Personalidade durante a maturidade avançada. Engl. and Pearson, 46-98, 1962.
51. MACDONALD, E. M. et al. Occupational therapy in rehabilitation. London, Bailliere, Tendall and Cassal, 1972.
52. MADDOX, G. L. Activity and morale: a longitudinal study of selected elderly subjects, Social Forces, 42: 195-204, 1963.
53. MARCONDES, J. R. Adolescência e velhice. (palestra proferida durante o Programa de Educação em Saúde no Instituto de Educação Fernão Dias Pais, São Paulo, 1974 - mimeografado).
54. MARCONDES, R. S. Educação Sanitária em nível nacional. Tese de doutoramento - Faculdade de Saúde Pública da USP, São Paulo, p.11, 1964.

55. MARTINS, C. O homem idoso diante da psiquiatria. Atual.Med., junho, p. 44-56, 1972.
56. MARTINS, R. N. Velhos e moços. Probl.bras., 12 (109): 25-33, 1974.
57. MAYER, J. Obesidad, herencia y apetito. Salud mundial, febrero - marzo, p. 22-27, 1974.
58. MELARAGNO, R. Afecções vasculares cerebrais. São Paulo, Livraria Lusso-Espanhola-Brasileira, p. 385-418, 1959.
59. MULLAN, H. The personality of those who care for the aging. Gerontologist, 1: 44-46, 1961.
60. MURRAY, R. Cien anos de atraso. Salud Mundial, julio - agosto, p.14-21, 1974.
61. NICOLIDI, E. Assistência espiritual no hospital. Rev.paul.Hosp., 21 (1): 29-34, 1973.
62. NOGUEIRA DA SILVA, W. Medicina preventiva em cardiologia. São Paulo, Edart, 1966.
63. ————— Temas de clínica geriátrica. São Paulo, Fundo Editorial Bik-Prociénx, 1973.
64. NYSTRON, P.E. Activity patterns and leisure concepts among. Amer.J. occup.Ther., 28 (6): 337-345, 1974.
65. ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. Comitê de Expertos en Planificación y Organización de los Serviços Geriátricos. Ginebra, 1973. Informe. Ginebra, 1974 (Serv.Inf.Téc., 548).
66. PALMORE, E. B. The effects of aging on activities and attitudes. Gerontologist, 8: 259-263, 1968.
67. PARISOT, J. Training for health education. J.hlth.Educ., 16 (2): 59-62, 1958.
68. PEQUINOT, G. et al. Evolution de la consommation alimentaire en France en fonction de l'urbanisation. In: Maladies de la vie urbaine, Paris, Masson & Cia., p. 67-89, 1973.

69. *PRESIDENTE Epitácio*. São Paulo, 1973 (trabalho de campo multiprofissional apresentado por alunos da Faculdade de Saúde Pública da USP.).
70. *PROFILE OF ELDERS IN THE UNITED STATES*. New York, Statist.Bull. 56: 8-10, 1975.
71. *REILLY, M.* Research potentiality of occupational therapy. Amer. J. occup.Ther., 14: 206-209, 1960.
72. *ROSEN, G.* Evolving trends in health education. J.publ.Hlth., 52: 499 - 506, 1961.
73. *RUSK, H.* Medicina de reabilitação. México. Editorial Interamericana, 1966.
74. *SACHER, A.L.* Providing supportive services to the elderly. J.amer. occup.Ther., p. 423-427, 1971.
75. *SALGADO, M.A.* Um trabalho com grupo de aposentados. São Paulo, Serviço Social do Comércio, 1973.
76. *SELYE, H.* "Stress" y conducta social. Salud Mundial, diciembre, p. 3-11, 1974.
77. *SETEM, M.* Hospital geriátrico. Rev.paul.Hosp., 12 (9): 417-420, 1974.
78. *TALLMER, M. & KUTNER, B.* Disengagement and the stress of aging. J. Geront., 24: 70-75, 1969.
79. *TURNER, C.E.* Community health educator's: compendium of knowledg. St. Louis. C.V. Mosby, 1956.
80. *TOFFLER, A.* O choque do futuro. 8^a ed. Rio de Janeiro. Arte Nova, 1973.
81. *VAISSMAN, J.* Problemas nutricionais na velhice. (Rio de Janeiro) Merck Brasil, 1971.
82. *WOLFF, K.* The emotional rehabilitation of the geriatric patient. Charles C. Thomas Publ., Springfield, Ill., 1970.
83. *WOOD, T.D.* Fourth yearbook of the Department of Superintendence of the National Education Association, 1926.
84. *ZEMAN, F.D.* The role of the professional nurse in Community planning for the aged. J. Geront., 6: 150, 1951.

PESQUISA SOBRE O ATENDIMENTO À PESSOA IDOSA NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

Formulário nº _____

NOME DA INSTITUIÇÃO _____

ENDEREÇO DA INSTITUIÇÃO _____

Rua

Nº

Bairro

CEP

Telefone

1. Há quantos anos esta Instituição está em funcionamento?

- a. Menos de 1 ano..... ()
- b. De 1 a 3 anos..... ()
- c. De 4 a 6 anos..... ()
- d. De 7 a 10 anos..... ()
- e. Mais de 10 anos..... ()

2. Qual o regime de funcionamento desta Instituição?

- a. Só internato..... ()
- b. Só externato..... ()
- c. Só semi-internato..... ()
- d. Internato e semi-internato..... ()
- e. Externato e semi-internato..... ()
- f. Internato e externato..... ()
- g. Internato, externato e semi-internato..... ()
- h. Outro. Qual? _____ ()

3. A Instituição pertence a que sistema?

- a. Público..... ()
- b. Privado..... ()

4. A Instituição utiliza algum meio para sua divulgação?

- a. Jornal..... ()
- b. Rádio..... ()
- c. Televisão..... ()

- d. Folhetos..... ()
- e. Jornal e rádio..... ()
- f. Jornal e televisão..... ()
- g. Jornal e folhetos..... ()
- h. Rádio e televisão..... ()
- i. Rádio e folhetos ()
- j. Televisão e folhetos..... ()
- l. Jornal, rádio e televisão..... ()
- m. Jornal, rádio e folhetos..... ()
- n. Televisão, folhetos e jornal..... ()
- o. Jornal, rádio, televisão e folhetos..... ()
- p. Nenhum..... ()
- q. Outros. Quais? _____ ()
5. Por ordem de prioridade, enumere quais os problemas de mais difícil solução para a Instituição?
- a. Escassez de recursos financeiros..... ()
- b. Escassez de recursos humanos..... ()
- c. Recursos humanos não capacitados..... ()
- d. Vagas..... ()
- e. Conflitos entre os clientes..... ()
- f. Problemas de saúde dos clientes..... ()
- g. Insuficiência de instalações..... ()
- h. Problemas com os familiares..... ()
- i. Outros. Quais? _____ ()
6. Enumere, por ordem de prioridade, qual o objetivo da Instituição.
- a. Abrigo..... ()
- b. Interação social..... ()
- c. Ajustamento familiar..... ()
- d. Assistência médica..... ()
- e. Outro. Qual? _____ ()
7. Enumere, sob o ponto de vista quantitativo, qual a causa mais comum de procura à Instituição quando os clientes são sadios:
- a. Necessidade de recursos materiais..... ()
- b. Desajustamento social..... ()
- c. Desajustamento familiar..... ()
- d. Outro. Qual? _____ ()

8. Qual o número máximo de clientes que a Instituição tem condições para atender?
9. Enumere, do ponto de vista quantitativo, se os clientes assistidos são:
- a. Residentes na cidade de São Paulo..... ()
 - b. Residentes na região da Grande São Paulo..... ()
 - c. Residentes em outras regiões do Estado de São Paulo..... ()
 - d. Residentes em Capitais de outros Estados..... ()
 - e. Residentes no interior de outros Estados..... ()
 - f. Residência ignorada..... ()
 - g. Estrangeiros..... ()
10. Enumere, sob o ponto de vista quantitativo qual a distribuição por sexo, e grupo de idade em que se encontram os clientes atendidos nesta Instituição.
- a. Sexo

Masculino ()	Feminino ()
---------------	--------------
 - b. Grupo de idade

50-59 ()	60-69 ()	70-79 ()	80 e + ()
-----------	-----------	-----------	------------
11. A Instituição é leiga ou religiosa?
- a. Leiga..... ()
 - b. Religiosa..... ()
12. Se é religiosa, a qual religião está vinculada?
- a. Católica..... ()
 - b. Espírita..... ()
 - c. Protestante..... ()
 - d. Israelita..... ()
 - e. Budista..... ()
 - f. Umbandista..... ()
 - g. Outra. Qual? _____ ()
13. Sob o ponto de vista de saúde, qual o critério da Instituição para que o cliente possa ser aceito?
- a. Apenas clientes sadios..... ()
 - b. Apenas clientes doentes..... ()
 - c. Clientes sadios e doentes..... ()
 - e. Outro. Qual? _____ ()

14. Enumere, sob o ponto de vista quantitativo, quais as doenças mais comuns que levam à procura da Instituição, no caso de clientes doentes:
- a. Reumáticas..... ()
 - b. Neurológicas..... ()
 - c. Mentais..... ()
 - d. Cardiovasculares..... ()
 - e. Gastrintestinais..... ()
 - f. Respiratórias..... ()
 - g. Urológicas..... ()
 - h. Outras. Quais? _____ ()
15. No caso de se fazer uma pesquisa sobre a época em que o cliente começou a apresentar sintomas sobre a referida doença, como a Instituição poderia colaborar?
- a. Permitindo entrevista com o próprio cliente..... ()
 - b. Fornecendo os dados necessários sobre o paciente..... ()
 - c. Não teria condições..... ()
 - d. De outra forma. Qual? _____ ()
16. Os clientes são encaminhados para esta Instituição por: (admita mais de uma resposta)
- a. Hospitais..... ()
 - b. Parentes..... ()
 - c. Entidades sociais públicas..... ()
 - d. Entidades sociais privadas..... ()
 - e. Outras. Quais? _____ ()
17. Qual o tempo médio de permanência dos clientes na Instituição?
- a. Menos de um ano..... ()
 - b. De 1 a 3 anos..... ()
 - c. De 4 a 6 anos..... ()
 - d. De 7 e mais..... ()
 - e. Não há condições de responder..... ()
18. Enumere, do ponto de vista quantitativo, quais as causas de desligamento com a Instituição.
- a. Alta médica..... ()
 - b. Desajustamento na Instituição..... ()
 - c. Óbito..... ()

- d. Transferência para outra Instituição..... ()
- e. Problema familiar..... ()
- f. Outra. Qual?_____ ()

19. Para o atendimento do cliente, a Instituição utiliza-se de serviços de órgãos externos?

- a. Sim ()
- b. Não ()

20. Em caso afirmativo, quais são os serviços localizados fora desta Instituição que são utilizados? (admite mais de uma resposta).

- a. Médico..... ()
- b. Odontológico..... ()
- c. Psicológico..... ()
- d. Fisioterápico..... ()
- e. Outros. Quais?_____ ()

21. Qual a estrutura organizacional desta Instituição?

22. Qual o pessoal administrativo em exercício?

- a. Diretor ou equivalente..... ()
- b. Administrador ou equivalente..... ()
- c. Funcionários burocráticos..... ()
- d. Porteiros..... ()
- e. Zeladores..... ()
- f. Outros. Quais?_____ ()

23. É suficiente o número de servidores no setor administrativo?

- a. Sim ()
- b. Não ()

24. Qual o pessoal técnico em exercício na Instituição?

- a. Assistentes sociais..... ()
- b. Psicólogos..... ()
- c. Médicos..... ()
- d. Dentistas..... ()
- e. Recreacionistas..... ()
- f. Fisioterapeutas..... ()
- g. Terapeutas Ocupacionais..... ()
- h. Enfermeiros..... ()
- i. Auxiliares de Enfermagem..... ()
- j. Práticos de Enfermagem..... ()

25. Sob o ponto de vista de espaço físico, quais as dependências existentes nessa Instituição?

26. Enumere, sob o ponto de vista quantitativo o grau de instrução dos clientes atendidos nesta Instituição.

27. Esta Instituição promove o encaminhamento de seus clientes para algum trabalho?

28. Esta Instituição oferece condições para que seus clientes realizem atividades práticas?

- a. Sim () b. Não ()

29. Em caso afirmativo, quais das atividades abaixo descritas, estão incluídas entre as existentes na Instituição?(admite mais de uma resposta).
- a. Recreativas..... ()
 - b. Artesanais..... ()
 - c. Atividades de jardinagem..... ()
 - d. Culinárias..... ()
 - e. Físicas (ginástica)..... ()
 - f. Religiosas..... ()
 - g. Sociais..... ()
 - h. Culturais..... ()
 - i. Outras. Quais?_____ ()
30. Se tem recursos próprios quais os meios que asseguram estes recursos? (admite mais de uma resposta).
- a. Venda de produtos de artesanato..... ()
 - b. Contribuições de associados da Instituição..... ()
 - c. Campanhas..... ()
 - d. Pensionistas..... ()
 - e. Convênios..... ()
 - f. Subvenções..... ()
 - g. Outros. Quais?_____ ()
31. Considera a necessidade de um maior número de Instituições de Assistência à pessoa idosa?
- a. Sim () Por que?
 - b. Não () Por que?
32. Considera a necessidade do indivíduo ser preparado para a velhice?
- a. Sim ()
 - b. Não ()
33. Em caso afirmativo da resposta anterior, em que época da vida deve ser o indivíduo preparado para a velhice?
- a. Desde a infância..... ()
 - b. Na juventude..... ()
 - c. Só na fase adulta..... ()
34. De acordo com sua resposta anterior, por quem deve ser feita essa preparação?
- a. Pela Família..... ()
 - b. Pela Escola..... ()

c. Pela Família, Escola e Comunidade..... ()

e. Outro. Qual? _____ ()

35. Considera ser melhor a Assistência à pessoa idosa se ela for internada em uma Instituição própria:

a. Só quando apresenta problemas graves de saúde..... ()

b. Mesmo que não tenha problemas graves de saúde..... ()

c. Só com problemas sociais sérios..... ()

d. Mesmo que não tenha problemas sociais sérios..... ()

e. É sempre melhor uma Instituição própria..... ()

_____ Tempo de duração de entrevista

_____ Condições da entrevista

_____ Data da entrevista

_____ Entrevistado

_____ Entrevistador