Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública

Envelhecimento ativo: uma contribuição para o desenvolvimento de instituições de longa permanência amigas da pessoa idosa.

Miriam Masako Kanashiro

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Área de concentração: Serviços de Saúde Pública.
Orientadora: Profª Drª Helena Akemi Wada Watanabe

São Paulo
2012

Envelhecimento ativo: uma contribuição para o desenvolvimento de instituições de longa permanência amigas da pessoa idosa.

Miriam Masako Kanashiro

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

Área de concentração: Serviços de Saúde Pública.
Orientadora: Profª Drª Helena Akemi Wada Watanabe

São Paulo
2012

É expressamente proibida a comercialização deste documento tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação da autora, título, instituição e ano da dissertação.

Agradecimentos

A Deus pela proteção e orientação em todos os momentos.

A todos os participantes desta pesquisa por todo o carinho, apoio e confiança.

A todas as pessoas relacionadas às instituições de longa permanência para idosos participantes que permitiram a realização da pesquisa e aos seus funcionários pela gentileza e prestimosa atenção.

À orientadora pela oportunidade de realizar este estudo, atenção e intensos desafios.

À Profa. Marcia Faria Westphal pela generosidade em transmitir seus conhecimentos e pelas valorosas sugestões.

À Dra. Tereza Etsuko da Costa Rosa pelo imenso apoio, pela valiosa sabedoria, dedicação e enriquecedora contribuição.

A todos e a tudo que de forma direta ou indireta contribuíram para a realização deste trabalho.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior pelo apoio financeiro à pesquisa.

Kanashiro MM. Envelhecimento ativo: uma contribuição para o desenvolvimento de instituições de longa permanência amigas da pessoa idosa [dissertação de mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2012.

Resumo

Introdução - Um ambiente favorável ao envelhecimento ativo deve promover a manutenção da autonomia, da independência e a qualidade de vida à medida que se envelhece. Na realidade brasileira o cuidado de longa duração a idosos ocorre, principalmente, no ambiente familiar. Entretanto, o cuidado institucional tem aumentado o que requer serviços de qualidade. **Objetivo -** Identificar as características essenciais para que uma Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI) possa ser definida como amigável à pessoa idosa. **Método -** Pesquisa qualitativa realizada através de observação participante, pesquisa documental e entrevista individual semi-estruturada, a 20 residentes, 10 familiares de residentes e 1 cuidador de idosos de 2 ILPI, utilizando-se uma versão adaptada do protocolo metodológico de Vancouver da OMS. Através da análise do material empírico obteve-se aspectos considerados relevantes para idosos e familiares para o estabelecimento de ILPI "amiga do idoso". **Resultados -** As instituições necessitam fazer adaptações na estrutura física para o atendimento às normas vigentes. Para os entrevistados, o mobiliário é insuficiente para a guarda de pertences pessoais e alguns são ergonomicamente inadequados. Os residentes gostariam de ser tratados com mais afeto e respeito quanto às suas individualidades. A comunicação entre as instituições e os idosos pode ser mais eficiente. As atividades de ocupação do tempo livre ofertadas dependem das habilidades dos voluntários e envolvem poucos idosos. Reuniões da equipe técnica com residentes para discussão de assuntos relacionados ao lazer, à alimentação e à vida na instituição ocorrem apenas em uma das ILPI. O número de profissionais para a prestação do cuidado desejado pelos idosos e com o ambiente foi considerado insuficiente. Houve solicitação no sentido de que o compartilhamento do dormitório seja feito entre pessoas com quadros funcional e cognitivo semelhantes. **Conclusões -** Identificou-se as características essenciais para que o idoso residente em ILPI possa receber atendimento integral de boa qualidade em ambiente físico e socialmente adequado e essas características essenciais podem contribuir para o desenvolvimento de ILPI "amiga da pessoa idosa".

Palavras-chave: Idoso; Envelhecimento; Instituição de longa permanência para idosos.

Kanashiro MM. Envelhecimento ativo: uma contribuição para o desenvolvimento de instituições de longa permanência amigas da pessoa idosa./Active ageing: a contribution to the development of Age-friendly long-term care institutions [dissertation]. São Paulo (BR): Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2012.

Abstract

Introduction - A favorable environment for active ageing should promote the maintenance of autonomy, independence and quality of life in life course. In Brazil long-term care for the elderly is generally offered at home; however, institutional care has increased and requires excellency of services. **Objective -** To identify the essential features for a Long-Term Care Institution (LTCI) can be defined as friendly to the older person. **Method -** Qualitative research conducted through participative observation, documentary research and individual semi-structured interview to 20 residents, 10 relatives of residents and one caregiver of two LTCI, using an adapted version of World Health Organization´s methodological Protocol of Vancouver. Through the analysis of empirical material, it obtained aspects that were considered relevant to seniors and families of residents for the establishment of an "Age-friendly" LTCI. **Results -** The institutions need to make adjustments in physical structure to fit to current legislation. To the respondents, the furniture is insufficient to keep their personal belongings and some are ergonomically inadequate. The residents would like to be treated with more affection and respect to their individuality. Communication between the institutions and the elderlies can be more efficient. Leisure activities offered depend on volunteers' skills and involve few seniors. Meetings between technical staff and residents to discuss issues related to leisure, meals and to day by day life in the institution occur only on one of the LTCI. The number of professionals to take care of the environment and to deliver the desired care by the elderly was considered insufficient. Sharing dormitory with people with similar cognitive and functional status was requested. **Conclusions -** The essential features of a friendly LTCI were identified, so that the elderly resident can receive comprehensive care in an appropriate physical and social environment and the essential features can contribute to the development of an "Age-friendly" LTCI.

Keywords: Aged, Aging, Homes for the aged.

ÍNDICE

1 INTRODUÇÃO 10
1.1 ENVELHECIMENTO ATIVO 13
1.2 GUIA CIDADE AMIGA DO IDOSO 17
1.3 PROMOÇÃO DA SAUDE 23
1.3.1 Envelhecimento Ativo e Promoção da Saúde 27
1.4 BREVE PANORAMA HISTÓRICO SOBRE INSTITUIÇÃO PARA IDOSOS 29
1.4.1 ILPI: Panorama Atual 32
1.4.1.1 ILPI no Estado de São Paulo 34
1.5 LEGISLAÇÃO PERTINENTE ÀS INSTITUIÇÕES PARA IDOSOS 35
1.6 O INGRESSO NA INSTITUIÇÃO PARA IDOSOS 36

2 JUSTIFICATIVA 41

3 OBJETIVO 44

4 MÉTODO 45
4.1 LOCAL DA PESQUISA 45
4.2 PARTICIPANTES DO ESTUDO 45
4.3 NATUREZA DA PESQUISA 46
4.4 MATERIAL 47
4.4.1 Instrumento de Coleta de Dados 47
4.4.2 Procedimentos 48
4.5 ANÁLISE DOS DADOS 50
4.6 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA 50

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO 52
5.1 ESTRUTURA FÍSICA E ACESSIBILIDADE 56
5.1.1 Estrutura Física 58
5.1.2 Acessibilidade 74
5.2 RESPEITO E INCLUSÃO SOCIAL 83

5.3 COMUNICAÇÃO 103
5.4 PARTICIPAÇÃO 111
5.5 GESTÃO DO CUIDADO 125

6 CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES 151

7 REFERÊNCIAS 171
ANEXOS
Anexo 1 - Roteiro de perguntas 178
Anexo 2 - Aprovação para a realização da pesquisa 180
Anexo 3 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido 181
CURRÍCULO LATTES 184

Lista de Tabelas

Tabela 1 – Características das instituições filantrópica e mista quanto ao sexo e número de residentes 53

Tabela 2 – Características selecionadas das instituições estudadas 58

Siglas Utilizadas

ABNT – Associação Brasileira de Normas Técnicas

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

ILPI – Instituição de Longa Permanência para Idosos

IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

MDS – Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

PNAD – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

PNI – Política Nacional do Idoso

RDC – Resolução da Diretoria Colegiada

SEAS – Secretaria de Estado da Assistência Social

SESSP – Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo

SSVP – Sociedade de São de Vicente de Paulo

1 INTRODUÇÃO

O processo de envelhecimento é um fenômeno universal e inexorável. Todos vão envelhecer e se tornar uma pessoa idosa. A partir dessa constatação é essencial que o governo e a sociedade civil procurem estabelecer políticas e estratégias que ampliem as possibilidades de que o envelhecimento seja saudável, em especial, maximizando as potencialidades e as possibilidades de participação das pessoas idosas em todos os contextos da vida (ONU, 2003).

O ritmo de crescimento da população idosa brasileira tem sido sistemático e consistente. Comparando os dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios - PNAD, em 2006, a taxa de fecundidade total (número médio de filhos que uma mulher teria ao final do seu período fértil) era de 2,0 filhos e em 2009 diminui para 1,94 filhos, o que representa um valor abaixo do chamado nível de reposição natural da população. Quanto à esperança média de vida ao nascer, em 2006 era de 72,4 anos de idade e em 2009 passou para 73,1 anos de idade. Para as mulheres, a vida média ao nascer, entre 2006 e 2009, parece ter uma situação bem mais favorável que a dos homens (75,8 para 77,0 anos, nos casos das mulheres, e 68,7 para 69,4 anos, para os homens) (IBGE, 2007, 2010).

Diante do aumento da esperança de vida ao nascer em combinação com a queda do nível geral da fecundidade resulta no aumento absoluto e relativo da população idosa. Segundo o Censo Demográfico 2000, o crescimento da população de 60 anos ou mais de idade em 1991 era de 10.722.705 de pessoas cujo peso relativo representava 7,3% e passou para 14.536.029 em 2000, com peso relativo que atingiu 8,6% (IBGE, 2002). E de acordo com os resultados da PNAD 2006, estes evidenciaram que a população idosa era de 19 milhões de pessoas de 60 anos ou mais de idade que correspondia a 10,2% do total da população e em 2009, havia cerca de 21 milhões de pessoas nessa faixa etária, cujo peso relativo no conjunto total da população foi de 11,3%. Enquanto o grupo etário de 70 anos ou mais de idade era, em 2000, de 2,7 milhões de pessoas com peso relativo de 1,6%, que em 2006 atingiu 8,5 milhões de pessoas que correspondia a 4,6% da população total. Já em 2009 havia 9,7 milhões de idosos nessa faixa etária, correspondendo a 5,1% do total da

população (IBGE, 2002, 2007, 2010).

Faz-se necessário que as políticas públicas levem em consideração a composição etária da sociedade na medida em que as necessidades e as demandas de cada grupo de idade são diferenciadas. Assim, é preciso notar que há alterações na composição interna do próprio grupo, em 2006 (IBGE, 2007) o grupo etário de 65 anos ou mais alcançava a 13 milhões de idosos, que correspondia a 7,1% do total da população. Em 2008, o contingente idosos de 75 anos ou mais apresentou o número aproximado de 5,5 milhões (IBGE, 2009), e o grupo etário de 80 anos ou mais de idade, alcançou cerca três milhões de pessoas (IBGE, 2009). Demonstra-se, assim, um envelhecimento da própria população idosa e revela uma maior heterogeneidade do grupo idoso que, provavelmente, necessitará de cuidados mais complexos e diferenciados sendo primordial preservar a autonomia dos idosos pelo maior tempo possível (BRASIL, 2006; IBGE, 2010).

Segundo projeções estatísticas da Organização Mundial da Saúde – OMS, no período de 1950 a 2025, o grupo de idosos no país deverá ter aumentado em quinze vezes, enquanto a população total em cinco. Logo, o crescimento da população idosa é uma realidade que se torna cada vez mais um desafio tanto do ponto de vista econômico como social, e para tanto os governos e a sociedade devem estar atentos para a promoção de envelhecimento saudável e digno da população (ONU, 2003). Assim, a OMS identifica que um novo paradigma está em curso e que merece estudos e políticas públicas específicas de prevenção de seus efeitos (IBGE, 2008).

De acordo com a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa é preciso compreender que o conceito de saúde para o indivíduo idoso vai além da presença ou ausência de doença orgânica, a saúde está mais relacionada com a manutenção da condição de autonomia e independência. Para tanto, é necessário promover, manter e recuperar a autonomia e a independência dos indivíduos idosos (BRASIL, 2006).

E entre as diretrizes dessa política estão: a) promoção do envelhecimento ativo e saudável; b) atenção integral, integrada à saúde da pessoa idosa; c) estímulo às ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção; d) provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa; e) estímulo à participação e fortalecimento do controle social, entre outras (BRASIL, 2006).

Cabe salientar, que a autonomia é compreendida como a capacidade de

gerenciar a própria vida, controlar e tomar decisões em seu cotidiano baseado em seus valores e preferências; e a independência, é entendida, como a habilidade de realizar o autocuidado e executar as tarefas relacionadas à vida diária (CALDAS, 2006), ou seja, não depender de outras pessoas para a realização das atividades.

Envelhecer de forma saudável implica entre outros fatores a manutenção da capacidade funcional do indivíduo, que é a capacidade de se manter as habilidades físicas e mentais necessárias para uma vida autônoma e independente, ou seja, a capacidade de realizar atividades que lhe são requeridas por seu entorno imediato de forma a se adaptar às exigências cotidianas, incluindo a sua participação como indivíduo na sociedade, ainda que apresente alguma limitação física, mental ou social (CALDAS, 2003). Logo é primordial a manutenção por mais tempo dessa capacidade para se ter autonomia e uma vida com qualidade.

Entretanto, pode ocorrer a incapacidade funcional que dificulta a pessoa a exercer a sua vida de forma mais plena. GIACOMIN et al. (2008) pesquisaram a prevalência de incapacidade funcional entre 1.786 idosos residentes em Belo Horizonte, Minas Gerais, com média da idade de 69,7 anos. Verificaram que a prevalência da incapacidade funcional foi de 16%.

Outro estudo realizado na cidade de Pelotas (RS) foi composto por 598 idosos residentes, 222 homens e 376 mulheres, na faixa etária entre 60 e 104 anos, sendo a média da idade para os homens foi de 69,4 anos e para mulheres foi de 71,0 anos. Este estudo verificou que a prevalência de incapacidade funcional para o desempenho das atividades básicas foi de 26,8%, enquanto que para as atividades instrumentais a prevalência foi de 28,8%. Os autores verificaram que com o avançar da idade podem surgir maiores ocorrências de incapacidades, tanto para as atividades básicas quanto para as instrumentais (DEL DUCA et al., 2009).

Assim, com o passar dos anos, o declínio da capacidade funcional pode influenciar na qualidade de vida das pessoas. E dependendo do grau de dependência poderão necessitar de maior acesso aos serviços de saúde, maior amparo familiar, maior assistência e cuidados especializados (CALDAS, 2003). Dessa maneira, para a manutenção dessa capacidade por maior período de tempo é preciso estimular o desempenho físico, mental e social, por meio de práticas de autocuidado, alimentação equilibrada, atividades físicas e de lazer e engajamento social, de

maneira a proporcionar melhor qualidade de vida e principalmente favorecer o envelhecimento saudável e ativo (CALDAS, 2006; BRASIL, 2006).

Portanto, é importante reconhecer que as pessoas idosas constituem um grupo heterogêneo. Estas pessoas diferem de acordo com a história de vida, capacidades, limitações, circunstâncias, peculiaridades e adaptações à realidade sociocultural em que estão inseridas (BRASIL, 2006) e que precisarão de atenção e cuidados cada vez mais diferenciados para se promover um envelhecer com segurança, bem-estar e dignidade (ONU, 2003; WHO, 2000).

1.1 ENVELHECIMENTO ATIVO

A Organização das Nações Unidas em 2002 realizou a II Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, em Madri, Espanha (ONU, 2003), ao final da qual foi lançado um "Plano de Ação Mundial para o Envelhecimento" para enfrentar os desafios e ampliar as oportunidades para a população idosa no século XXI. Este Plano tem como objetivo garantir que nas sociedades contemporâneas as pessoas de todas as idades tenham direitos humanos e liberdades fundamentais garantidas e as mesmas oportunidades de promoção e proteção social e individual. As medidas prioritárias propostas foram: participação ativa dos idosos na sociedade e suas contribuições no desenvolvimento da sociedade, promoção da saúde e bem-estar na velhice e a criação de um ambiente propício e favorável ao envelhecimento saudável. Esse Plano de Ação propõe mudança das atitudes, das políticas e das práticas em todos os níveis e em todos os setores com a intenção de assegurar que em, todas as partes do mundo, a população possa envelhecer com dignidade e segurança de modo que os idosos continuem participando em suas respectivas sociedades como cidadãos com plenos direitos (ONU, 2003).

No final dos anos 90, a OMS adotou o termo "envelhecimento ativo" por ser um conceito mais amplo do que envelhecimento saudável numa abordagem que ultrapassa o cuidado com a saúde e reconhece que outros fatores podem influenciar o modo como os indivíduos e as populações envelhecem (WHO, 2002a).

"Active ageing: a policy framework" foi traduzido para o português como

"Envelhecimento ativo: uma política de saúde" que visa discutir, formular planos de ações e políticas para o desenvolvimento do envelhecimento saudável para as pessoas, com ganho substancial na saúde e na qualidade de vida. Foi desenvolvido pela Unidade de Envelhecimento e Curso de Vida da Organização Mundial da Saúde como uma contribuição para a Segunda Assembleia Mundial das Nações Unidas sobre Envelhecimento (WHO, 2002a).

O conceito de envelhecimento ativo aborda a questão da saúde sob uma perspectiva ampla e reconhece a importância da participação de vários setores para que a saúde possa ser criada e mantida. Entre os vários setores para as ações integrativas estão os: serviços sociais, serviços de saúde, educação, emprego e trabalho, segurança social e financeira, habitação, transporte, justiça e desenvolvimento rural e urbano. Estimulam-se os esforços entre os governos, as organizações internacionais e a sociedade civil para favorecer a implementação de programas e políticas de "envelhecimento ativo", como medida de necessidade, pois podem promover melhoras à saúde, à segurança e à participação das pessoas mais velhas (WHO, 2002a).

O intuito da proposta de envelhecimento ativo é promover a melhora da qualidade de vida à medida que os indivíduos ou os grupos populacionais envelhecem. É um processo de potencialização das oportunidades de saúde para o bem-estar físico, mental e social, ao longo do curso da vida, com base na participação contínua dos cidadãos na sociedade, diante de questões sociais, econômicas, civis, culturais e espirituais, prevendo que quando necessário possam contar com a proteção, a segurança e os cuidados adequados (WHO, 2002a).

O sentido da palavra "ativo" não se refere somente à capacidade física de estar ativo, mas está relacionado à participação prolongada do cidadão idoso dentro da família e na sociedade como um ser que pode tomar decisões, dar sugestões e estar atuante. Assim como se inclui aquelas pessoas idosas com alguma necessidade especial, ou que apresentem alguma doença e que contribuem ativamente para com a família, a comunidade e o país (WHO, 2002a).

Para alcançar sucesso na implementação de políticas e programas de envelhecimento ativo é necessário compreender que o envelhecimento ativo depende de uma diversidade de fatores "determinantes" que envolvem indivíduos, famílias e

países. Assim como, é preciso reconhecer as evidências de alguns fatores, as interações e a influência destes no processo de envelhecimento que são denominados de determinantes: pessoais (genéticos, biológicos, mentais), sociais, econômicos, comportamentais, os determinantes relacionados ao ambiente físico, aos serviços sociais e de saúde. Além destes, há os fatores transversais como o gênero e a cultura cujas tradições orientam os costumes, a forma de envelhecer, os comportamentos saudáveis, em como valorizar a família, e os mais velhos. Cabe salientar que há também, os valores universais como a ética e os direitos humanos que podem influenciar no processo de envelhecimento (WHO, 2002a).

A estrutura política direcionada ao envelhecimento ativo fundamenta-se em princípios como: a independência, a autorrealização, a participação, a assistência, e a dignidade - os Princípios das Nações Unidas para Idosos (WHO, 2002a). E esta estrutura política requer ações em saúde, participação e segurança, considerados como pilares básicos que embasam o envelhecimento ativo:

1) Saúde: Tem uma perspectiva ampla integrando vários aspectos para promover qualidade de vida à medida que se envelhece, por exemplo, é necessário manter baixos os fatores de risco comportamentais (autocuidado) e ambientais (ambiente seguro) de doenças crônicas e de declínio funcional.

2) Participação: Os indivíduos continuam a contribuir para a sociedade com a participação integral em atividades socioeconômicas, culturais e espirituais de acordo com suas preferências, capacidades, necessidades e direitos humanos fundamentais.

3) Segurança: Envelhecer com dignidade e respeito. Garantir a segurança social, física, financeira e os direitos das pessoas idosas de acordo com as necessidades de proteção e assistência.

Algumas das principais propostas que abordam esses três pilares do envelhecimento ativo são, por exemplo:

a) Reduzir os fatores de risco associados às principais doenças e aumentar os fatores que protegem a saúde durante a vida;

b) Oferecer ambiente físico saudável, adequado às pessoas idosas que propicie a segurança, a mobilidade e a independência contínua;

c) Propiciar uma ampla abordagem dos cuidados a longo prazo; assegurar padrões de alta qualidade e ambientes estimuladores nas casas de repouso;

d) Proporcionar o apoio social para reduzir os riscos de depressão, solidão, isolamento social;

e) Desenvolver um contínuo de serviços sociais e de saúde acessíveis, baratos, de alta qualidade e adequados para a pessoa idosa que abordem as necessidades e os direitos de homens e mulheres em processo de envelhecimento;

f) Reconhecer e permitir a participação ativa de pessoas idosas nas atividades de desenvolvimento econômico, trabalho formal e informal e atividades voluntárias, de acordo com suas necessidades individuais, preferências e capacidades;

g) Proporcionar a educação, a aprendizagem permanente, oportunidades para desenvolver novas habilidades;

h) Incentivar a participação integral dos idosos na vida familiar e comunitária;

i) Assegurar proteção, segurança e dignidade aos idosos através dos direitos e necessidades de segurança social, financeira e física dos idosos;

j) Reduzir as iniquidades nos direitos à segurança e nas necessidades das mulheres mais velhas, entre outras (WHO, 2002a).

A habilidade de ser autônomo e independente determina fortemente a qualidade de vida do indivíduo. Logo, a ideia do envelhecimento ativo para todas as idades, inclusive para aquelas pessoas consideradas frágeis com certas dependências, é possibilitar um aumento na expectativa de vida de forma saudável com qualidade de vida e a manutenção da autonomia e independência. Por isso, as políticas e os programas de envelhecimento ativo não só atuam na melhora das condições físicas de saúde como também incorporam a melhora da saúde mental e a integração social. Outro princípio importante do envelhecimento ativo é o desenvolvimento da interdependência e a solidariedade entre gerações para que haja a ajuda e o apoio mútuo, quando necessário para um envelhecimento digno (WHO, 2002a).

Por conseguinte, os princípios de envelhecimento ativo reconhecem a pessoa idosa como uma protagonista ativa e tem direitos à igualdade de oportunidades em todos os aspectos da vida à medida que envelhece.

1.2 GUIA CIDADE AMIGA DO IDOSO

Estima-se que em 2030, a cada cinco pessoas do mundo, três irão morar em cidades. O número e a proporção da população urbana tende a aumentar cada vez mais e com maior rapidez em países em desenvolvimento. E em 2050, avalia-se que mais de 900 milhões de idosos, de países em desenvolvimento, habitarão as comunidades urbanas. Logo, o envelhecimento populacional e a urbanização parecem evoluir progressivamente (WHO, 2007b).

Diante dessa realidade, em 2005, a Organização Mundial de Saúde lançou o projeto global "Cidade Amiga do Idoso" no XVIII Congresso da Associação Internacional de Gerontologia e Geriatria no Rio de Janeiro, Brasil. Em seguida, os projetos de pesquisas foram conduzidos em várias cidades e pela análise dos dados e relatórios de todas as cidades participantes foram identificadas as principais "características amigáveis aos idosos" formando um conceito de cidade amiga do idoso.

Em 2007, a OMS lançou um guia denominado de "Global age-friendly cities: a guide" (WHO, 2007b) que foi construído a partir dos fundamentos de "Envelhecimento ativo" da OMS (WHO, 2002a). Este guia foi traduzido para o português como "Guia global: cidade amiga do idoso", e para este estudo também se opta por manter a denominação de "cidade amigável a todas as idades" do termo original, "age-friendly". O guia cidade amigável tem como objetivo mobilizar cidades para que se tornem acolhedoras e promotoras de bem-estar a todas as pessoas, em especial, às pessoas mais velhas e fornecer parâmetros para formar um padrão universal como guia de autoavaliação da cidade. As características amigáveis ao acolhimento são definidas como abertura para ouvir as opiniões dos habitantes idosos da cidade que apresentam necessidades diferenciadas à medida que envelhecem, dessa forma, revelando um aspecto específico das experiências e vivências em área urbana. Para tanto, é fundamental que a cidade amigável ao idoso promova adaptações em suas estruturas e serviços para que proporcionem o bem-estar e a produtividade de seus residentes; para que esses sejam acessíveis e promovam a inclusão de idosos com diferentes necessidades e graus de capacidades. Dessa forma, pode-se atender às necessidades da vida diária das pessoas que moram

nas cidades, considerando e respeitando os limites e as potencialidades dos idosos e oferecer facilidades em se viver com segurança, participação social e qualidade de vida (WHO, 2007b).

Com a premissa de que todas as pessoas irão envelhecer é necessário proporcionar às pessoas, desde a infância, meios para envelhecerem em boas condições e para as que já são pessoas idosas, melhor qualidade de vida no dia a dia. Daí a importância de se promover o envelhecimento saudável e ativo no local onde se mora, para que as pessoas de todas as idades vivam bem (WHO, 2002a; 2007b).

Um protocolo de pesquisa elaborado com o apoio do "Goverment of British Columbia" (Canadá) foi denominado de Protocolo de Vancouver (WHO, 2007a). Este protocolo de pesquisa assegura os padrões científicos e éticos de todo o processo de pesquisa e tem como objetivo orientar grupos interessados (governos, organizações de voluntários, o setor privado e grupos de cidadãos) em tornar a cidade propícia ao envelhecimento ativo e que desejam utilizar a mesma abordagem de pesquisa para avaliar a sua comunidade como amigável aos idosos como base para identificar as áreas que necessitam de atuação. Ou seja, realiza-se uma avaliação local onde se podem constatar problemas e obstáculos para a vida cotidiana como a ausência de elevadores em prédios públicos, a carência de transporte público acessível e seguro, a falta de serviços essenciais acessíveis e próximos às moradias, entre outros resultados. E estas informações podem ser comparadas com a lista de características amigáveis encontradas no guia cidade amiga do idoso e, desta maneira, podem ser providenciadas as medidas necessárias para se promover um local que propicie o bem-estar e a qualidade de vida (WHO, 2007a; 2007 b).

Mais ainda, o protocolo de Vancouver propõe uma abordagem metodológica qualitativa com a realização de grupo focal como técnica de coleta de dados, e apresenta um roteiro de questões composto por oito tópicos que servem para elaborar um diagnóstico das condições das cidades necessárias para se identificar as vantagens e as barreiras em se viver em áreas urbanas e, em especial, verificar se as necessidades das pessoas idosas estão sendo atendidas. Os tópicos são: 1) prédios públicos e espaços abertos; 2) transporte; 3) moradia; 4) respeito e inclusão social; 5) participação social; 6) comunicação e informação; 7) participação civil e empregos e 8) apoio da comunidade e serviços de saúde. Estes tópicos são considerados como os

oito aspectos da vida urbana (WHO, 2007a; 2007b).

Esse protocolo foi utilizado para colaborar com as cidades na condução da pesquisa com grupos focais em 33 cidades do mundo, em 22 países desenvolvidos e em desenvolvimento, tais como: Moscou, Nova Delhi, Cidade do México, Rio de Janeiro, Xangai, Tóquio, Istambul, Londres, Nova York, entre outras.

De modo geral, em cada cidade participante, os moradores idosos, os cuidadores de idosos e os prestadores de serviços dos setores: público, privado e voluntariado foram convidados para participar desse projeto na qual se formou os grupos focais e se aplicou o protocolo de pesquisa Vancouver. Os grupos focais foram compostos por idosos de 60 anos ou mais, de baixa e média classe social e econômica. Num total de cento e cinquenta e oito (158) grupos focais, com 1.485 participantes, no período entre setembro de 2006 e abril de 2007. Os idosos foram a principal fonte de informação e para completar essas informações formaram-se os grupos focais com 250 cuidadores de idosos que falaram das suas experiências com os idosos dependentes que assistiam e os grupos focais com 490 prestadores de serviços. Vale mencionar que os cuidadores de idosos e os prestadores de serviços apresentaram depoimentos a partir de suas observações, de suas experiências profissionais e com base nas suas interações com os idosos, assim não sendo possível que os membros dos grupos comentassem sobre todos os temas apresentados e, por vezes, algumas das informações destes grupos não foram relatadas pelos idosos. Porém, as informações desses dois grupos foram consistentes com as opiniões expressadas pelos idosos (WHO, 2007b).

Na aplicação do protocolo de pesquisa, os depoimentos sobre as barreiras e as falhas existentes na cidade e as sugestões de melhoria apontadas, para cada tópico, pelos participantes dos grupos focais, de todas as cidades, foram transcritos e agrupados em temas. Os temas mencionados em cada cidade foram registrados para mostrar o que era mais importante para todos, de maneira geral, e para as diferentes regiões e cidades. Baseado nesses temas para cada uma das áreas da vida urbana (oito tópicos) desenvolveu-se as principais características de uma cidade amiga do idoso considerado como “um resumo fidedigno das visões expressas pelos participantes dos grupos focais no mundo todo” (WHO, 2007b).

Cabe mencionar que as cidades participantes refletem a diversidade dos

ambientes urbanos e cada cidade de acordo com suas condições econômicas, sociais, culturais, políticas, entre outras, desenvolveu a pesquisa e, verificou os seus aspectos positivos e negativos de sua localidade. Assim, as vantagens e as barreiras relatadas pelos participantes dos grupos focais consultados no projeto global confirmaram a ideia de cidade amiga, e forneceram exemplos para mostrar como as características da cidade estão inter-relacionadas e refletem os determinantes do envelhecimento ativo de várias maneiras, como um sistema de transporte e condições de moradia da cidade pode contribuir para uma mobilidade segura, um comportamento saudável. E a partir dessa pesquisa criou-se o Guia global: cidade amiga do idoso (WHO, 2007b).

Ressalta-se que para se conhecer e entender as características de uma cidade amiga do idoso é fundamental ouvir as opiniões dos habitantes idosos da cidade que possuem diferentes necessidades, preferências, capacidades e habilidades. As pessoas idosas já experienciaram situações positivas e negativas do cotidiano urbano. Podem contribuir em muito no entendimento do que falta e do que pode ser melhorado numa cidade para se viver bem, e envelhecer ativamente. Assim, o protocolo de pesquisa de Vancouver utiliza uma abordagem da "base em direção ao topo", na qual um determinado contexto é apresentado para os idosos para analisarem e manifestarem suas opiniões baseado em suas próprias experiências com relação ao que seria e o que não seria considerado como amigável às pessoas idosas e o que poderia ser realizado para que o local em que vivem seja mais amigo aos idosos. Esse tipo de abordagem é recomendado pelas Nações Unidas por propiciar aos idosos o poder e a participação na tomada de decisões (WHO, 2007a).

A partir desses tópicos realizam-se as sessões dos grupos focais da cidade na qual são verificadas as seguintes questões: Quais são as características amigáveis aos idosos na cidade em que eles vivem? Que problemas eles encontram? O que está faltando na cidade para melhorar a sua saúde, participação e segurança? (WHO, 2007a).

Os resultados dos diferentes grupos focais permitem identificar as vantagens e as barreiras da vida urbana e através destas conhecer um conjunto de itens amigáveis aos idosos importantes para caracterizar uma cidade como amigável às pessoas baseadas principalmente nas experiências dos mais velhos. É essencial a participação das pessoas idosas como parceiras plenas em todas as etapas do

desenvolvimento do projeto, que poderão fornecer sugestões para mudança e podem participar na implementação de projetos de melhoria. Assim como, é necessário que continuem a ser envolvidas no monitoramento da evolução da cidade e atuem como defensoras e conselheiras da cidade amiga do idoso (WHO, 2007b).

Para melhor entendimento dos tópicos do protocolo de pesquisa de Vancouver, apresenta-se a seguir algumas características dos tópicos de:

a) Espaços públicos, edificações, sistema de transporte e condições de moradia da cidade indicam as características do ambiente físico que podem influenciar na mobilidade pessoal, isto é, promove a segurança contra quedas e lesões, a segurança em relação aos crimes, o comportamento saudável.

b) Respeito e inclusão social, participação social, comunicação e informação representam os diferentes aspectos do ambiente social e da cultura que afetam a participação e o bem-estar mental. Respeito e inclusão social abordam as atitudes, o comportamento e as mensagens de outras pessoas e da comunidade como um todo em relação aos idosos. Participação social revela o engajamento dos idosos em atividades recreativas, sociais, culturais, educacionais e espirituais que promove as relações sociais e a autoestima. A participação cívica e emprego enfocam oportunidades de cidadania, trabalho voluntário e remunerado e estão relacionados aos determinantes econômicos do envelhecimento ativo.

c) Comunicação e informação, apoio comunitário e serviços de saúde integram os ambientes sociais e os determinantes de saúde e os serviços sociais. As informações relevantes em formatos apropriados podem contribuir para a adequada compreensão, o empoderamento pessoal e o comportamento saudável. Os serviços de saúde acessíveis e bem coordenados têm influência direta na saúde e no comportamento dos idosos (WHO, 2007a, b).

Uma cidade amiga do idoso enfatiza a capacidade, a potencialidade dos indivíduos; é amiga das pessoas idosas por reconhecer suas necessidades e também, é uma cidade amiga para todas as idades. Algumas das características amigáveis para as cidades encontradas nesse guia global foram: os prédios serem acessíveis: com elevadores, escadas rolantes, rampas, piso antiderrapante, sinalização adequada; espaços abertos limpos, seguros, iluminados; deve haver bancos e banheiros públicos em número suficientes, bem localizados e limpos; calçadas planas e livres de

obstáculos, meios-fios rebaixados e rampas de acesso aos prédios; sinais de trânsito em cruzamentos de pedestres com tempo suficiente para a travessia. O transporte público deve ser seguro, os pontos e paradas de ônibus serem fáceis de acessar e convenientemente localizadas. Os serviços precisam empregar funcionários amáveis, com disponibilidade e paciência para prestar uma assistência personalizada aos idosos. Propiciar uma variedade de oportunidades eventos e atividades acessíveis que interessem a uma gama variada de idosos a qual estimula uma maior participação social. Meios informativos e tecnologias da comunicação devem ser adaptados para atender às diferentes necessidades intelectuais e culturais (WHO, 2007b).

Mais ainda, enfatiza-se que o conceito de uma cidade amigável a todas as pessoas é baseado nos princípios de "Envelhecimento ativo" (WHO, 2002a) de modo a propiciar saúde, segurança e participação para os cidadãos de todas as idades por meio de políticas, ambientes, estruturas e serviços, que apoiam e capacitam as pessoas a envelhecer ativamente. Por conseguinte, a cidade amiga do idoso é aquela que: a) "reconhece a ampla gama de capacidades e recursos entre os idosos; b) prevê e responde, de maneira flexível, às necessidades e preferências relacionadas ao envelhecimento; c) respeita as decisões dos idosos e o estilo de vida que escolheram; d) protege aqueles que são mais vulneráveis e; e) promove a sua inclusão e contribuição a todas as áreas da vida comunitária" (WHO, 2007b).

Assim, cabe observar que uma cidade que deseja promover o envelhecimento ativo em sua localidade necessita assim agir de forma dinâmica e integrativa, ou seja, envolver a todos, o executivo local, a sociedade organizada, as pessoas idosas, as organizações sociais para se tornar uma cidade amigável a todas as idades.

Cabe mencionar, que esse conceito de "amiga da pessoa idosa" está se expandindo. Além de projetos e trabalhos que estão sendo aplicados e implementados em cidades como amigas dos idosos há trabalhos variados que utilizam o conceito de "amigo dos idosos" que estão ocorrendo em diferentes países como Austrália e Canadá que estão desenvolvendo o "Centro de assistência primária de saúde fácil para os idosos (WHO, 2004). Este tem como objetivo elevar a consciência dos funcionários em relação às necessidades específicas de seus clientes mais velhos, assim como, adaptarem o local e os serviços. Deste modo, os princípios "amigáveis à pessoa idosa" estão se alastrando pelo mundo e em diferentes

organizações, produtos, serviços, recursos humanos em prol de um envelhecimento saudável e ativo.

Ainda vale destacar que no estado de São Paulo propaga-se a Estratégia "amiga do idoso" pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo - SESSP que orienta o desenvolvimento de cidades, bairros como o "Bairro Amigo do Idoso da vila Clementino do município de São Paulo/SP" e serviços como em hospitais como "Hospital Amigo da pessoa idosa do município de São Paulo/SP". Portanto, a estratégia amiga do idoso visa promover o envelhecimento saudável e ativo para todas as pessoas por mais tempo e essa ideia está se disseminando cada vez mais.

1.3 PROMOÇÃO DA SAUDE

Sob a ótica de um conceito amplo de promoção da saúde, esta representa uma estratégia para enfrentar os múltiplos problemas de saúde que afetam as populações e seus entornos que propõe a articulação de saberes técnicos e populares, e a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados, para seu enfrentamento e resolução (BUSS, 2000).

Convém reconhecer as diferenças entre prevenção da doença e promoção da saúde para o adequado planejamento de programa e projetos. A prevenção da doença tem como objetivo atuar nas doenças e riscos de adoecer. A prevenção primária, secundária e terciária busca enfocar em reduzir os fatores de risco e as enfermidades para proteger os indivíduos ou grupos contra riscos específicos (RESTREPO, 2001). A prevenção pode ser primária (com ênfase nos fatores de risco - abstenção do uso do tabaco); secundária (triagem para detecção precoce de doenças crônicas); terciária (tratamento clínico adequado, reabilitação). Todas as formas contribuem para reduzir o risco de incapacidades (WHO, 2002a). As estratégias de prevenção de doenças podem incluir as doenças infecciosas como a vacinação de idosos contra a gripe.

Promoção da saúde apresenta-se como um foco saudável nas intervenções, direcionado mais para a população em geral, em busca de interações entre grupos e ambientes de modo a interferir na situação em que as pessoas vivem, assim pode-se

atuar nos determinantes da saúde e criar opções saudáveis para se viver (RESTREPO, 2001).

Sete importantes Conferências Internacionais sobre Promoção da Saúde foram realizadas pela Organização Mundial da Saúde – em Ottawa (1986), Adelaide (1988), Sundsvall (1991), Jacarta (1997), México (2000), Bangkok (2005) e Nairobi (2009) que desenvolveram as bases conceituais e políticas da promoção da saúde cujo intuito foi valorizar, cada vez mais, a qualidade de vida das populações no mundo, entendendo que não se atribuía somente numa abordagem de controle das enfermidades, mas era uma visão maior de fatores que poderiam interferir na vida dos indivíduos, de maneira que essas bases podem favorecer a formulação e implementação de políticas públicas saudáveis (BRASIL, 2002; WHO, 2005, 2009).

Dentre essas conferências, ressalta-se um documento de referência importante – Carta de Ottawa, no qual se conceituou a Saúde e a Promoção da Saúde. Saúde foi considerada como o maior recurso para a vida, um estado de mais completo bem-estar físico, mental e social influenciado por aspectos biológicos, comportamentais, econômicos, sociais, culturais, educacionais, ambientais, políticos que podem tanto favorecer como prejudicar. Além disso, saúde foi compreendida como um recurso positivo para o fomento pessoal, social e econômico (BRASIL, 2002).

Para alcançar a saúde foram apresentados os pré-requisitos fundamentais, tais como: paz, equidade, alimentação, habitação, educação, renda, justiça social, ecossistema estável e recursos sustentáveis. A partir desses conceitos, as ações de promoção da saúde tem o objetivo de defender a saúde para que as condições de saúde e seus pré-requisitos sejam benéficos à qualidade de vida da população (BRASIL, 2002).

Em vista dessas perspectivas, promoção da saúde pode ser compreendida como um processo de capacitação da comunidade a identificar e atuar nos fatores e condições determinantes de saúde que redunda na melhoraria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle desse processo. Afirma-se também a importância de se modificar favoravelmente o meio ambiente, a adoção de estilo de vida saudável e políticas públicas saudáveis (BRASIL, 2002).

Para RESTREPO (2001), a promoção da saúde enfoca nos aspectos saudáveis ou "*salutogênicos*" e se dirige principalmente à população, procurando influir nas

inter-relações entre grupos e ambientes (ou seja, na situação em que as pessoas vivem), e na interação de fatores causais. A promoção da saúde dirige ações sobre os determinantes da saúde e cria as chamadas opções saudáveis para que a população possa acessar essas opções e ter possibilidades de melhoria de sua qualidade de vida e saúde.

Um dos focos da promoção da saúde é conhecer e agir nos determinantes sociais de saúde para melhorar a qualidade de vida dos indivíduos e das comunidades que são os fatores sociais, econômicos, psicológicos, culturais, étnico-raciais e comportamentais que influenciam na ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população, dessa maneira, entende-se que as condições de vida, de trabalho estão relacionadas à situação da saúde (BUSS e PELLEGRINI FILHO, 2007).

Esses determinantes sociais podem ser observados e analisados segundo o modelo de "Dahlgren e Whitehead" – Gunning-Schepers, citado por BUSS e PELLEGRINI FILHO (2007, p. 83) que retrata as possíveis relações entre a saúde e os diferentes fatores. O modelo dispõe-se em camadas na qual cada uma poderá influenciar a outra. Em sua base central apresentam os indivíduos com suas peculiaridades como a idade, sexo, fatores genéticos que influenciam na condição de saúde; na camada seguinte apresenta os comportamentos e estilos de vida individuais que podem ser influenciados pelos determinantes sociais de saúde como o acesso ao espaço de lazer. Em seguida, a camada de redes de suporte sociais e comunitárias; o próximo, o nível das condições de vida e trabalho constituído de acesso à educação, saneamento básico, moradia, emprego, serviços sociais e de saúde, alimentação; e o último nível da camada é o macro determinante como as condições socioeconômicas, culturais e ambientais gerais que possuem maior ação de influência sobre as demais camadas. Essa é uma das formas de entender como se podem criar estratégias para a melhoria da saúde dos indivíduos e comunidades.

Dentre os princípios da promoção da saúde estão a concepção holística de saúde, a equidade, a participação social, a intersetorialidade, o empoderamento e a sustentabilidade que auxiliam na organização das práticas de promoção da saúde (WESTPHAL, 2006) que são descritas a seguir.

Princípios de promoção da saúde: a) ações de promoção da saúde baseados na

concepção holística de saúde – saúde física, mental, social e espiritual de modo a envolver não somente as condições biológicas, mas também as econômicas, sociais, políticas, ambientais que influenciam a vida como um todo dos indivíduos e comunidades.

b) equidade é considerada como "oferecer mais para quem precisa mais" para se garantir o direito ao bem-estar, a justiça social e o potencial integral em saúde nas diferentes necessidades e condições sociais;

c) participação social é entendida como o envolvimento de membros da comunidade, governo, profissionais, organizações, diferentes setores na tomada de decisão de projetos que atendam as necessidades sociais favorecendo o bem-estar dos indivíduos. Nesta interação de forças cria-se o compartilhamento, o compromisso, a co-responsabilidade;

d) intersetorialidade é a cooperação entre diferentes setores para propiciar a prevenção de doenças e maximizar as condições saudáveis na vida dos indivíduos integrando ações sociais, econômicas, políticas, culturais, educacionais e de saúde;

e) empoderamento surge quando os indivíduos ou grupos adquirem o conhecimento e se conscientizam da necessidade de práticas efetivas e se tornam capazes de ter o controle dos determinantes da saúde e podem interferir nas condições de vida;

f) sustentabilidade é entendida como a indicação de desenvolvimento sustentável relacionado com os aspectos ambientais, sociais, econômicos, políticos, culturais e intergeracionais.

Para tanto, é necessário desenvolver estratégias de promoção da saúde, tais como: o desenvolvimento de capacidades pessoais (educação em saúde, estilo de vida, intensificação das habilidades vitais, divulgação da informação), criação de ambientes saudáveis (cidades/municípios saudáveis), elaboração de políticas públicas saudáveis (políticas que atuem nos determinantes sociais de saúde, participação integral de diferentes setores), fortalecimento da ação comunitária (participação social, empoderamento de indivíduos e comunidades) e a reorientação dos serviços de saúde (para atuar nas necessidades globais do indivíduo, como pessoa integral) (RESTREPO, 2001; BRASIL, 2002).

Assim, a promoção de saúde capacita as comunidades, as populações para que possam exercer maior controle da própria saúde e do meio ambiente.

1.3.1 Envelhecimento Ativo e Promoção da Saúde

Segue um breve comentário sobre algumas relações entre os conceitos de envelhecimento ativo e promoção de saúde.

O envelhecimento ativo e a promoção da saúde podem ser entendidos como processos de conhecimento (conceitos) e de prática direcionados para a promoção da qualidade de vida para todos os indivíduos por toda a vida (BUSS, 2000; WHO, 2002a).

O conjunto de valores relacionados ao envelhecimento ativo é, por exemplo: qualidade de vida, autonomia, independência, direitos humanos, respeito, participação, segurança, vínculo intergeracional, ética, equidade, justiça social, apoio social, envelhecer com dignidade, entre outros. E o conjunto de valores relacionados à promoção da saúde é: qualidade de vida, solidariedade, equidade, cidadania, justiça social, desenvolvimento de habilidades, democracia, participação, parceria, entre outros (BUSS, 2000; WHO, 2002a; BRASIL, 2002).

Tanto o envelhecimento ativo como a promoção da saúde reforçam a ideia de que a saúde é de direito dos indivíduos e das comunidades e, que a saúde é também de suas responsabilidades, no momento em que se tem a autonomia, a independência e o empoderamento de fazer suas escolhas na vida e promover o autocuidado (WHO, 2002a; BRASIL, 2002).

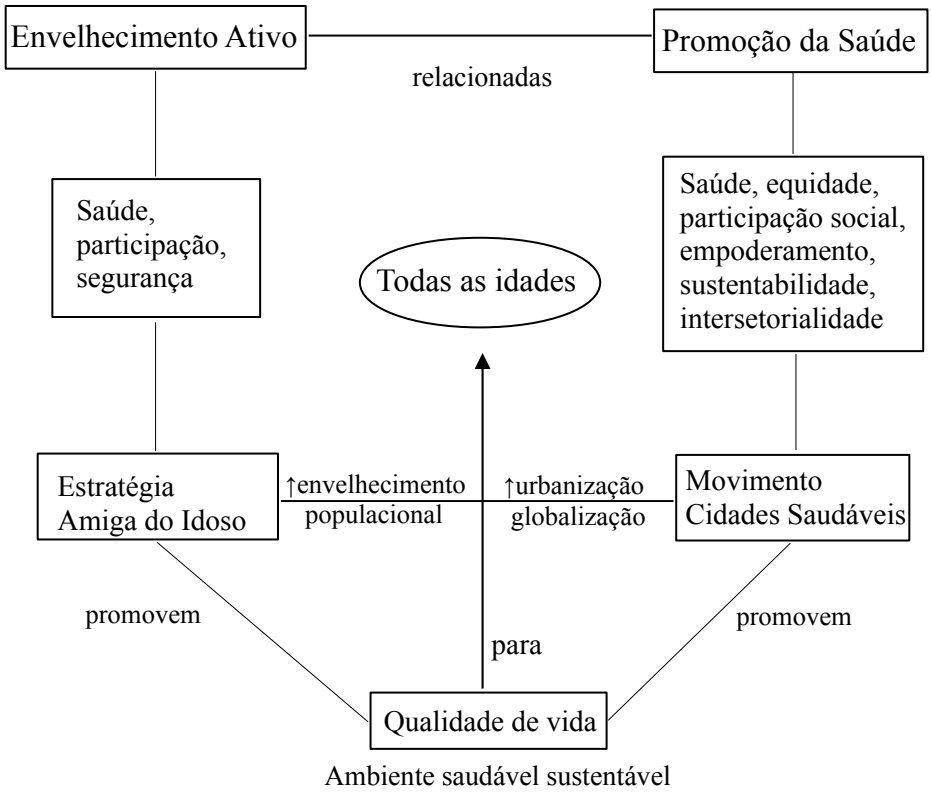
O envelhecimento ativo propõe a participação das pessoas promovendo a educação e as oportunidades de aprendizagem durante o curso da vida o que favorece o desenvolvimento de novas habilidades; e a promoção da saúde propõe o desenvolvimento de habilidades pessoais (educação em saúde) para aumentar as opções disponíveis para que as populações possam exercer maior controle sobre sua própria saúde e sobre o meio ambiente (WHO, 2002a; BRASIL, 2002).

O envelhecimento ativo propõe a segurança com moradia segura e adequada, propicia a saúde com ambientes limpos para todos com acesso à água limpa, alimento seguro e ar puro, e com ambientes saudáveis e seguros para se promover o bem-estar e qualidade de vida das pessoas conduzindo ao envelhecimento saudável; e a promoção da saúde propõe a criação de ambiente favorável, pois a população e meio ambiente estão interligados, e para se promover a saúde é necessária a proteção

do meio ambiente e a conservação dos recursos naturais (WHO, 2002a; BRASIL, 2002).

Por conseguinte, a proposta do envelhecimento ativo e o ideário da promoção da saúde estão intimamente relacionados e buscam promover o apoio, a igualdade de oportunidades, a capacitação e a potencialização de desenvolvimento dos indivíduos de maneira a garantir as condições de vida, a longevidade com qualidade e ampliar as perspectivas políticas, sociais, econômicas e culturais.

Abaixo é apresentada, esquematicamente, a relação entre as diretrizes e os princípios da Estratégia Amiga do Idoso e do Movimento Cidades Saudáveis.



1.4 BREVE PANORAMA HISTÓRICO SOBRE INSTITUIÇÃO PARA IDOSOS

Várias são as denominações utilizadas para se designar um espaço de moradia coletiva para idosos tais como: abrigo de idosos, casa de repouso, lares, pensionatos, casa dos velhinhos, casa da vovó, recantos, cidade dos velhinhos, ancianatos, centro vivencial, clínica geriátrica, entre outras (BORN, 1996; IPEA, 2010). O local de amparo e moradia ao idoso teve sua origem relacionada com o "asilo" e é por esse termo que tradicionalmente ainda é conhecida e muitas vezes referida (BORN e BOECHAT, 2006). O percurso da história do asilo desde sua origem e instalação no Brasil ainda carece de maior aprofundamento.

Segundo o dicionário da Língua Portuguesa (FERREIRA, 2004), asilo é definido como casa de assistência social onde são recolhidas para sustento ou também para educação pessoas pobres e desemparadas, como mendigos, crianças abandonadas, órfãos, velhos, entre outros. Asilar significa: 1. Recolher em asilo. 2. Dar guarida, abrigo, proteção a; abrigar. 3. Dar asilo.

Em geral, é comum utilizar, para se referir àquela pessoa idosa que mora em ambiente institucional, a palavra institucionalização que significa na língua portuguesa: "ato ou efeito de institucionalizar (-se)". E o significado de institucionalizar é: "1. Dar caráter de instituição a; tornar institucional. 2. Adquirir o caráter de instituição, tornar-se institucional" (FERREIRA, 2004). Por conseguinte, segundo essa definição, verifica-se que essa forma de referir-se ao idoso que mora em residência coletiva é, provavelmente, inadequada, pois indicaria que o idoso torna-se institucional. Entretanto, vários estudos utilizam esse termo por não haver ainda outro termo mais adequado, por isso, esse termo é o que prevalece.

O estabelecimento denominado asilo, cuja origem da palavra vem do grego *Ásylos* e pelo latim *Asylu* (FERREIRA, 2004), é a modalidade mais antiga e universal na qual se oferecia a atenção e o abrigo necessário para os indivíduos desafortunados e doentes mentais. Os asilos tinham, então, em sua essência uma abordagem associada à caridade e ao cunho filantrópico.

Há uma carência de informações para se traçar uma história contínua dos

estabelecimentos que abrigaram as pessoas idosas. Dentre as possíveis informações remonta-se à Grécia Antiga na qual o *gerontokomeion* foi considerado como um dos primeiros registros relacionados ao cuidado das pessoas mais velhas. A grande maioria dos asilos foi criada por instituições religiosas católicas sendo que as primeiras surgiram no Império Bizantino, no século V da era cristã. Parece haver registros de que o Papa Pelágio II transformou a própria residência em um hospital para velhos, considerado como o primeiro asilo a ser fundado nos anos de 520-590.

Nos finais do século XIX na cidade do Rio de Janeiro havia intensas transformações econômicas, sociais e políticas, assim como o fortalecimento das práticas de controle social. Nesse período ocorreu a fundação do "Asilo São Luiz para a Velhice Desamparada" (1890) pelo Visconde Ferreira de Almeida, um proeminente homem de negócios. Foi a primeira instituição com a finalidade de acolher exclusivamente a velhice. Tornou-se um modelo asilar da época que com o tempo foi se modernizando e ampliando os espaços. Ao mesmo tempo, a pessoa idosa começa a ter maior visibilidade social, o que conferiu aos idosos uma identidade própria, alvo específico de uma prática assistencial e ao mesmo tempo definindo como uma categoria que classifica e os separa de determinados indivíduos do aglomerado de tipos que compõem a mendicância urbana. Era uma instituição particular que recebia subvenções públicas e contava com o apoio de uma ordem de freiras franciscanas, que se encarregavam de cuidar dos asilados. A missão desse asilo era: "receber os velhos de ambos os sexos, sem distinção de cor ou nacionalidade, provadamente, desamparados, aos quais dá casa, recebia sustento, vestuário, médico e farmácia, e por morte, modesto, mas decente enterramento" (GROISMAN, 1999).

Os asilos originalmente, então eram direcionados a mendicidade, e em virtude dos diferentes contextos econômicos, sociais da sociedade, modificaram-se para asilos de velhos. Um exemplo desse percurso foi a Santa Casa de Misericórdia de São Paulo que passou a proporcionar o amparo à pessoa idosa fora de seu lar e do cuidado familiar. Assim, tanto o termo asilo e os seus serviços mudaram diante do aumento de internação de pessoas mais velhas e aos poucos prevaleceu o caráter da instituição direcionada para a velhice e, a partir de 1964, definiu-se como instituição gerontológica (BORN, 1996).

Essas instituições são consideradas como espaços alternativos para as pessoas mais velhas que não podem ser mantidas em suas residências por vários motivos de ordem médico-sociais, principalmente, de cuidados para aqueles idosos mais frágeis e muito dependentes para realizar suas tarefas básicas da vida diária (BRITO e RAMOS, 2006).

BORN (1996) ressalta que numa instituição para idosos existe uma tarefa mais árdua e complexa do que cuidar de idosos dependentes físicos: é cuidar do idoso demenciado. Em determinado estágio da doença, pode ser perigoso para o próprio idoso ou para terceiros, estar em local não adequado para essa condição mental, de modo que se torna imperioso o seu encaminhamento para outras entidades, que são comumente, os hospitais psiquiátricos. Entretanto, muitas instituições permanecem com os idosos demenciados que precisariam de um local e atendimento mais especializado.

Em relação à natureza das instituições para idosos, as filantrópicas são geralmente mantidas por associações religiosas (católicas, espíritas, evangélicas), por associações de imigrantes e seus descendentes, e outras organizações beneficentes (BORN, 1996).

Nos meados da década de 1980 cresceu o número de casas de repouso, clínicas de repouso ou clínicas geriátricas, de caráter privado com fins lucrativos, especialmente na região Sudeste e Sul e apresentam-se extraordinariamente heterogêneas quanto ao padrão dos seus serviços (BORN, 1996).

A partir da demanda por instituições que cuidem de idosos, muitas instituições precisaram adequar suas estruturas físicas e reformar suas instalações, construindo outras, e contratando profissionais. Algumas instituições, por falta de recursos econômicos para os programas sociais, criaram pavilhões, ou setores para a nova categoria de residentes (BORN, 1996), entretanto, não estavam tão apropriados para aos idosos. Ao mesmo tempo, surgiram novos serviços, muitos deles clandestinos, com pessoas despreparadas para tratar e cuidar dos idosos (MENDONÇA, 2006). Assim, embora as instituições proporcionem o abrigo e o amparo à velhice pode existir alguns aspectos negativos a serem observados em que o asilamento pode conduzir à inatividade física e ao isolamento em decorrência de um manejo técnico inadequado e do alto custo dos serviços de apoio (BRITO e

RAMOS, 2006).

Cabe salientar que pode acontecer de certas instituições privadas, algumas clandestinas, se apropriarem dos benefícios previdenciários e demais rendas do idoso, em benefício próprio, ou melhor de seus proprietários. Esses locais são considerados como verdadeiros "depósitos de velhos" pela ausência de condições dignas de se viver e de tratamento adequado às pessoas idosas. Tal situação serve como alerta da necessidade de políticas públicas efetivas e eficazes e de planejamento, que é determinante na assistência a essa minoria populacional (MENDONÇA, 2006).

A concepção de moradia e trabalho em uma instituição coletiva foi analisada por GOFFMAN (1961). Este autor revela que a instituição total é um espaço caracterizado como um híbrido social, parcialmente comunidade residencial, parcialmente organização formal, cuja finalidade é cuidar de pessoas consideradas inofensivas e incapazes como os cegos, os órfãos, os indigentes e os velhos. É um local administrado formalmente, onde as pessoas vivem uma vida fechada, separados da sociedade, convivendo com grande número de indivíduos em situação semelhante, por um considerável período de tempo. Essa visão da dualidade de vidas, moradia e trabalho, num espaço é muito semelhante ao local onde os idosos são asilados por tempo indeterminado.

A partir das constatações de GOFFMAN (1961) pode-se imaginar a complexidade que é viver num ambiente institucional e cabe ressaltar que somente quem vive esta experiência sabe exatamente as vantagens e as desvantagens da vida institucional.

1.4.1 ILPI: Panorama Atual

Segundo o IPEA (2010), no Brasil, ainda não há uma concordância sobre o que seja uma Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI) e também não há consenso quanto à nomenclatura das instituições para idosos, diante disso encontram-se uma variedade de referências para essa modalidade de atendimento ao idoso tanto na literatura como na legislação. Em geral, muitas instituições não se

autodenominam de ILPI.

Estima-se que haverá o crescimento na demanda por modalidade de residência coletiva que atenda tanto idosos independentes em situação de carência de renda e/ou de família, bem como aqueles que necessitem de cuidados prolongados devido às dificuldades para o desempenho das atividades diárias. Assim, é prudente verificar se as ILPI estão adequadamente preparadas para atender a demanda por cuidados prolongados aos idosos brasileiros (IPEA, 2011).

Com esse cenário, o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA (2011) realizou uma pesquisa nacional, de caráter censitário, entre 2007 e 2010 nas cinco regiões brasileiras (Norte, Centro-Oeste, Sul, Nordeste, Sudeste) na qual se identificou 3.548 instituições no território brasileiro, sendo que 3.294 (92,8%) responderam ao questionário da pesquisa. Segundo esta pesquisa, o número estimado de idosos residentes (60 anos de idade ou mais) era de 83.870 idosos, que pode representar 0,5% da população idosa. Estas ILPI foram encontradas em 28,8% dos municípios brasileiros.

Quanto à natureza jurídica, entre 2007 e 2009, a grande maioria das instituições brasileiras era de caráter filantrópico, incluindo as religiosas e não religiosas, 65,2%. As instituições públicas ou mistas correspondiam a 6,6% (218 instituições) do total das instituições. A partir da década de 1980 as instituições privadas com fins lucrativos vêm crescendo, correspondendo a 28,2% do total.

Nesse panorama, ainda é considerada baixa a oferta de residência coletiva para idosos assim como é baixo o número de residentes em ILPI (IPEA, 2011). Possivelmente, os principais fatores que contribuem para isso são motivados pela cultura brasileira de cuidar de seus próprios familiares idosos, pelo estereótipo negativo quanto ao asilamento da pessoa idosa, pelo padrão de qualidade da ILPI e também pelo alto custo do cuidado institucional (IPEA, 2011).

Dentre as regiões brasileiras analisadas pelo IPEA (2011) destaca-se a região Sudeste cuja coleta de dados ocorreu em 2008. Nessa região foram identificadas em funcionamento 2.255 ILPI, das quais 2.035 (90,2%) responderam à pesquisa. As ILPI identificadas estão distribuídas por 958 municípios, o que corresponde a uma cobertura de 57,4% do total de municípios da região. A população idosa na região Sudeste do país ultrapassou 8,7 milhões de pessoas em 2008, sendo que apenas 0,6%

dessa população moravam em ILPI, aproximadamente, 53.374 residentes com mais de 60 anos.

Essa região apresenta-se com a maior proporção da população idosa residente em ILPI no país (51,7%), e concentra dois terços das instituições brasileiras (63,5%) sendo que 34,3% do total estão localizadas no estado de São Paulo (IPEA, 2010).

1.4.1.1 ILPI no Estado de São Paulo

Em 2008, a população idosa do estado de São Paulo apresentava-se com 4.362.402 idosos, o que correspondia a 10,6% da população idosa no total da população. O estado de São Paulo está dividido em 645 municípios e nos seus 394 municípios (61,1%) foram identificados 1.219 ILPI em funcionamento, e destas apenas 1.030 ILPI (84,5%) responderam à pesquisa. Verificou-se que 31.478 idosos residiam nas ILPI, representando 0,6% do total de idosos do estado (IPEA, 2010).

No que se refere ao regime jurídico das ILPI pesquisadas no estado de São Paulo, segundo a autodeclaração destes estabelecimentos, predominam as instituições de natureza filantrópica, 43,4% com posse de registro de filantropia e 13,6% sem registro. Em segundo lugar, as instituições de natureza privada com fins lucrativos, 40,3%. Apenas 18 instituições são públicas (1,7%) e 10 instituições são mistas (1%). Vale mencionar que a capital de São Paulo apresentou o percentual de 76,6% de instituições privadas com fins lucrativos (IPEA, 2010).

Segundo IPEA (2010), provavelmente, muitas instituições paulistas foram criadas e fechadas ao longo dos anos assim não se tem dados sobre a evolução temporal das instituições. De acordo com o levantamento das informações sobre o início de funcionamento das ILPI de São Paulo, estas instituições parecem ser relativamente novas. Na capital, o percentual de ILPI criadas entre 1990 e 1999 representava 16,3%, enquanto que entre 2000 e 2010 a proporção atingiu 32,1%.

A partir desse breve panorama das instituições residenciais para idosos é preciso compreender que essa modalidade de atendimento ao idoso é uma alternativa quando se necessita de amparo, proteção, segurança e cuidados especializados. Logo, é importante se conhecer e avaliar a qualidade de serviços apresentados por essas

instituições e entender a sua importância quando a pessoa idosa não tem mais condições de cuidar de si própria, que necessita de atenção integral e, em algumas situações precisará ingressar em ambiente institucional.

1.5 LEGISLAÇÃO PERTINENTE ÀS INSTITUIÇÕES PARA IDOSOS

A Política Nacional de Assistência Social procura incorporar as demandas presentes na sociedade brasileira e promover ações, serviços, programas para se garantir a cidadania e os direitos sociais. Assim, o serviço social de proteção de alta complexidade é direcionado para aqueles indivíduos que não contam mais com os cuidados e o apoio familiar, na qual se garante a proteção integral, por exemplo, em instituição de atendimento integral (moradia, alimentação, higienização) (BRASIL, 2004).

De acordo com a Política Nacional do Idoso - PNI - Lei nº 8.842 (BRASIL, 1996) a modalidade asilar de assistência social ao idoso pode ser entendida, como sendo o "atendimento em regime de internato, ao idoso sem vínculo familiar, ou sem condições de prover sua própria subsistência, de modo a satisfazer as suas necessidades de moradia, alimentação, saúde e convivência social". Esse atendimento incluiu também, "os casos da inexistência do grupo familiar, abandono, carência de recursos financeiros próprios ou da própria família".

Além desta, os artigos 49º e 50º do Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003) definem as obrigações das entidades que promovem o atendimento integral institucional, tais como: a preservação dos vínculos familiares; o atendimento personalizado e em pequenos grupos; a preservação da identidade do idoso; o oferecimento de ambiente de respeito e dignidade; a promoção dos cuidados à saúde conforme a necessidade do idoso; a observância dos direitos e garantias dos idosos, entre outras.

Para se promover, proteger a saúde e a qualidade de vida da população idosa brasileira a Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária no uso da atribuição que lhe foram conferidas adota a Resolução de Diretoria Colegiada –

RDC nº 283 (ANVISA, 2005). A RDC nº 283 define os critérios de funcionamento, avaliação e mecanismos de monitoramento das ILPI com o objetivo de "assegurar as condições mínimas de funcionamento das instituições de atendimento ao idoso com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, de modo a garantir a atenção integral, defendendo a sua dignidade e os seus direitos humanos". Essa resolução define como Instituição de Longa Permanência para Idosos - ILPI aquela "instituição mantida por órgãos governamentais e não governamentais, destinada a propiciar atenção integral em caráter residencial com condições de liberdade e dignidade, cujo público alvo são as pessoas acima de 60 anos, com ou sem suporte familiar, de forma gratuita ou mediante remuneração".

E conforme a portaria da Secretaria de Estado da Assistência Social (SEAS) nº 2.854/2000, a ILPI é definida como uma modalidade de "cuidado de longa duração dirigido às pessoas idosas com algum grau de dificuldade para a execução das atividades da vida diária, sem renda e/ou aqueles cuja família não possui meios financeiros, físicos ou emocionais para a prestação dos cuidados necessários" (IPEA, 2010).

Vale observar que o órgão atualmente responsável pela política federal para as ILPI é o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS) a qual define "atendimento integral institucional como aquele prestado em uma instituição asilar, que deve oferecer serviços nas áreas: social, psicológica, médica, de fisioterapia, de terapia ocupacional e outras atividades específicas para esse segmento populacional" (IPEA, 2010).

1.6 O INGRESSO NA INSTITUIÇÃO PARA IDOSOS

De acordo com o Estatuto do Idoso em seu 5º parágrafo a "priorização do atendimento do idoso deve ser por sua própria família, em detrimento do atendimento asilar, exceto dos que não a possuam ou careçam de condições de manutenção da própria sobrevivência" (BRASIL, 2003). Contudo, não se disponibilizam através de políticas públicas recursos técnicos, de serviços e de apoio efetivos para fortalecê-la no sentido de viabilizar o atendimento apropriado as

necessidades do idoso e a sua manutenção no seio familiar. Atualmente, as famílias passam por uma reorganização em sua configuração proveniente de um processo de mudança demográfica e de transformações econômicas e sociais, que interferiram diretamente nos seus padrões de organização (KARSCH, 2003; DAVIM et al., 2004). Dessa forma, as famílias não conseguem assumir essa responsabilidade de forma adequada.

Embora a permanência da pessoa idosa em seu núcleo familiar e comunitário seja benéfica, com o passar do tempo, esta pessoa passa para uma situação que necessita ingressar em Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI) (ALCÂNTARA, 2004).

O ingresso de uma pessoa idosa em ILPI pode ocorrer por uma variedade de aspectos e circunstâncias da vida. Por exemplo, em 1992 havia na Região Metropolitana de Belo Horizonte cerca de 200 mil idosos, dos quais apenas 0,8% residiam nos 55 asilos existentes (70% mantidos pelas instituições de caridade como a Sociedade São Vicente de Paulo - SSVP). Nesse cenário, os principais motivos da inserção em espaços denominados "Asilos da Mendicidade, Caridade" parecem ser o infortúnio da condição econômica e o desamparo, principalmente, em regiões metropolitanas como de Belo Horizonte e São Paulo com desigualdades econômicas e sociais na qual havia algumas dessas instituições SSVP (CHAIMOWICZ, 1997).

Segundo BORN e BOECHAT (2006) os fatores de risco que delineiam a institucionalização são: múltiplos problemas médicos, síndrome de imobilidade, demência, depressão, alta hospitalar recente, incontinência, ser do sexo feminino, ter idade acima de 70 anos, ser solteiro, sem filhos, ou viúvo recente, morar sozinho, isolamento social (falta de apoio social), pobreza (fatores socioeconômicos).

Outros possíveis fatores são a ausência de um cuidador familiar que possa realizar os cuidados necessários, residências com pouco espaço e estruturas inadequadas que favorecem o risco às quedas, a violência familiar, a carência de serviços de suporte social e de saúde (CREUTZBERG et al., 2007); falta de tempo para cuidar do familiar idoso que exige tempo integral (TIER et al., 2004); ausência de um lar para morar (DAVIM et al., 2004).

BESSA e SILVA (2008) realizaram um estudo de caso em ILPI mantida por ordem religiosa católica que abriga mulheres, situada em Fortaleza (CE). Foi

aplicada a técnica de entrevista da história de vida para conhecer os principais aspectos que conduziram o ingresso de nove idosas na instituição. Dentre as particularidades, verificou-se que algumas idosas ingressaram pelos seguintes motivos: para evitar a solidão, medo de violência urbana, perdas de familiares, necessidade de cuidados de saúde, conflitos intergeracionais, exclusão familiar, busca de segurança e de apoio.

O processo de ingresso em ILPI de um familiar idoso pode ser muitas vezes complicado. Constitui-se, em geral, de um período de transição e conflito para a família e para o idoso na qual vários fatores contribuem na escolha de uma alternativa possível de cuidado de longa duração. Para se conhecer as situações que motivam as famílias a enviar seu idoso para uma instituição para idosos, PERLINI et al. (2007) realizaram entrevista aberta com seis familiares responsáveis por idosos residentes em uma instituição denominada de "Serviço de Amparo e Bem Estar à Velhice" do município de Ijuí (RGS) e verificaram que as situações motivacionais para a inserção em instituição foram: a) de ser uma família com reduzido número de integrantes, a ausência de descendentes diretos; b) a impossibilidade dos filhos de conciliar as atividades laborais e pessoais e cuidar dos pais que são idosos, principalmente, quando estes se encontram doentes e dependentes com necessidades de atenção em período integral; c) as dificuldades de relacionamento (personalidade, temperamento) que geram conflitos familiares; d) o adoecimento do idoso decorrente de patologias de caráter orgânico que resultam em incapacidades, tanto motoras quanto cognitivas; e) a ausência de condições físicas, financeiras e psicológicas para prestar o cuidado no domicílio; f) o desejo do próprio idoso em ter um espaço para morar sem perturbar seus familiares.

Um aspecto geral das condições socioeconômicas e de saúde de idosos residentes em instituições de atendimento integral pode ser observado no estudo descritivo, quantitativo em três ILPI de natureza filantrópica na cidade de Natal (RN) que realizou entrevistas com 76 idosos, de ambos os sexos. Verificou-se que as ILPI apresentavam um caráter filantrópico assistencial, recebendo recursos financeiros por meio de doações das Secretarias de Saúde do Estado e do município de Natal/RN, como também das aposentadorias dos idosos residentes. Verificou-se que a maioria dos idosos ingressou na instituição conduzida pela família, e poucos por iniciativa

própria. Assim, as características encontradas foram relacionadas ao menor poder aquisitivo, ao vínculo familiar conflituoso, às condições de saúde precárias, além da ausência de posse de planos privados de saúde pelos idosos. Bem como, caracterizou-se pelo restrito atendimento médico e de enfermagem, e menores oportunidades ou ausência de atividades de lazer para os residentes oferecidas pelas instituições filantrópicas (DAVIM et al., 2004).

Na realidade brasileira, existe a heterogeneidade entre as ILPI quanto à clientela atendida, aos padrões de atendimento, ao programa de atividades, à qualidade da estrutura, à organização, à gestão, ao recurso financeiro, ao recurso humano, ao recurso material, entre outros. Na atualidade, cada instituição deve estar preparada para os recentes desafios diante do aumento da população idosa que necessitará de cuidados com qualidade e para as novas configurações familiares que pretendem buscar serviços especializados diferenciados e, em particular, deve estar atenta a respeitar e garantir os direitos e a vida dos idosos (IPEA, 2011).

Segundo BORN e BOECHAT (2006) por melhores que sejam a legislação ou normas, estas não são suficientes para promover mudanças nas instituições. Assim para se promover as melhorias necessárias, as ILPI também necessitam de apoio efetivo das autoridades públicas, sociedade civil, associações científicas, entre outras.

É comum, em situações que existem falhas e irregularidades em ILPI, apontarem para a má gestão de dirigentes de ILPI e para a qualidade na competência de órgãos fiscalizadores. Segundo BORN e BOECHAT (2006) os principais aspectos relacionados às falhas das instituições podem estar baseados na carência de: a) definição de padrões de qualidade, b) mecanismos eficientes das instituições, c) instrumentos de avaliação das instituições, d) pessoas qualificadas em gerontologia. Esses autores ainda relatam que as avaliações das ILPI pelos órgãos competentes têm sido realizadas de forma assistemática, por meio de visitas de observação, sem critérios expressos e a cargo da subjetividade e o bom senso do observador.

Uma outra questão importante a se considerar é quanto ao processo adaptativo de ingresso numa residência coletiva que é muitas vezes complicado. Uma adaptação favorável é fundamental para a pessoa que vai residir de forma permanente, em um ambiente fechado, como é uma ILPI. Os aspectos que podem auxiliar uma pessoa idosa na escolha de ingressar numa moradia coletiva são a

conscientização das suas necessidades pessoais, a situação em que vive, e as informações relevantes sobre as características da ILPI (BESSA e SILVA, 2008).

Para um futuro próximo parece ser necessário estar precavido sobre a demanda por modalidade de atendimento integral institucional que tende a crescer e que o Estado e o mercado privado devem se preparar para atendê-la, por isso é relevante conhecer se as instituições estão preparadas para atender a demanda por cuidado ao idoso (IPEA, 2011).

Nesse sentido, retomando o assunto sobre a estratégia amiga do idoso, esta pode ser incorporada em vários serviços, bem como em Instituições de Longa Permanência para Idosos - ILPI. Assim, uma ILPI pode se preparar e se adaptar para tornar-se amigável à pessoa idosa e esta poderá receber um selo de qualidade denominado de "Amigo do idoso", referente à lei nº 12.548, de 27 de fevereiro de 2007, da Política Estadual da Pessoa Idosa a qual identifica o selo como:

• "Artigo 61 - O selo "Amigo do Idoso" destina-se a avalizar a qualidade dos serviços prestados pelas entidades que atendem ao idoso, nas modalidades asilar e não-asilar.

• Artigo 62 - Farão jus ao selo "Amigo do Idoso" as entidades que primam no atendimento ao idoso, garantindo-lhe condições de segurança, higiene e saúde, além de desenvolver atividades físicas laborais, recreativas, culturais e associativas.

• Artigo 63 - O selo "Amigo do Idoso" será concedido, anualmente, pela Secretaria da Saúde que, no âmbito de suas unidades regionais, manterá equipes permanentes de avaliação das entidades de que trata o artigo 61 desta lei, compostas, no mínimo, por um médico geriatra, um psicólogo e um assistente social, dentro dos critérios a serem regulamentados" (SÃO PAULO, 2007).

Diante do contexto geral é necessário discutir e propor aspectos essenciais para promover a qualidade de vida dos idosos em ILPI. Portanto, a partir dos princípios do conceito de envelhecimento ativo (WHO, 2002a) e do conceito de cidade amiga do idoso (WHO, 2007b), este estudo tem o objetivo de identificar os aspectos essenciais para se morar com dignidade em instituição de longa permanência para idosos, em especial, sob o ponto de vista de idosos residentes, pois são eles que vivem o dia o dia institucional.

2 JUSTIFICATIVA

Em uma situação de crescente envelhecimento populacional, mundial e nacional, e aumento da expectativa de vida são desafios muito sérios às políticas sociais e de saúde. Já se fazem sentir os efeitos positivos da proposta de "envelhecimento ativo" da OMS, para os idosos autônomos e independentes que vivem na comunidade. Poucos são, entretanto, os estudos sobre os idosos residentes em ILPI, as instituições gerontológicas e, em especial, avaliações sobre as instituições de longa permanência, sua adequação para o atendimento das necessidades básicas e relacionais dos idosos que precisam de um local para viver.

É preciso observar que o envelhecimento é um processo progressivo e heterogêneo e, portanto, quanto mais se vive, maiores as possibilidades de aumentar a situação de fragilidade do idoso resultando em declínio da autonomia e independência.

Vivenciar o envelhecimento em uma instituição é muito complexo. Apesar da entidade oferecer o acolhimento e o acompanhamento diário para os residentes, é fundamental que essa realidade de viver numa instituição propicie meios para uma longevidade saudável e digna a pessoa idosa. A qualidade da atenção e cuidados prestados aos residentes em instituições de longa permanência devem ser melhor avaliada, monitorada, renovada para o bem-estar do idoso residente.

Uma pesquisa sobre as condições destas instituições e seus efeitos para os idosos residentes e suas famílias poderá resultar em recomendações que possam melhorar as condições de atendimento à pessoa idosa de forma integral e saudável numa ILPI.

Cabe ressaltar que não se encontrou na literatura, instrumentos de avaliação de instituição de longa permanência para idosos construídos a partir das opiniões e expectativas de idosos residentes e familiares, além dos critérios estabelecidos pela Vigilância Sanitária.

A partir dos princípios do conceito de envelhecimento ativo para a qualidade de vida das pessoas proposta pela OMS (2002a) e as estratégias da cidade amiga do

idoso (WHO, 2007b), este estudo poderá contribuir com critérios que identificam e desenvolvam uma instituição de atendimento integral como amigável à pessoa idosa. Mais ainda, poderá servir de orientação para pessoas idosas, familiares, trabalhadores, gestores, entre outros.

O conceito de "cidade amiga do idoso" proposto pelo guia cidade amiga promove o envelhecimento ativo para todas as idades ao longo do curso de vida (WHO, 2007b), assim este estudo entende que se pode considerar que uma instituição de longa permanência para idosos também pode apresentar um conceito de "ILPI amiga da pessoa idosa" que promove o envelhecimento ativo ao otimizar as oportunidades de saúde, participação e segurança, com o intuito de melhorar a qualidade de vida das pessoas à medida que elas envelhecem (WHO, 2002a) mesmo num ambiente institucional.

Obviamente, existem diferenças em se viver entre um ambiente aberto, amplo, com diversas possibilidades como na cidade e um ambiente fechado, restrito com perspectivas específicas como numa ILPI. Mas, tanto na cidade como na ILPI existem cidadãos que envelhecem que possuem sentimentos, necessidades, capacidades, potencialidades e direitos. E cabe observar que a ILPI está inserida na cidade e a cidade envolve a ILPI assim suas características estão entrelaçadas, de forma a refletirem alguns determinantes do envelhecimento ativo como os determinantes sociais, econômicos, comportamentais e os relacionados ao ambiente físico (WHO, 2002a). Dessa maneira, algumas necessidades dos idosos que moram na cidade são semelhantes dos idosos residentes em ILPI ou vice-versa, como por exemplo, ter uma moradia em condições de habitabilidade que promova uma mobilidade segura; ter oferta de informações corretas e acessíveis para a tomada de decisão; ter serviços que propiciem atendimento respeitoso e qualificado; ter possibilidades de desenvolver suas habilidades por meio de oportunidades de atividades físicas, mentais, culturais, espirituais; ter garantia dos direitos e viver com dignidade. Nesse contexto, uma cidade pode ser amiga do idoso e ser amiga da ILPI já que a ILPI está inserida na cidade. E ao mesmo tempo a ILPI pode ser amiga da pessoa idosa e ser amiga da cidade estreitando vínculos amigáveis de forma que cidade, ILPI e cidadãos compartilhem responsabilidades, se organizem, se capacitem e promovam o envelhecimento ativo.

Portanto, é essencial identificar as necessidades, as inquietações, as opiniões de idosos residentes em ILPI a respeito dos aspectos positivos e negativos das ILPI. E a partir da interpretação e compreensão dos relatos, provavelmente, pode-se identificar as características de ILPI consideradas amigáveis à pessoa idosa moradora em ILPI e contribuir com estas características como recomendações para o desenvolvimento de ILPI amigável à pessoa idosa.

3 OBJETIVO

Objetivo: Identificar as características essenciais para que uma instituição de longa permanência para idosos possa ser definida como amigável à pessoa idosa sob o ponto de vista de idosos residentes, familiares de idosos residentes e cuidadores de idosos.

4 MÉTODO

4.1 LOCAL DA PESQUISA

O estudo foi realizado em duas Instituições de Longa Permanência para Idosos - ILPI localizadas no município de São Paulo/SP. Uma instituição é considerada de natureza jurídica privada e filantrópica. A denominação filantrópica é para aquela instituição que abriga pessoas idosas carentes, com escassos recursos econômicos e sociais. A outra instituição é considerada de natureza jurídica privada e mista. A denominação mista é para aquela instituição que é filantrópica e ao mesmo tempo também cobra uma mensalidade que é paga pelos residentes e/ou familiares ou responsáveis pela pessoa idosa. E nesta instituição, 70% dos residentes são considerados como pagantes. O valor mensal a ser pago para a instituição depende do tipo de quarto, grau de dependência do idoso, necessidade de cuidados e atividades terapêuticas específicas, recursos materiais e equipamentos que são utilizados.

A escolha das instituições para este estudo foi baseada nas recomendações do protocolo de pesquisa de Vancouver que propõe a seleção de sujeitos de pesquisa de acordo com as condições socioeconômicas de baixa e média renda.

4.2 PARTICIPANTES DO ESTUDO

A amostra foi de caráter intencional e não aleatória. Os sujeitos convidados para participar do estudo foram pessoas idosas residentes em ILPI, familiares de moradores em ILPI e cuidadores formais de idosos.

Os critérios de inclusão do residente participante foram: pessoas idosas com 60 e mais anos de idade, de ambos os sexos, em boas condições de saúde física e mental que puderam participar de forma comunicativa na entrevista e que residiam na instituição há pelo menos um ano.

Os critérios de exclusão para os idosos residentes foram: estar acamado, declínio da autonomia, declínio cognitivo ou demência, ser portador de deficiência

auditiva grave, visual ou disfásica.

Os critérios de inclusão de familiar foram: ser familiar de idoso residente na instituição há pelo menos um ano, de ambos os sexos, ser familiar de idoso participante do estudo ou não, ser maior de idade, que visitasse seu familiar idoso pelo menos duas vezes por semestre (a maioria dos residentes não tem familiar ou não recebem visitas, assim a frequência média de visita é considerada muito baixa).

Os critérios de inclusão de cuidador de idoso foram: trabalhar na instituição há pelo menos dois anos, de ambos os sexos.

4.3 NATUREZA DA PESQUISA

Trata-se de estudo exploratório, descritivo de natureza qualitativa, fundamentado na ideia de Envelhecimento ativo (WHO, 2002a) e na Estratégia da cidade amiga do idoso (WHO, 2007b).

O estudo teve abordagem qualitativa por investigar percepções de grupos envolvidos em um fenômeno social específico e complexo – a vida de pessoas em instituições coletivas de longa permanência, referente a um grupo social também específico – a população idosa. Dessa maneira, o método quantitativo seria ineficaz em mostrar a realidade que se pretende estudar.

O enfoque foi a compreensão e a caracterização do objeto de estudo: estrutura, organização, comunicação, participação social e serviços prestados por ILPI. Estes foram investigados no aprofundamento da subjetividade de idosos residentes, de familiares de moradores e cuidadores formais, através das suas expectativas, opiniões, experiências compartilhadas, crenças, sentimentos e atitudes. Reconhece-se a complexidade da avaliação de subjetividade, mas houve grande riqueza de significados que auxiliaram no diagnóstico da situação.

De maneira genérica, a pesquisa qualitativa compreende um conjunto de práticas materiais e interpretativas que aborda as coisas em seus cenários naturais configurando maior visibilidade ao mundo e transformando-o em uma série de representações de forma a facilitar o entendimento dos fenômenos, os significados que as pessoas a eles conferem. Além disso, implica uma ênfase sobre as qualidades das entidades e sobre os processos e os significados que não são examinados ou

medidos experimentalmente em termos de quantidade, volume, intensidade ou frequência (DENZIN e LINCOLN, 2008).

Segundo MINAYO (2008a, p.22) as metodologias de pesquisa qualitativa podem ser entendidas como "aquelas capazes de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes *aos atos, às relações, e às estruturas sociais,* sendo essas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas." Nessa abordagem qualitativa há um detalhamento ou aprofundamento investigativo nos valores culturais, nas representações, nos processos de interações entre indivíduos, instituições.

O método qualitativo por ser uma investigação em profundidade propicia enfocar a subjetividade dos dados, enfatizar as palavras e os sentimentos; permite maior compreensão e conhecimento da forma de vida das pessoas e seus comportamentos. Além disso, permite observar vários elementos simultaneamente em um pequeno grupo de sujeitos de forma a auxiliar no entendimento do contexto no qual ocorre algum fenômeno. Outro aspecto importante é a possibilidade de receber informações adicionais, não esperadas e a captação de informações não verbais. Limitação desta metodologia é a exigência de um trabalho aprofundado, detalhado, com investimento de muito tempo (VÍCTORA et al., 2000; MINAYO, 2008a).

4.4 MATERIAL

4.4.1 Instrumento de Coleta de Dados:

Foi utilizada a entrevista individual semi-estruturada, a observação participante e a pesquisa documental.

Para se conhecer as percepções, as opiniões, as dificuldades e as sugestões dos participantes em relação às características essenciais de uma ILPI foi elaborado um roteiro de perguntas abertas baseado nos princípios do conceito de Envelhecimento ativo e baseado no roteiro de oito tópicos do protocolo metodológico de Vancouver (WHO, 2007a). A partir disso, este estudo elaborou um roteiro com cinco tópicos adaptados para a ILPI, ver em Anexo 1:

1) Estrutura física e acessibilidade;
2) Respeito e inclusão social;
3) Comunicação;
4) Participação e
5) Gestão do cuidado.

Por meio da entrevista individual realizou-se a seguinte pergunta: "Gostaria de ouvir sobre suas experiências positivas e negativas e suas ideias para melhoria" para os tópicos: 1) estrutura física e acessibilidade; 2) respeito e inclusão social; 4) participação e 5) gestão do cuidado.

E para o tópico 3) comunicação, a pergunta foi: "Qual é a sua experiência em receber informações necessárias aqui na (nome da ILPI) sobres serviços ou eventos?"

A partir dessas perguntas seguiu-se o roteiro com vários aspectos que serviram de orientação no andamento da interlocução para o tema proposto em cada tópico pré-definido acima mencionado. Desse modo, o roteiro permite uma flexibilidade nas conversas e favorece a manifestação de novos temas e questões trazidas pelo interlocutor como sendo de sua estrutura de relevância. E vale observar que numa abordagem qualitativa não se estuda um somatório de depoimentos, pois se pode ter relevância em apenas uma fala ou de poucos interlocutores. Assim a "unidade de significação se constrói por significados que conformam uma lógica própria do grupo ou, mesmo, suas múltiplas lógicas." (MINAYO, 2008a, p.192).

A respeito da entrevista individual, esta é uma modalidade facilitadora no aprofundamento de uma relação intersubjetiva de respeito e empatia, que permite discorrer sobre os vários tópicos num contexto muito semelhante ao de uma conversa informal, de forma flexível e responsiva à linguagem, e propicia uma cobertura mais profunda sobre determinados assuntos. Além disso, proporciona maior interação e proximidade entre o entrevistado e entrevistador o que favorece a espontaneidade e a troca mais afetivas (PAPALÉO NETTO, 2006).

4.4.2 Procedimentos:

Todas as entrevistas individuais foram realizadas pela pesquisadora. As entrevistas com os idosos foram realizadas na própria instituição onde residem, como

medida de segurança e apropriada aos idosos. O deslocamento dos idosos para outro local de reunião distinto da instituição necessitaria de autorização de saída da instituição e com isso revelaria a identidade do sujeito. Assim, as entrevistas foram realizadas em espaço adequado e reservado da instituição. Bem como foi realizada entrevista individual para os familiares de moradores em ILPI e para o cuidador de idosos na própria instituição a qual cada um tem vínculo. Foram realizadas explicações sobre o estudo e sua abordagem para as pessoas e convidadas a participar do grupo focal em local distinto da instituição com data e horário a ser combinado. Apesar das explanações e convite, estas pessoas não aceitaram participar da reunião e não aceitaram realizar a entrevista individual em outro local distinto da instituição alegando a não disponibilidade de tempo e por outros motivos pessoais, assim, por comodidade desejaram que a entrevista fosse realizada na própria instituição. Dessa maneira, as entrevistas foram realizadas na instituição, em espaço reservado e adequado. As entrevistas foram gravadas com anuência dos sujeitos e transcritas pela própria pesquisadora.

Cabe esclarecer a não realização do grupo focal como previsto no início deste estudo. O protocolo metodológico de Vancouver (WHO, 2007a) propõe a realização de grupo focal com participantes idosos de categorias etárias diferentes e condições socioeconômicas de baixa e média renda. Este protocolo de pesquisa é direcionado para as cidades, e neste estudo, busca-se adaptar a esse protocolo direcionando para a ILPI. Apesar da recomendação desse protocolo, não foi possível a realização de grupos focais devido a fatores elencados a seguir:

a) Os idosos residentes das ILPI não aceitaram participar da reunião com outros residentes por motivos pessoais, por receio da possibilidade de prejuízos na atenção integral recebida caso algum participante tornasse pública sua insatisfação ou reclamação e, para evitar constrangimentos;

b) Os familiares não aceitaram participar do grupo focal por motivos pessoais, em razão da pouca disponibilidade de tempo;

c) Há baixa frequência de visitas de familiares aos seus idosos; dificuldade de compatibilizar a agenda dos poucos familiares que preenchiam os critérios de inclusão e aceitaram participar do estudo;

d) Número reduzido de cuidadores que preenchiam os critérios de inclusão e que

aceitaram participar do estudo;

e) Por ser um tema que abarca a subjetividade no atendimento dos serviços oferecidos e estrutura da instituição, tal contexto poderia gerar desconforto, insegurança e desarmonia entre as pessoas.

4.5 ANÁLISE DOS DADOS

Através de leitura exaustiva do material empírico e da observação participante estabeleceu-se os pontos de convergência de necessidades sentidas para o aprimoramento das ILPI.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS DA PESQUISA

Comitê de Ética:

O projeto de pesquisa foi submetido à apreciação e à aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo - protocolo de pesquisa nº 2125. Em Anexo 2.

Procedimentos éticos:

O objetivo e os procedimentos da pesquisa foram devidamente esclarecidos aos responsáveis das instituições e, em especial, a todos os participantes do estudo, garantindo o anonimato das identidades e a preservação da privacidade.

Inicialmente, os representantes das instituições indicaram alguns nomes de residentes, entretanto, nem todos os nomes sugeridos seguiam os critérios de inclusão e exclusão do estudo, alguns já haviam falecido e outros já tinham saído do estabelecimento. A partir disso, a pesquisadora buscou uma convivência social, participando das atividades, do ambiente social e após certo tempo de observação foi possível estabelecer entrosamentos com as pessoas e entrar em contato com o possível participante.

Ao participante voluntário foi informado que poderia em qualquer momento desistir da participação da pesquisa, sem qualquer prejuízo à sua pessoa; poderia entrar contato com a pesquisadora para maiores esclarecimentos ou com o Comitê de

Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública. Foi solicitada a sua participação voluntária no estudo, a sua autorização para a gravação da entrevista, e foi esclarecido que teria acesso à transcrição de seu relato, se desejasse. Após a compreensão da proposta foi solicitado a todos os participantes a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional da Saúde/Ministério da Saúde) de forma espontânea e livre e, em seguida, foi entregue uma cópia para o participante. Em Anexo 3.

A pesquisa científica com seres humanos considera como "Grupo Vulnerável" aquelas pessoas que estão numa condição de "dependência", tais como, alunos, presidiários, militares (Resolução nº 196/96). Dessa maneira, a população idosa moradora em instituição de longa permanência é considerada um grupo vulnerável que deve ser respeitada em sua dignidade.

Segundo VÍCTORA et al. (2000) ética não é somente uma questão de sigilo. É a manutenção da confiança mútua entre o entrevistado e o pesquisador, por meio de condutas, atitudes e comportamentos, em especial, durante a pesquisa de campo e depois, com as informações obtidas.

A autora ainda ressalta que numa pesquisa qualitativa com um número pequeno de pessoas é primordial além de se preservar a identidade pelo anonimato do pesquisado, é necessário evitar a "descrição definida". Esta é compreendida como a somatória das descrições do entrevistado, ao longo do trabalho, quanto à sua idade, ao sexo e ao local de moradia, que pode revelar a identidade do sujeito (VÍCTORA et al., 2000).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O estudo foi realizado em duas ILPI do município de São Paulo, uma filantrópica e outra mista. Ambas, são legalmente instituídas perante as autoridades municipais, estaduais e federais e são portadoras de Certificado de Utilidade Pública. A instituição filantrópica possui uma diretoria executiva (presidente/vice-presidentes) que é eleita para um determinado período de tempo e é formada por pessoas voluntárias, de ambos os sexos. Possui também vários Conselhos internos, tais como, administrativo, fiscal e consultivo, compostos por 38 membros voluntários que tomam decisões a respeito da instituição. Quanto à instituição mista, esta possui uma diretoria e um conselho composto por 36 senhoras, voluntárias com condições sociais e financeiras privilegiadas que se reúnem regularmente para discutirem sobre assuntos ligados à instituição.

Menciona-se que não há representante de idosos que participe das discussões com esses conselhos ou com a diretoria dessas instituições.

Quanto às características das instituições no período da pesquisa verificou-se que a instituição filantrópica tinha capacidade de abrigar 89 idosos, e apresentava-se com 85 idosos residentes, ver Tabela1. Os critérios de admissão desta instituição são: ter 65 anos ou mais de idade, renda de até um salário mínimo, ser independente, sem bens em nome próprio do idoso, e o idoso e/ou seu familiar ou responsável deve comprovar a precariedade de recursos econômicos que demonstrem a dificuldade de sobrevivência de forma autônoma. A entidade conta para sua manutenção com as doações da comunidade e de entidades, a renda provenientes de bazares, e as contribuições dos idosos residentes considerados como não pagantes que será abordado adiante.

A instituição mista possuía 145 leitos, entre quartos individuais, duplo e triplo, quádruplo e abrigava no período deste estudo em torno de 137 residentes, ver Tabela 1. Os critérios de admissão são: ter mais de 60 anos, não possuir histórico de problema psiquiátrico e não ter doenças infectocontagiosas. A entidade conta com as doações da comunidade e de entidades, as rendas provenientes dos bazares e dos aluguéis de imóveis próprios doados por beneméritos da instituição, as mensalidades

de idosos residentes considerados pagantes e a contribuição dos idosos considerados como não pagantes.

Segundo o Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003) que regula os direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, em seu Art. 35 afirma que: "Todas as entidades de longa permanência são obrigadas a firmar contrato de prestação de serviços com a pessoa idosa abrigada". E em seus parágrafos § 1º e 2º estabelece que "no caso de entidades filantrópicas é facultada a cobrança de participação do idoso no custeio da entidade; que não poderá exceder a 70% (setenta por cento) de qualquer benefício previdenciário ou de assistência social percebido pelo idoso". Assim, a partir desses direitos, ressalta-se que os idosos considerados como "não pagantes" pelas duas instituições contribuíam com uma parcela de 70% de seus benefícios sociais (aposentadoria, pensão) para a instituição.

Tabela 1 - Características das instituições filantrópica e mista quanto ao sexo e número de residentes. São Paulo, 2010-2011.

	ILPI	
	Filantrópica	Mista
Homens	32	32
Mulheres	53	105
Nº de residentes*	85	137

* Nº total de leitos disponíveis era de 89 na filantrópica e 145 na mista.

Cabe mencionar que o número de idosos residentes nas duas instituições é variável, em razão da rotatividade decorrente de alta, mudança para outro estabelecimento e, principalmente, pelo óbito.

Algumas informações a respeito da instituição, dos residentes e funcionários foram disponibilizadas pelos representantes das instituições. Assim, em relação ao quadro de recursos humanos, a instituição filantrópica conta com profissionais contratados: assistente social (recém-contratada), enfermeira, auxiliar de

enfermagem, cirurgião-dentista. Voluntários: nutricionista, médico geriatra, residentes de medicina, massagista, podólogo, músicos. Estagiários de cursos que fazem estágio em fisioterapia. E profissionais das áreas administrativas e de apoio.

Enquanto que a instituição mista possui os seguintes profissionais: gerente (assistente social), nutricionista, enfermeira, auxiliar de enfermagem, técnico de enfermagem, terapeuta ocupacional (recém-contratada), assistente social, médico geriatra, cuidador de idoso. Voluntários: pessoas que realizam as atividades recreativas como bijuteria. Estagiários de cursos que fazem estágio em assistência social. Serviços de terceirizados, por exemplo, de fisioterapia. E profissionais das áreas administrativas e de apoio.

Cabe observar que a instituição mista além dos cuidadores de idosos contratados pela instituição também existem aqueles cuidadores de idosos formais que são contratados pelas famílias para o atendimento de seus idosos, sendo a responsabilidade pela seleção e remuneração destes cuidadores, dos familiares ou do responsável pelo idoso.

Ao comparar as duas instituições participantes, observou-se que a instituição filantrópica é constituída em sua grande maioria por idosos independentes em boas condições de saúde física, mental e emocional, e há pouca frequência de familiares que visitam seus idosos. Já a instituição mista apresenta poucos idosos independentes em boas condições de saúde mental e emocional, muitos são os dependentes, acamados, com suposto diagnóstico de doença de Alzheimer, doença de Parkinson, entre outras patologias, e os residentes recebem visitas com alguma frequência, em geral, em breve espaço de tempo.

Estas características das duas instituições acima referidas são semelhantes aos resultados encontrados pela pesquisa do IPEA (2011) nas quais as instituições públicas e filantrópicas são caracterizadas pela maior presença de idosos independentes, enquanto que nas instituições privadas com fins lucrativos apresentaram maior percentagem de idosos dependentes. E essas características sugerem que aquele idoso com menor recurso econômico e financeiro, sem moradia procura as instituições sem fins lucrativos. E o idoso com melhores condições econômicas, financeiras e sociais procura a instituição privada devido a maior necessidade de cuidados em consequência de elevada dependência física e/ou mental.

Este estudo foi realizado no período de dezembro de 2010 a abril de 2011 com a anuência das instituições filantrópica e mista. De acordo com os critérios de inclusão e exclusão deste estudo, o total de participantes foi de 31 sujeitos distribuídos da seguinte forma: 20 idosos independentes, na faixa etária entre 66 e 94 anos de idade, (filantrópica – cinco homens e cinco mulheres; mista – um homem e nove mulheres); 10 familiares de moradores nas ILPI, com idades entre 47 e 74 anos (filantrópica – um homem e quatro mulheres; mista – um homem e quatro mulheres), e um cuidador formal de idoso.

Cabe ressaltar que a instituição filantrópica não possui em seu quadro de recursos humanos funcionário com a função de cuidador de idoso. Somente a instituição mista apresenta-se com funcionários contratados para essa função, num total de 12 cuidadores de idosos, de ambos os sexos. Entretanto, segundo a gerente da instituição mista, a maior parte desses é recém-contratada, jovens com pouca experiência. Essa situação é recorrente por causa da grande rotatividade de pessoal que busca melhor remuneração e ascensão na carreira profissional. Desta forma, somente um cuidador formal pode ser incluído neste estudo.

Como o tema deste estudo abrange o universo de vida institucional, tornou-se delicado para os participantes a exposição de suas opiniões, sugestões, expectativas, entre outras, em relação ao local em que vivem, visitam e trabalha, por receio de possíveis contratempos ou de serem mal interpretados. Este estudo em respeito aos participantes evita a "descrição definida" (VÍCTORA et al., 2000) de idade, sexo e moradia de forma individualizada na apresentação dos resultados. Dessa maneira, foi utilizada a letra "R" para identificar o depoimento do idoso residente, a letra "F" para indicar o familiar e a letra "C", o funcionário cuidador de idoso.

Este estudo utilizou cinco tópicos para identificar as vantagens e as barreiras para caracterizar uma instituição de longa permanência para idosos como amigável ao idoso. Os tópicos são denominados de estrutura física e acessibilidade; respeito e inclusão social; comunicação; participação e gestão do cuidado. Para cada tópico é apresentado os aspectos orientadores sobre as características amigáveis ao idoso, e em seguida os relatos sobre as barreiras e as falhas existentes e as sugestões de melhoria manifestadas pelos participantes das duas instituições que foram agrupados em temas considerados como mais importantes para os todos participantes, de

maneira geral, e para as duas ILPI.

Ressalta-se que o roteiro de perguntas abertas é longo, e em cada tópico são apresentados diferentes aspectos e específicos itens. Desse modo, cada participante diante de suas possibilidades respondeu ao padrão desses tópicos e manifestou com maior afinco àquelas que mais que lhe parecia importante de acordo com suas necessidades, interesses, observações e experiências. Em sua maioria, as respostas foram mais direcionadas às barreiras, aos aspectos negativos e expuseram algumas sugestões de melhoria. Além disso, apresentaram informações adicionais que enriqueceram o estudo. Assim, algumas questões do roteiro, não faziam parte das vivências dos diversos sujeitos da pesquisa.

A seguir são apresentados os cinco tópicos, cada um com uma breve introdução, descrição, observações, os aspectos relacionados ao tópico de modo a facilitar a compreensão dos depoimentos, os temas e a discussão.

5.1 ESTRUTURA FÍSICA E ACESSIBILIDADE

As instituições filantrópica e mista estão estabelecidas no município de São Paulo há mais de 50 anos. Foram fundadas em uma área considerada de chácara e com o passar dos anos, as instituições foram envolvidas pela cidade, assim estão em áreas com muitas residências, comércio e avenidas de grande movimento. Suas construções são antigas, e sempre que podem fazem a manutenção da instituição e algumas melhoras nas instalações.

A instituição filantrópica está localizada em área residencial nobre. Possui um terreno considerado acidentado (inclinado), com áreas construídas em formato de pavilhões, num total de cinco. Ver Tabela 2. Três são térreos localizados na parte superior do terreno, constituído de um dormitório pavilhonar feminino para residentes independentes e semi-dependentes, um dormitório masculino para residentes independentes e semi-dependentes e um dormitório masculino para residentes dependentes. Há um prédio de dois andares construído na parte inferior do terreno, com um pavilhão no piso inferior - dormitório feminino para residentes

independentes e outro no piso superior - dormitório feminino para residentes dependentes.

Por ser área inclinada, os espaços estão interligados por duas rampas internas com corrimão e barra dupla de segurança. Há ainda um outro caminho ao ar livre, que contorna a área construída, de percurso inclinado. A instituição é arborizada, possui canteiros de jardim (flores, plantas, árvores) ao redor da área construída, e uma área verde na parte interna do terreno com muitas árvores, pássaros e bancos de madeira sob as árvores. Há também bancos de concreto ao redor da instituição para descanso e privacidade. A inclinação do terreno dificulta a caminhada contínua dos residentes. Possui uma única entrada para as pessoas e uma entrada para automóveis com amplo estacionamento interno nos fundos do terreno. Em alguns pontos da instituição há instalação de câmeras de vigilância observada pela recepcionista e é esta funcionária que autoriza a entrada de pessoas ou veículos na instituição acionando a porta automática. Vale observar que como está construída em área residencial, a instituição não pode fazer reformas que aumentem sua área construída, quer vertical quanto horizontalmente. Além disso, sua área verde deve ser preservada, sendo impedida de reduzi-la.

A instituição mista está localizada entre grandes avenidas, de intensa circulação de veículos, e rodeada por vários comércios e serviços. Possui terreno plano com seis pavilhões para os residentes construídos e distribuídos por esse terreno. Ver Tabela 2. Há pátios internos de descanso com possibilidade de sentar, pequenas floreiras de plantas e flores ao redor. Há uma área lateral do terreno, não pavimentada, sendo uma área de terra com algumas árvores frutíferas e também há uma área de construções contíguas como churrasqueira, quadra de bocha e uma grande igreja desativada. Observou-se que essa área de terra e suas construções estavam ocupadas por mato, entulho, móveis em desuso, entre outros.

Ao redor da área construída da ILPI há internamente uma rua pavimentada para a passagem e estacionamento dos veículos que também é utilizada como trajeto de caminhada e passeio para as pessoas, apesar de ter vários desníveis, buracos e rachaduras que dificultam uma caminhada segura. Além disso, nesse trajeto não há bancos para se sentar ou sanitário para os residentes. Possui uma única portaria, com um porteiro responsável pela entrada das pessoas e entrada de veículos.

Tabela 2 - Características selecionadas das instituições estudadas. São Paulo, 2011.

Características	ILPI	
	Filantrópica	Mista
Área física total	7.165 m^2	9.000 m^2
Área construída	3.097 m^2	4.000 m^2
Tipo de terreno	inclinado	plano
Tipo de construção	térreo e 2 andares	térreo
Nº pavilhões	5	6

A seguir a apresentação do tópico adaptado para as ILPI denominado de estrutura física e acessibilidade. As questões abertas deste tópico são relacionadas às experiências positivas e negativas e sugestões de melhorias relacionadas à estrutura e espaços abertos da instituição, proteção ao sol; bancos e áreas de descanso; manutenção do edifício, das áreas externas (jardins, calçamento); sensação de segurança; conforto; acessibilidade de acesso à instituição (calçamento, tráfego, transporte); acessibilidade geral (escadas, portas, corredores, iluminação); condições dos cômodos e outros ambientes (banheiros, dormitórios, refeitórios, áreas comuns e de descanso), entre outras (Anexo 1).

5.1.1 Estrutura Física

Em relação à estrutura física, o refeitório e o dormitório foram os mais citados pelos residentes e familiares das duas instituições. A seguir a descrição desses ambientes em cada instituição.

A instituição filantrópica possui dois amplos ambientes para o refeitório masculino e feminino. Cada refeitório é composto por fileiras de mesas retangulares de concreto fixas ao piso e fileiras inteiras de bancos de concreto sem encosto, fixas ao piso. A cozinha industrial da instituição localiza-se entre os dois refeitórios. Há

uma pequena abertura por onde a funcionária da cozinha entrega o prato com a refeição para cada residente e após a refeição recebe os pratos e os talheres para serem higienizados. De acordo com os depoimentos de residentes tanto o refeitório quanto à mobília são considerados bons. Um residente se manifestou sobre o tamanho do espaço: *O refeitório é grande, o espaço está bom. (R2)* e em relação ao mobiliário do refeitório, outro residente considera: *bom...igual a esse aí mesmo...mesa e banco fixo para idosos. (R7)*

Os refeitórios são separados para as mulheres e para os homens estabelecendo um padrão de relação, como se manifesta um residente: *...temos alas das mulheres e alas dos homens, mesmo o refeitório, é tudo separado. A gente só almoça juntos no dia que tem festa. (R1)*

Assim também um familiar da instituição filantrópica relata que o refeitório está bom e com amplo espaço para os refeitórios masculino e feminino, considerando-o como funcional por ter fileiras de mesas e bancos fixos ao chão. Entretanto, sugere que se fosse possível, poderia se ter outro tipo de móvel, como mesas e cadeiras individuais adequadas para os idosos e, principalmente, para os cadeirantes, como relata a seguir: *o refeitório, como tem o masculino e o feminino, eu achei... até legal, bem amplo... Eu achei assim bem simples [o mobiliário do refeitório], né, é bem simples, mas funcional. Se fosse [possível] o ideal seriam aquelas mesas grandes de oito pessoas, aquelas cadeiras confortáveis...de madeira... seriam mais aconchegantes. Tem certos idosos que tem dificuldades para ficar sentando nesses bancos...poderia ter uma cadeira, algo mais fácil para eles...com encosto...[e também maior] facilidade para as cadeiras de rodas. (F2)*

Verifica-se assim que os residentes precisam se "adaptar" com as condições reais da instituição filantrópica e que estes sabem que é difícil ter "mudanças", pois a instituição sobrevive em especial de doações. Deste modo, os residentes estão mais conformados com a situação e, na opinião desses residentes tanto o refeitório como o mobiliário são considerados bons. Para um familiar, o refeitório também é considerado bom, mas demonstra certa insatisfação quanto ao mobiliário que poderia ser composta por mesa e cadeiras individuais adequadas para as pessoas idosas.

Em relação à instituição mista, esta possui em cada pavilhão o seu refeitório. O maior refeitório, para os idosos independentes e semi-dependentes, é amplo,

arejado, ambiente claro. É composto por diversas mesas e cadeiras com encosto. O refeitório está interligado à área da cozinha. Para um residente o refeitório é considerado bom, e também considera o mobiliário bom por ter mesa e cadeira individuais que facilitam a movimentação dos residentes na hora de sentar e sair da mesa e com isso mantém-se uma atmosfera de harmonia entre as pessoas por não incomodar o outro residente: *Ali [refeitório], tá tudo bom, [mesa, cadeira] tudo bom. Mesa, cadeira é bem melhor, do que se for uma fileira de cada banco, fileira de mesa, aí não dá certo, muito não. Acontece que às vezes a pessoa vai e esbarra nesse [residente], ou na hora de comer ou às vezes faz assim [esbarra] no outro [residente], e já briga, entendeu. Porque aí já tão tudo pessoa, já veinha... Então, já deixa separado em cada cadeira, que é melhor! (R16)*

O refeitório e a mobília da instituição mista também são considerados bons por um familiar que relata: *Acho que como está aqui, está bom, porque cada ala tem seu refeitório, né! Com mobília específica. (F6)*

Assim, na opinião de residentes e de familiares das duas instituições verifica-se que os refeitórios e os mobiliários são considerados bons. Entretanto, observou-se que na instituição mista o tipo de mesa e cadeira individual e sua disposição no ambiente permite uma melhor acomodação, facilita a circulação e a integração entre as pessoas, diferentemente, da instituição filantrópica que possui mesa e banco fixos ao chão, e por serem confeccionados de concreto não são considerados tão confortáveis, nem seguros, além de ergonomicamente inadequados.

Em relação aos dormitórios, verificou-se que apesar das duas instituições serem antigas, a instituição mista possui quartos mais individualizados enquanto que a instituição filantrópica, ainda possui ambiente pavilhonar que lembra uma grande enfermaria. O seu maior dormitório é o pavilhão masculino composto por 35 leitos. O ambiente é amplo, longo, bem arejado com quatro janelas. A cada três a quatro camas há divisórias com aproximadamente dois metros de altura semelhantes aos biombos domésticos, de forma a se criar ambientes menores. Há um criado-mudo e um pequeno baú para cada leito. Em uma das extremidades do pavilhão há área dos sanitários e chuveiros. A outra extremidade tem uma porta que permite acesso à área de refeitório masculino. Os armários embutidos para os residentes estão localizados

nas extremidades do dormitório. Há uma porta de entrada e saída para a varanda considerada área de convivência social e de atividades de ocupação do tempo com poltronas, bancos, mesa com cadeiras, televisão, pequena estante de livros, telefone público. Segundo os relatos, por ser um local amplo, com diferentes acessos de circulação e várias pessoas no mesmo ambiente é difícil ter tranquilidade para o repouso, principalmente, durante à noite. Há ruídos na movimentação de entrada e saída das pessoas que circulam no dormitório, andando ou com uso da cadeira de rodas ou com o uso do andador. Barulhos, gemidos, gritos incomodam as pessoas que estão deitadas para o repouso. E nesse contexto, pela característica estrutural gera a insatisfação, a inquietude, o incômodo no dormitório pavilhonar, segundo o relato de um residente há necessidade de tranquilidade: *O quarto tem umas pessoas que não dorme direito, uma tosse danada, uns conversa...e ás vezes eu acordo à meia noite e não consigo dormir mais. Então, tem umas pessoas novatas que entra....Olha! Conversa demais! Outros gritam, outros diz que está com dor...e não sei o que e tal e acorda todo mundo. Tem um novato aí, que Deus me livre! Arruma uma bagunça danada...sabe? À noite...então, tem esse incômodo também. Têm 35 homens [no dormitório]!!... Inclusive está escrito lá fora, [tem uma placa] lá na portaria [da instituição], que a casa é uma casa de repouso. "Repouso, para descanso e tranquilidade"!! Depois, uns aí...começa com a gritalhada lá, como é que faz? Fica ruim, né! Não tem repouso coisa nenhuma!!! (R2)*

E por ser um dormitório coletivo com estrutura pavilhonar um residente da instituição filantrópica também relata das dificuldades para o repouso ou a privacidade devido ao barulho, e à entrada de algumas visitas que entram no quarto, pois não há espaço reservado para as visitas: *Mas, aqui é muito barulho, viu ! Nós temos que repousar assim.. depois do almoço, depois já começa a chegar a visita. E as visitas geralmente entram nos quartos e tal ...tá todo mundo deitadinho..assim...à vontade, né! E não pode entrar homens nos quartos das mulheres, visitas assim... filhos de [residente], parentes que viam e ficavam sentados, e as outras [idosas] deitadas [à vontade], então [é constrangedor], né! (R1)*

Um familiar da instituição filantrópica menciona que tem muitas pessoas num mesmo quarto o que facilita situações de bagunça e dificuldades para os residentes descansarem: *...no quarto [de um residente] tem umas vinte pessoas...no mínimo...ah*

eu acho muita gente...por isso, eu acho, que deveria ser mais dividido...um pouco, né! Porque sai muita bagunça... (F4)

Em geral, a instituição mista possui em sua área de dormitórios um corredor longo com vários quartos dispostos nesse corredor e as portas dos quartos estão voltadas para esse corredor, assim nessa disposição estrutural todas as pessoas que circulam pelo corredor passam diante dessas portas. E um residente da instituição mista também se sente desrespeitada em sua privacidade, em ter sua intimidade exposta aos outros: *Eu não sou obrigada a ficar com a porta do quarto aberta. E eu não gosto de porta aberta! Esse negócio de estar passando todo mundo [no corredor], e todo mundo olhando [para dentro do quarto], eu não gosto! Tem que fechar! E eu criei caso com ela [companheira de quarto]. Eu falei, eu quero a porta fechada, quando for trocar, eu não vou ficar pelada, à exposição dos outros!! (R17)*

Quanto ao mobiliário do quarto. Para alguns residentes independentes e familiares de moradores das instituições filantrópica e mista seria necessário que o quarto tivesse alguns mobiliários: cama adequada e confortável, guarda-roupa ou armário com espaço maior para pendurar roupas e guardar pertences pessoais.

Um residente da filantrópica menciona que a cama é inadequada o que dificulta o repouso e a tranquilidade: *E para deitar faz aquele barulho na cama que a gente [residentes] acorda assustado. A cama é de ferro... e só dele [de algum residente] se mexe: beh beh beh! Faz barulho!! Não [se deve] perturbar o sono dos outros! (R8)*

Para um residente da instituição mista, a cama é considerada boa e confortável como relata a seguir: *A cama é boa, tem o colchão, depois tem uma... casca de ovo, né. ...dá pra dormir, é bem macio. (R14)*

Para um familiar da filantrópica, a cama é considerada simples, básica, e sugere que poderia ser mais bem equipada, como uma cama autorregulável: *As camas bem basiquinhas, né! É bem precarinha aquelas camas, né! Ela [uma residente] levanta toda torta...Deveria ter... tinha que ter aquelas camas, auto regulável, que a pessoa mesma regula, tudo...,né? Aí, meu Deus..bem que o governo, alguém poderia fazer algumas doações, né...seriam bem melhores, não é? (F3)*

Uma das insatisfações dos residentes da instituição filantrópica é quanto ao

tamanho do guarda-roupa considerado muito pequeno assim o espaço para guardar os pertences não é suficiente, a qual é representada pela fala de um residente: *O guarda-roupa aí é muito pequenininho, uma caixinha de fósforos, né. Eu tenho dois pequenininhos, mas não dá para você pendurar uma roupa! (R1)*

Essa insatisfação é confirmada por um familiar da filantrópica: *O armário eu acho muito pequeno. Ela [uma residente] coloca a roupa na caixa, tudo, né. Coloca sapato...Ela precisaria de um armário maior porque não cabe tudo das coisas dela. (F4)*

Semelhante insatisfação ocorre na instituição mista como observado no relato de um residente: *O que é pequeno é o guarda-roupa! Tem que ter um lugar para guardar a roupa, aqui não tem!... (R12)*

E o espaço do guarda-roupa também é considerado pequeno por um familiar que menciona que cada residente precisa ter seu espaço para guardar pertences pessoais*: ...precisa ter armário exclusivo deles [residentes.] Isso é importante porque têm as coisinhas dele [residente] lá, né. Coisinhas de higiene, roupas e tudo mais. As coisas dele são dele e, as coisas dos outros são dos outros, cada um tem as suas [coisas para guardar]. O espaço [não é suficiente]... né! (F7)*

Assim, há uma insatisfação quanto à cama para os sujeitos da instituição filantrópica e insatisfação quanto ao guarda-roupa para os sujeitos das instituições filantrópica e mista.

Cabe mencionar que segundo ALCÂNTARA (2004) um quarto com espaço apropriado é necessário para os residentes manterem alguns de seus pertences pessoais e afetivos e com isso permite preservar a individualidade do idoso. Para corroborar com isso, os participantes do guia cidade amiga mencionam que nas ILPI não há um espaço suficiente para a guarda de bens pessoais, o que revela que as instituições poderiam proporcionar um espaço mais adequado para as necessidades pessoais dos residentes (WHO, 2007b).

Em relação ao número de leitos por quarto a RDC nº 283 (ANVISA, 2005) regulamenta que é proibida a existência de quarto com mais de quatro leitos. Além disso, estabelece que os dormitórios sejam separados por sexo e dotados de banheiro. Assim, o dormitório para quatro pessoas do mesmo sexo deve ter uma área mínima

de 6,0 m^2. Este dimensionamento já inclui a área para guarda de roupas e pertences dos residentes. Banheiro para residentes deve ser composto de 1 bacia, 1 lavatório e 1 chuveiro, com área mínima de 3,6 m^2.

Observou-se que em relação ao número de leitos por quarto, as instituições deste estudo não conseguem seguir as orientações dessa regulamentação, principalmente, a filantrópica que possui dormitório pavilhonar com vários leitos no mesmo espaço, como relata um residente: *Têm 35 homens [no dormitório]!! (R2)*

Assim também relata um residente da mista que *tem quarto para uma pessoa, duas pessoas, três pessoas, quatro pessoas, cinco pessoas até o quartão com oito pessoas...lá no [pavilhão] central. (R3)*

Para identificar o número de leitos das ILPI do estado de São Paulo o IPEA (2010) identificou que, em 1009 ILPI respondentes (15.060 total do número de quartos), o padrão predominante é o de dois leitos por quarto, o que é encontrado em 37,0% dos quartos das instituições pesquisadas. Quarto com um leito foram encontrados em apenas 31,2% das instituições. Assim, observa-se que a maior parte das instituições de São Paulo está de acordo com as normas da ANVISA (até quatro leitos por quarto), e apenas 5,4% dos quartos das instituições tinham cinco ou mais leitos (IPEA, 2010). Então, a partir dessas informações, vale mencionar, que as instituições participantes deste estudo se enquadram na percentagem dos 5,4% dos quartos das instituições que apresentam com mais de quatro leitos por quarto, não correspondendo com a regulamentação da ANVISA.

Ressalta-se que para se viver em harmonia, conforto e segurança com os companheiros de quarto é necessário um limite de pessoas. Assim, os residentes revelam um desejo comum sobre a limitação no número de pessoas por quarto. Um quarto individual é o desejo da maioria dos residentes das duas instituições para ter seu próprio espaço, ter privacidade e ter onde guardar seus pertences. Assim relata um residente da filantrópica: *Se fosse eu, eu quero sozinho! (R7)* E também um residente da mista que menciona: *É, porque lá [no pavilhão] central tem quarto até de oito [residentes], né!! Eu não prefiro lá. Prefiro ficar sozinha! (R14).*

Porém, considerando os custos para a construção de quartos individualizados com banheiro e que a ILPI é um ambiente coletivo e com certo recurso econômico e

humano, o ideal ou preferível seria um espaço para duas pessoas independentes dividindo o mesmo quarto que tivessem afinidades, para favorecer o companheirismo e a ajuda mútua. Os residentes da instituição filantrópica relatam que um quarto ideal seria quartos separados e de duas pessoas para se promover o conforto e a harmonia: *...o ideal seria quartos separados, em duas em duas pessoas, tava bom, né! Se tú morre, a outra socorre.. (risos) (R4)... ...mais que isso, sai briga! (R1)*

Assim também menciona um residente da mista que quarto para duas pessoas promove conforto: *[quarto] de duas pessoas ...o conforto é bom!... (R19)*

Os familiares das instituições também corroboram com a ideia de ser mais adequada a presença de duas pessoas no quarto, principalmente, se forem independentes, e que é necessário que o quarto tenha seu banheiro privativo. Assim menciona um familiar da filantrópica: *Eu acho se fosse para esse pessoal independente, se fosse individualizado seria preferível, no máximo dois [residentes]...(F1)*

Um familiar da mista menciona que também seria preferível um quarto para duas pessoas e sugere quarto com banheiro: *Para ser sincera, a meu ver, não sei se isso seria possível, mas a meu ver, no máximo duas pessoas no quarto. Sempre é bom ter dois [residentes] e banheiro [no quarto] (F6)*

Na opinião dos residentes e familiares das duas instituições o máximo de pessoas num quarto, para não haver desavenças, desarmonias, seria de até três pessoas. Dessa maneira, um residente da filantrópica relata que no máximo três pessoas no mesmo quarto: *no máximo três pessoas para dormir no quarto de parede. (R8).* Bem como, um residente da mista menciona que no máximo três pessoas seria o ideal e que estas pessoas tenham afinidades para compartilhar o aposento: *Vendo que as pessoas assim deem certo, três está bom. (R12)*

E um familiar da instituição mista também manifesta que no máximo de três pessoas no quarto e sugere que seria adequado que essas pessoas do mesmo aposento também tenham capacidades mentais similares para favorecer a boa convivência e o bem-estar: *No máximo três pessoas equilibrando o mesmo grau [mental]... Aqui [na instituição mista] 90% tem Alzheimer. (F8)*

Portanto, segundo os relatos, o desejado é um quarto individual quando a pessoa é totalmente independente. A grande preferência de número de pessoas no

mesmo quarto é de duas pessoas porque deste modo uma pessoa pode amparar a outra e fazer companhia. E o máximo de pessoas compartilhando o mesmo quarto são de três pessoas, dessa forma, é possível propiciar uma harmonia, a boa convivência e o bem-estar.

Quanto às condições de vida em instituições, TERRA et al. (2009) verificaram que todos os residentes de uma instituição filantrópica dormem com outras pessoas enquanto que os residentes da instituição de natureza privada quase a totalidade (83%) dormem sozinhos. Considerou-se então, que uma das principais consequências de se dormir com outras pessoas foi a perda da individualidade, e talvez a principal causa do motivo pelo qual a violência sexual aparece como um contraste entre as duas instituições.

Assim como nas ILPI, os residentes necessitam de espaço e privacidade, os participantes do guia cidade amiga ressaltam a importância para que os idosos tenham um espaço adequado e privacidade em seus lares. Segundo, estes participantes do guia, o excesso de pessoas na mesma moradia do idoso acarreta pouco espaço e menor privacidade para o idoso. E essa situação é identificada como uma desvantagem para os idosos, pois não propicia a qualidade de vida (WHO, 2007b).

Cabe mencionar que o quarto é um cômodo da residência, com significado semelhante a todos os outros lares, ou seja, considerado como um espaço pessoal de: privacidade, recolhimento, descanso, repouso, tranquilidade, intimidade. É um local de refúgio, onde se tem liberdade, onde se guarda os pertences íntimos, vestimentas, objetos materiais, lembranças, memórias. Entretanto, a vida numa instituição é coletiva, é compartilhada (GOFFMAN, 1961). Nesse sentido, o quarto em uma instituição pode ser um ambiente seguro, o mais reservado e confortável possível para que a pessoa idosa se sinta bem, esteja protegida, tenha momentos de paz e possa ter qualidade de vida (ALCÂNTARA, 2004).

A seguir o depoimento de um residente da instituição filantrópica a partir de suas experiências em ambiente institucional: *Misturado isso não é bom, não!! Melhor colocar no mesmo quarto só as independentes, não misturar... as dependentes [aquelas que precisam de ajuda para ir ao banheiro durante à noite]... Agora, se põe uma pessoa independente junto com uma dependente, aí já atrapalha,*

não é? (R10) Um residente da mista também expressa sua opinião a partir da sua vivência diária na instituição mista: *Aqui, o errado é que eles misturam as pessoas, com a mente sã, com as doentes. E isso é uma coisa muuuito... ruim!!! Quer dizer que eles [instituição] deveriam separar, as pessoas sãs, e as doentes. (R18)*

Assim, um ponto bastante ressaltado e importante foi quanto aos companheiros de quarto. Foi manifestado pelos residentes o desejo de ter no mesmo local de repouso e privacidade, pessoas com quem tenham afinidades, e que sejam semelhantes no grau de capacidade funcional ou dependência, por exemplo, ter pessoas independentes e em boas condições mentais e emocionais compartilhando o mesmo quarto para promover melhor convivência e qualidade de vida. Cabe lembrar que a instituição filantrópica apresenta maior número de residentes independentes e em boas condições mentais quando comparada com a instituição mista que apresenta maior número de residentes dependentes e de residentes portadores de demência. Ademais, cabe mencionar que as pessoas moradoras das ILPI já são idosas e é difícil da pessoa idosa cuidar de outro idoso com capacidades diminuídas.

Em relação a um espaço para higienização. Segundo as observações há necessidade de ter locais adequados nas instituições para a realização de tarefas cotidianas dos residentes como a higienização de alimentos (frutas), utensílios (copos) e roupas (peças íntimas). Na instituição filantrópica, não existe uma minicozinha ou copa com pia para lavar os copos, pratos e talheres pessoais depois das refeições que serviria também para a higienização, por exemplo, de frutas. Em geral, uma vez por semana um senhor passa pela rua da ILPI vendendo frutas, os residentes e os funcionários compram essas frutas. Assim, os residentes gostariam de ter um espaço apropriado, pois há situações que precisam utilizar a pia do banheiro para essa higienização, apesar de ser um local utilizado para escovar os dentes, lavar as próteses, lavar as peças íntimas.

Um residente manifesta que sente a falta de um espaço adequado ou uma copa para lavar as frutas, lavar a caneca de forma higiênica, e revela a situação desagradável de ter que usar a pia do banheiro para essa finalidade: *É o que sempre falo, aí [na instituição]... deveria ter uma pia pra gente lavar as canecas porque tem que lavar pra pegar de novo o café no almoço, na janta, o suco, o que for... Que eles*

[da instituição] não dão copo descartável... a gente [residente] leva [nossas coisas, caneca, talheres, jogo americano, guardanapo]. Essa caneca pra pegar [café, água, suco].. a gente vem [no refeitório], a gente lava [nossos pertences], mas [por exemplo]: Oh! Umas [residentes] lava calcinha na pia [do banheiro], outra escorre salada numa vasilhinha, lava ali na pia, outra assoa o nariz, fazem de tudo na pia que puder [fazer]. Então.. Até lavar caneca... dá muito nooojo!!! Porque ali elas fazem de tudo na pia! E é nojento demais!!! (R1)

Outro residente sente falta de um tanque de roupa em local de fácil acesso para lavar algumas peças de roupas, em especial, as íntimas, assim menciona que: *Seria bom se tivesse um tanque [aqui, no pavilhão de cima]! Para lavar alguma roupa, uma camisa, uma cueca porque sempre tem uma, não é? Tem lavanderia [industrial e um tanque lá embaixo no outro prédio, depois da escadaria], mas mesmo assim, lavo roupa na pia do banheiro. (R9)*

Quanto à instituição mista, esta possui uma minicozinha, entretanto, só pode ser utilizada quando uma voluntária oferece atividade de culinária, assim o acesso não é livre para os residentes. Outro ponto a esclarecer, alguns residentes, em companhia da terapeuta ocupacional vão à feira e às vezes compram frutas. Assim, observou-se que os residentes da instituição mista também utilizam a pia do banheiro para a higienização de frutas e utensílios (caneca, prato). Apesar dessa situação não houve depoimentos a esse respeito.

Outra observação sobre a instituição mista, esta possui um tanque de lavar roupa para os residentes que desejarem lavar suas peças íntimas. Assim, não houve depoimentos de residentes dessa instituição em relação a esse aspecto.

Os familiares de ambas as instituições não manifestaram suas opiniões em relação a essas demandas, pois foram as opiniões dos residentes da instituição filantrópica que forneceram sugestões de melhoria de acordo com suas necessidades cotidianas. Cabe lembrar, que é preciso possibilitar ao idoso exercer atividades cotidianas de acordo com suas necessidades individuais, preferências, capacidades de forma espontânea, como lavar pequenas peças de roupa, lavar caneca, lavar frutas bem como favorecer a autonomia e a independência da pessoa idosa, fundamental para o envelhecimento ativo (WHO, 2002a). Daí a importância de valorizar as atividades de vida diária para a manutenção da capacidade funcional e da auto-

eficácia e a autoestima (CALDAS, 2003).

Em relação ao espaço para a prática de atividades. Observou-se que as instituições participantes deste estudo não possuem salas específicas e adequadas para a prática de atividades, sociais e de lazer. Muitas das atividades são realizadas em locais improvisados como o refeitório, a sala de fisioterapia, a varanda que são considerados espaços de multiuso.

Observou-se que a atividade denominada de terapia comunitária proporcionada pela instituição filantrópica é realizada na sala de fisioterapia onde há várias macas, colchonetes, bolas, e outros materiais para a reabilitação fisioterápica.
Na instituição mista, observou-se que além de realizar uma atividade em local inapropriado como o refeitório, essa atividade muitas vezes interfere no trabalho dos funcionários que precisam deixar o local organizado para a próxima refeição. Ao mesmo tempo, a movimentação dos funcionários prejudica a atenção e a concentração do residente na realização da atividade proposta como a oficina de memória.

Assim, os residentes das duas instituições possuem opiniões semelhantes em relação à falta de um espaço apropriado para a prática das atividades e que gostariam de um ambiente, por exemplo, para a realização das atividades, para escrever, para a leitura, como os relatos de residentes da filantrópica: *Um lugar certo [para as atividades], não tem. (R9) Às vezes, se eu quero escrever, fazer alguma coisa, eu tenho que sentar lá embaixo [área gramada inclinada com bancos], quando o tempo está bom, lá embaixo, na mangueira, e lá eu escrevo! Aqui [dentro da instituição], os próprios faxineiros começam a gritar, a falar alto, a cantar... dentro do quarto, e fazem aquela barulheira...lá no varandão, às vezes, entra um e faz barulho, então, não dá pra mim. Já desconcentra a pessoa! (R6)*

Assim também menciona um residente da instituição mista que há necessidade de espaço apropriado para a prática de atividades: *Não tem [sala de artesanato, de atividades]. Isso devia ter! (R15)*

Cabe observar que não houve depoimentos de familiares de ambas as instituições a respeito desse espaço, pois foi um assunto que surgiu das necessidades dos residentes apontado como sugestão de um espaço adequado para a prática de

atividades.

Assim, observou-se que cada instituição oferta suas atividades onde é possível, de acordo com suas possibilidades. Entretanto, não é um espaço considerado apropriado para a realização das atividades, pois são necessários locais definidos e adequados para os residentes participarem das atividades. E tão importante e necessário apresentar um espaço apropriado que a ANVISA (2005) estabelece que a ILPI deve possuir área física adequada que possibilite desenvolver atividades lúdicas, sociais, laborais, produtivas, esportivas e de integração social. Deste modo, um ambiente confortável e seguro também é uma forma de incentivar a participação.

A respeito de espaços para as atividade de residentes, o IPEA (2010) identificou que 90% das ILPI do estado de São Paulo apresentam espaços considerados de convivência para os idosos como o jardim/pátio/quintal, a sala de TV/vídeo. Além disso, 51,1% das instituições declaram contar com horta/pomar. Apenas 18,5% das instituições paulistas citam a existência de espaços de lazer como a sala de jogos, e 16,8% das instituições contam com espaço para a leitura como a biblioteca. Assim, a existência de um espaço adequado para as atividades possibilita ao idoso desenvolver suas capacidades e potencialidades o maior tempo possível corroborando com o envelhecimento ativo (WHO, 2002a).

As instituições filantrópica e mista possuem construções antigas, dessa forma, precisam, com certa regularidade, de alguma manutenção ou reforma, mas nem sempre é possível. Para tanto, é necessário à aprovação da autoridade sanitária e, principalmente, de boas condições econômicas para arcar com as despesas. E no caso da filantrópica, às vezes, é difícil providenciar a manutenção necessária, como relata um residente da necessidade de uma reforma, por exemplo, na área do banheiro: *Como a casa é muito velha, têm instalações da casa que não foram trocadas ainda....assim dos banheiros, esses dias o pessoal [residente] estava reclamando. O chuveiro queimou né!! Então, eles [da instituição] falaram que isso aí, é só trocando o encanamento, que eles vão ter que arrebentar as paredes...e precisa pedir licença [aprovação legal]....(R4)*

Além dessa reforma, alguns residentes também relatam que é necessária a

manutenção das janelas de alguns quartos da instituição filantrópica para se evitar a entrada de insetos: *Tem tela [na janela do quarto], mas está emperrada. Acho que nunca desceram ela, então [precisa consertar ou trocar]. Pernilongo é demais! Entra pernilongo pela janela do quarto. As janelas estão precisando ser trocadas porque...tem uma que já está faltando um pedaço...da veneziana, a outra está faltando um pedaço do batente porque o cupim vai comendo, né. E a chuva, né, também vai estragando com o tempo. (R11)*

Outra necessidade é a instalação de uma cobertura adequada na área de convivência para a proteção contra frio e chuva: *Nós [residentes] precisamos ter [um ambiente adequado]. Ali, naquela área da televisão [área de convivência], ali fica muito aberto. Então, ali quando chove, a água vai muito pra lá. Quando faz frio, a gente não aguenta ver uma televisão de noite, né! Se tivesse uma cobertura, qualquer coisa, um toldo iria segurar o vento porque aquele vento vai no ouvido da gente ... (R1)*

E também há necessidade de troca das lâmpadas para iluminar o ambiente: *Essa lâmpada daqui [do teto], para ela acender de manhã, precisa bater nela.. tem até esse porrete, tem que bater pra ela acender. ...tinha um gerente aí [na instituição]... e falei que o soquete da ponta estava quebrado e que precisava comprar. ...o soquete não foi comprado (R2)*

Em comparação com a instituição mista, um residente gostaria também da instalação de uma cobertura lateral adequada ou espaço apropriado em uma das áreas de convivência que fosse coberto, mais protegido do vento, do frio e da chuva: *Eu gostaria que tivesse era...que tivesse um salão como se deve de ser, para a gente não sentir frio, para jogar um dominó! Tem um [área aberta].. tem um lá, na saída de cima [do pavilhão], com telhado de plástico. Ali tem lugar, mas quando chove, faz vento, e entra por um lado e por outro. Então, era bom um salão de jogos [em sala adequada] (R19)*

Além disso, foi observado, por exemplo, que na instituição mista, quando um residente solicitou a troca de lâmpada queimada de seu quarto, um funcionário da manutenção assim que possível foi realizar a reposição por uma lâmpada nova. Assim, existem diferenças decorrentes de menor disponibilidade de recursos humanos e financeiros que dificulta a tomada de providências na instituição

filantrópica.

O assunto manutenção foi mencionado pelos residentes das duas instituições de acordo com suas necessidades, porém, os familiares participantes não se manifestaram especificamente sobre esse assunto.

Moradia apropriada é fundamental para se propiciar a segurança, o conforto e o bem-estar dos seus moradores, por isso, a importância da sua manutenção ou conservação (WHO, 2007b). Assim tanto uma moradia particular como uma moradia coletiva (ILPI) necessitam de uma manutenção regular. Em particular, a ILPI deve oferecer instalações físicas em condições de segurança e habitabilidade (ANVISA, 2005).

Entretanto, toda reforma em ILPI deve seguir as normas da ANVISA (2005) que estabelece o seguinte: "toda construção, reforma ou adaptação na estrutura física das instituições, deve ser precedida de aprovação de projeto arquitetônico junto à autoridade sanitária local, de acordo com RDC ANVISA 50/02, bem como do órgão municipal competente".

Em relação ao aspecto de conforto térmico que promove segurança e bem-estar. Alguns residentes das duas instituições relatam que a temperatura no interior das instituições oscila muito, na época de frio é um ambiente considerado frio e na época de verão é considerado abafado. Assim, se manifestam alguns residentes da instituição filantrópica: *Não gosto muito, bom...da casa que é muito frio aqui. À noite, por causa das árvores... eu acho...frio demais. (R1)*

No tempo de frio, esfria muito. É laje em cima e o paviflex de borracha no chão, então, precisa de cobertor para cobri mesmo, senão [passa muito frio]... (R2)

Assim também menciona um residente da instituição mista: *No frio é muito frio, nossa! Eu não gosto de usar [mas] ponho pijama, eu ponho meia, ponho polaina e durmo. Eu tenho edredom, mas é muito leve e então, não esquenta.(R12)*

...a maioria [dos residentes] dorme com a janela fechada. Mas não dá para dormir com a janela fechada, é muito abafado, não tem ventilação. Então, a gente dorme com a janela aberta, com três pessoas [no quarto], é muito abafado. Dorme com a porta fechada senão, entra as pessoas que andam à noite inteira por aí e entra no quarto.(R12)

Segundo a OMS (2007b) há necessidade de conforto térmico para se promover a qualidade de vida das pessoas, deste modo, a moradia deve estar equipada apropriadamente para atender às condições ambientais utilizando quando necessário o ar-condicionado ou calefação para se manter uma temperatura agradável em todos os ambientais. A partir disso, a ILPI que é uma moradia coletiva também necessita proporcionar um conforto térmico para o bem-estar e qualidade de vida dos seus moradores e funcionários.

Ambiente protegido e com conforto influencia o bem-estar das pessoas. Segundo o depoimento de um residente da instituição filantrópica parece não haver um sistema de segurança adequado para a proteção dos idosos e de seus bens, e revelam sentirem-se inseguros: *Olha...com essa onda de ladrão agora, que anda por aí, eu fico meio assustado com esse negócio de ladrão. Aqui, esses velhinhos aqui...tudo recebe uma parte da aposentadoria deles, todo mundo aí é aposentado! Então, a presidenta dá R$ 150,05 reais para todos os aposentados [e os 70 % da aposentadoria fica com a instituição]. Quem quer gasta, gasta! Quem não gasta guarda! [A grande preocupação e medo é quanto à segurança que:] Não tem guarda na portaria, não tem guarda à noite!!! (R2)*

E outro residente relata que a instituição filantrópica não é confortável: *Aqui, eles...vivem mais é de doações mesmo, né...se bem que a gente paga também, e não é tão pouco assim, pelo desconforto que a gente tem! (R11)*

Em opinião contrária, um residente da instituição mista menciona que a instituição é um local que: *É seguro! É confortável! (R12)*

Ao comparar a instituição mista com a filantrópica, a mista é uma instituição maior e possui diferentes ambientes e observou-se que é mais confortável do que a filantrópica que possuí menos recursos econômicos e humanos que a mista. Assim, não há depoimentos de outros entrevistados além dos mencionados pelos residentes.

Tanto a moradia como o local onde se mora precisam ser seguros para a pessoa estar bem protegida e estimular a vontade da pessoa de sair à rua. Desta maneira, promove-se a manutenção da independência e da saúde física, como favorece a integração social e o bem-estar emocional (WHO, 2007b). Assim, uma ILPI também pode promover um ambiente protegido e confortável.

5.1.2 Acessibilidade

De acordo com a RDC nº 283 (ANVISA, 2005) para uma instituição de longa permanência receber autorização de funcionamento deve, entre as várias regras, "implementar os padrões definidos pelas normas brasileiras de acessibilidade da Associação Brasileira de Normas Técnicas – ABNT, NBR–9050, nos aspectos de salubridade, adequação ambiental e acessibilidade arquitetônica e urbanística às edificações e instalações."

O termo acessibilidade pode ser definido como: "possibilidade e condição de alcance, percepção e entendimento para a utilização com segurança e autonomia de edificações, espaço, mobiliário, equipamento urbano e elementos" (ABNT, 2004). Assim, uma ILPI deve oferecer estrutura física, mobiliário, espaços e equipamentos adequados de forma a serem acessíveis. Considera-se um espaço acessível aquele espaço que "pode ser percebido e utilizado em sua totalidade por todas as pessoas, inclusive aquelas com mobilidade reduzida" (ABNT, 2004).

O terreno da edificação de ILPI "deve ser preferencialmente plano e, se inclinado, dotado de rampas para vencer os desníveis" (ANVISA, 2005). Considera-se rampa, a inclinação da superfície de piso, longitudinal ao sentido de caminhamento, ou seja, aquelas com declividade igual ou superior a 5% (ABNT, 2004).

Como o terreno da instituição filantrópica é inclinado foi necessária a construção de rampas. Assim, esta instituição possui duas rampas com corrimão como acesso de passagem do nível inferior para o pavimento superior onde estão localizados outros dormitórios, o refeitório, o posto de enfermagem, salas de consultas, sala de fisioterapia, sala de estar, sala de bazar, salas da diretória, secretaria, sanitários, recepção. Entretanto, observou-se que uma das rampas possui uma inclinação que exige certo esforço físico e parece dificultar a locomoção das pessoas. Assim, para alguns residentes da instituição filantrópica, às vezes, é difícil a utilização da rampa, por sua inclinação mais acentuada: *Essa rampa aí é meio perigosa... ainda mais para quem não é jovem! (R4) É lógico que é cansativo para muita gente, né. Muito difícil para certas pessoas que têm problemas nas pernas que anda de muleta, que anda de andador, é difícil! (R5)*

Outra questão relacionada à acessibilidade foi manifestada pelo residente da instituição filantrópica sobre a altura da torneira e da pia dos banheiros considerada baixa o que dificulta o seu uso diário. Além disso, observou-se que a mesa do refeitório é de concreto, fixo no chão, comprido, e o seu banco é de concreto, fixo no chão, longo, sem encosto para as costas e sem apoio na lateral para os braços. Essa condição parece ser desconfortável e insegura para os idosos, pois se verifica que há risco de ocorrência de quedas. Assim como o banco do refeitório foi considerado alto dificultando a segurança e conforto do residente. A seguir, um residente relata que a instituição filantrópica não procura saber das dificuldades dos idosos quanto ao uso da pia, e o desconforto de se ter um banco alto e apresenta algumas sugestões: *[A instituição não pede sugestões], não perguntam [das nossas dificuldades]. Minha sugestão é arrumar torneira das três pias do banheiro, deveria ser mais alta para facilitar para escovar os dentes, a dentadura, lavar o rosto. [E o] banco [do refeitório é] muito alto precisava ser mais baixo [para sentar com conforto e segurança]. (R9)*

A partir desse depoimento, verifica-se a necessidade de acessibilidade em alguns pontos da instituição filantrópica como relatado acima. Porém, cabe mencionar que foi observada a instalação de suporte de apoio nas rampas e nas áreas externas ao longo do jardim em torno da edificação da instituição filantrópica.

A instituição mista possui uma infraestrutura física maior quando comparada com a filantrópica, assim possui muitos corredores em seus diferentes pavilhões e há várias áreas externas. Um aspecto positivo quanto à acessibilidade é a instalação de suporte de apoio espalhados pela instituição mista, nos corredores e nos ambientes externos, como revela o depoimento de um residente: *Tem suporte...[em] tudo. É um ferro. Tem ferro tudo pra quanto é lado, aqui dentro e pra fora. (R15)*

Para o bem-estar e segurança dos idosos é necessária a instalação de suportes de apoio no ambiente institucional, mas é preciso que os suportes de apoio sejam adequados e posicionados de forma apropriada, e preferencialmente, devem ser em cores contrastantes com a parede para fácil e rápida identificação e uso (ANVISA, 2005).

Observou-se que na instituição mista há mais residentes cadeirantes que na

instituição filantrópica e por sua dificuldade de mobilidade necessitam de ambientes acessíveis. Assim, alguns aspectos negativos foram mencionados por um familiar da instituição mista quanto à disposição do suporte de apoio no banheiro e o seu pequeno espaço que dificulta a manobra do cadeirante quando há necessidade de entrar e sair do banheiro: *Tem algumas ressalvazinhas, por exemplo, o acesso dele [residente] ao banheiro. As portas são largas, ele está na cadeira de rodas. Na entrada tem a porta, entra e tem, por exemplo, tem aquele apoio, aquele suporte para os idosos poderem sentar-se ao vaso [sanitário]. Esse suporte é um pouquinho largo em relação à porta, ou seja, ele está para fora, do batente da porta. Significa que ele [cadeirante] tem que tomar cuidado! Ele vive batendo, né, sai para um lado, sai para outro! E aí, ele tem que sair de marcha ré! E quando ele sai de marcha ré, ele não enxerga a porta, evidentemente. Então, vem batendo! Vira e mexe, ele está com as mãos, aí, machucadas por conta disso. A porta é larga, a cadeira, entra direitinho. Mas é logico que tem a cama. Enfim, dá sim para melhorar um pouquinho. Sinceramente, eles [da instituição] têm que perceber [o que está acontecendo e tomar providências], né, que ele está toda hora batido aqui [os machucados das mãos]. (F9)*

Essas observações de um familiar revelam a situação de idoso cadeirante que não consegue realizar uma atividade diária com tranquilidade e segurança dificultando sua autonomia e independência. E apontam o descontentamento do familiar pela falta de cuidado e atenção ao idoso por parte da instituição mista.

Nessa situação, a ILPI deve possibilitar espaços adequados para os residentes cadeirantes obedecendo às áreas de manobra, de transferência e de aproximação para as peças conforme a NBR 9050/ABNT que indicam, por exemplo, as medidas necessárias para a manobra de cadeira de rodas sem deslocamento:

a) para rotação de 90° = 1,20 m x 1,20 m;

b) para rotação de 180° = 1,50 m x 1,20 m;

c) para rotação de 360° = diâmetro de 1,50 m (ANVISA, 2005; ABNT, 2004).

Observou-se que a instituição filantrópica apresenta-se com algumas áreas inadequadas quanto ao piso. Esta instituição possui diferentes níveis de piso conforme o lugar, por exemplo, há um pequeno desnível entre a entrada do

dormitório masculino e a área de convivência na qual um residente tropeçou e caiu. Na área externa há desníveis no calçamento. O piso no interior do dormitório é de paviflex, um tipo de emborrachado de cor cinzenta, considerado por alguns idosos como não escorregadio: *O piso do quarto é Paviflex! (R2) É bom, não escorrega porque é emborrachado (R11).*

Entretanto, na opinião de outro residente, quando esse piso está molhado torna-se escorregadio: *Eu acho assim...esse chão nosso aí, nos quartos [escorrega]. Quando escorreguei, cai sentada. E cai muita gente [residente] porque se pingou água, escorrega, não adianta. (R1)*

Quanto à pavimentação externa do pavilhão da instituição filantrópica um familiar relata que está ruim, é irregular o que dificulta a caminhada segura dos idosos pela instituição com possibilidades de acidentes: *O calçamento, alguns estão bons outros já nem tanto... Estávamos no brechó [pavimento inferior] e ao subir vimos umas rachaduras...se abrir mais um pouco os velhinhos vão dar trumbicada à doidado...[e cair] (F3)*

Para facilitar a circulação das pessoas são necessárias condições adequadas quanto ao piso. Segundo a ABNT (2004) o piso deve "ter superfície regular, firme, estável e antiderrapante sob qualquer condição, que não provoque trepidação em dispositivos com rodas (cadeiras de rodas)". "Admite-se inclinação transversal da superfície até 2% para pisos internos e 3% para pisos externos e inclinação longitudinal máxima de 5%." Além disso, recomenda-se uma superfície com padronagem uniforme para propiciar a sensação de segurança. Quanto aos desníveis de qualquer natureza, estes "devem ser evitados em rotas acessíveis". Os eventuais desníveis no "piso de até 5 mm não demandam tratamento especial. Desníveis superiores a 5 mm até 15 mm devem ser tratados em forma de rampa, com inclinação máxima de 1:2 (50%). Desníveis superiores a 15 mm devem ser considerados como degraus" (ABNT, 2004).

Um residente relata a sua queda ao descer pelos degraus na entrada da instituição filantrópica e que informou os representantes da instituição desse acidente sugerindo providências para a melhoria dessa passagem: *Olha! Lá na frente, na entrada [da instituição tem seis degraus e a calçada da rua], eu já cai! Eu falei para*

elas [representantes da instituição]: Olha...vocês mandam coloca um piso antiderrapante aqui porque o meu tombo foi feio! Eu tive sorte, cai e não quebrei nada. Mas, tem gente aqui [da instituição] que já quebrou fêmur, quebrou parte da perna, quebrou não sei o que? Você está entendendo? (R5)

Quanto à área externa em torno da edificação central da instituição mista, o piso é pavimentado, entretanto, observou-se que há muitos desníveis, buracos, rachaduras, não sendo uma área adequada para se promover uma caminhada segura dos residentes e dos cadeirantes. Assim, um residente relata que: d*everia plainar tudo, para eles (cadeirantes) passearem. Esse dinheiro que paga gasolina (para passeios), faz isso. Não sai muito [caro]. E entra dinheiro [na instituição mista]!! Aqui o que está faltando... Eu gostaria que tapasse esses buracos, eu já cai, aí [na área pavimentada]! E isso eles [instituição] deviam ver, viu! Está muito buraquento.... Isso é perigoso, tem gente de bengala. É muito perigoso cair. ...e com isso não dá! (R15)*

Outro residente da mista informa que o piso é escorregadio e que sofreu um acidente de queda no próprio quarto da instituição mista: *Eu caí no quarto, escorreguei por causa do piso, o piso não é antiderrapante! Foi durante o dia, que até tinha vindo umas visitas minhas (R19)*

Portanto, verifica-se que para evitar acidentes de quedas e possíveis fraturas é necessário que o piso interno e externo das duas instituições seja antiderrapante, uniforme e trajetos sem obstáculos para o deslocamento acessível dos residentes, principalmente, para aqueles com dificuldades de locomoção que utilizam como apoio a bengala, ou o andador, ou a cadeira de rodas (ABNT, 2004; ANVISA, 2005; WHO, 2007c).

Ao desenvolver ambientes específicos para idosos é essencial ter o conhecimento sobre as possíveis alterações no processo de envelhecimento que podem interferir na capacidade dos idosos em responder e interagir no espaço onde mora, tais como, redução da acuidade visual que dificulta enxergar os detalhes, discriminar cantos, sombras e contrastes, e com isso dificulta perceber os degraus, podendo ocorrer à desorientação em ambientes com monotonia de cores (PERRACINI, 2006).

Cabe ressaltar que nas duas ILPI não havia atenção necessária quanto à

diferenciação de piso, apropriado para as pessoas com deficiências visuais. Segundo as normas de acessibilidade da ABNT (2004) é necessário permitir o livre acesso e seguro das pessoas circularem pelos ambientes. Para tanto é necessário instalar, por exemplo, um piso tátil "caracterizado pela diferenciação de textura em relação ao piso adjacente, destinado a constituir alerta ou linha guia, perceptível por pessoas com deficiência visual" ABNT (2004). Assim, a ILPI deve dispor de facilidades de acessos e deslocamentos pela instituição, principalmente, para aquelas pessoas com alguma restrição especial e que favoreça uma vida diária de forma mais independente.

Circulação externa é definida como um "espaço coberto ou descoberto, situado fora dos limites de uma edificação, destinado à circulação de pedestres" (ABNT, 2004). No terreno de edificação de ILPI "devem ser previstas áreas verdes (com caminhos e bancos), solarium, locais para jardinagem e outras atividades ao ar livre, sendo que referidas áreas devem ser adequadas ao terreno disponível para a instalação da instituição" (ANVISA, 2005).

Cabe mencionar que embora as duas ILPI possuam espaços abertos ao ar livre para o passeio, a caminhada leve, observou-se que poucos são os residentes que realizam essa atividade física ou aproveitam para sentar nos bancos ao redor das instituições. A maioria dos residentes da filantrópica fica sentada nas poltronas, cadeiras e na instituição mista, a maioria fica no próprio quarto ou na sala de televisão. Os residentes da instituição mista que são semi-dependentes e aqueles que estão na cadeira de rodas são conduzidos pelos cuidadores para a sala de televisão, onde permanecem na maior parte do tempo entre as refeições. Provavelmente por falta de funcionários, que estão atarefados, nem sempre podem levar os residentes para passear ao ar livre.

Alguns residentes da filantrópica relatam que existem bancos ao ar livre, entretanto, pouco utilizado pelas pessoas, devido à falta de limpeza nesses bancos e à presença de pernilongos: *...tem banco aí [na instituição] pra caramba! Eles [residentes] podem deitar debaixo daquele jardim, tem banco! (R2)*

Por aí [ao redor da instituição têm bancos], eu não sento. Porque, lá ninguém limpa! E ai, também tem muito pernilongo, né! (R11)

Segundo um familiar o espaço ao ar livre da instituição filantrópica é bom, principalmente, para os idosos independentes: *Tá bom...o espaço que tem para o pessoal. Para a pessoa que é independente que pode andar, nem precisa sair na rua! (F1)*

Comparando a instituição mista com a filantrópica, a mista foi construída em terreno plano, possui mais espaços ao ar livre, há mais bancos em diferentes áreas e mais pessoas que se sentam nesses bancos. Entretanto, não há depoimentos de residente ou de familiar da mista a esse respeito.

Uma ILPI também precisa ser acessível quanto à localização, pois a RDC nº 283 estabelece que a instituição deve atender às seguintes exigências: "estar localizada dentro da malha urbana, com facilidade de acesso por transporte coletivo e, preferencialmente, estar próxima à rede de saúde, comércio e demais serviços da vida da cidade (posto médico, hospitais, supermercado, farmácia, padaria, centros culturais, cinemas, etc.), favorecendo a integração do idoso, independente e mesmo dependente, à comunidade do entorno" (ANVISA, 2005), e evitar o isolamento (WHO, 2002a).

Em relação a essa norma, a instituição mista está localizada entre grandes avenidas muito movimentadas, com fácil acesso aos serviços, ao comercio, ao lazer e ao transporte público, entretanto, a instituição filantrópica está localizada numa área residencial distante de serviços, comércio, equipamentos de lazer. Além disso, não há transporte público, sendo necessário para os residentes (autorizados a saírem sozinhos), os funcionários e os visitantes percorrerem uma grande distância a pé, de trinta a quarenta minutos, dependendo das condições físicas e de saúde. Além disso, observou-se que há alagamentos no trajeto em dias de chuva. Cabe ressaltar que é considerada pelas pessoas, que precisam circular por esse local, uma área perigosa devido a pouca circulação de pessoas, tendo sido relatado por funcionários e pedestres a ocorrência de assaltos e violências físicas e sexuais na região. Assim, há uma grande insatisfação quanto à falta de transporte coletivo público e segurança. A ausência de acesso ao transporte público dificulta a vida diária dos trabalhadores e para as pessoas idosas.

Um residente relata que falta transporte público e fica distante da instituição

filantrópica um local para pegar ônibus: *Precisaria, a distância aqui é muito longe para a gente pegar transporte. (R5)*

Um familiar confirma que há falta de transporte coletivo nas redondezas da instituição filantrópica: *...transporte aqui é meio complicado, venho a pé porque não tem condução. Os próprios moradores aqui não deixam, bairro de rico, né, não querem condução, não interessa colocar condução.... O funcionário que não tem carro também vem a pé, tem o pessoal que sai à noite....é perigoso! (F1)*

Vale mencionar que segundo as representantes da instituição filantrópica não há transporte publico no local da instituição filantrópica, por ser área residencial considerada nobre e os seus moradores não querem a circulação de transporte coletivo porque acreditam que facilitaria a circulação de pessoas estranhas, a ocorrência de assaltos, entre outros. Entretanto, para os trabalhadores, os residentes da ILPI e os trabalhadores domésticos da vizinhança ficam expostos à violência urbana e necessitam de muito tempo caminhado.

A existência de transporte público acessível, barato, com frequência regular possibilita as pessoas se deslocarem pela cidade o que determina a participação cívica e social e o acesso a serviços comunitários e de saúde, assim como influencia o envelhecimento ativo (WHO, 2007b). Portanto, o serviço de transporte público deve estar disponível em todas as áreas da cidade, inclusive na área onde se localiza a instituição filantrópica para que os residentes, funcionários e visitantes que necessitam desse serviço possam se deslocar com segurança e conforto e, que o transporte seja acessível a todos.

Neste tópico foram apresentados alguns aspectos de acessibilidade, conforto térmico e segurança que podem ser relacionadas às barreiras apresentadas pelos participantes do guia cidade amiga, tais como: os pisos e as escadas não são nivelados; as portas e os corredores são estreitos; a disposição dos cômodos da moradia impede a mobilidade; as cozinhas, os banheiros e os lavabos não projetados para os idosos; os ambientes não são equipados para as mudanças e condições climáticas locais; há menor segurança no ambiente onde se mora. Essas informações revelam as dificuldades para se proporcionar um local propício para o

envelhecimento ativo (WHO, 2007b).

Ao comparar com algumas das barreiras nas ILPI mencionadas pelos participantes deste estudo verificam-se alguns pontos em comum como: os pisos não são nivelados; a inclinação da rampa que dificulta a mobilidade; os lavabos não estão em altura adequada, os ambientes não são equipados para as mudanças climáticas; há menor segurança no local onde se mora. Logo, as barreiras mencionadas como aspectos negativos nas moradias particulares também podem ser encontradas nas moradias coletivas e podem ser modificadas pelas instituições, pela comunidade e pelas autoridades municipais para se desenvolver ambientes saudáveis.

Dessa forma, busca-se aperfeiçoar as edificações e os espaços abertos para possibilitar a mobilidade, a independência, a segurança e a qualidade de vida das pessoas que estão envelhecendo, favorecendo assim o envelhecer no próprio lugar onde se vive (WHO, 2007b). Assim, uma adequada moradia coletiva é também fundamental para o bem-estar e para o envelhecimento ativo dos residentes que vivem em ILPI.

Outro aspecto que vale observar se refere ao Estatuto do idoso (BRASIL, 2003) Art. 50 parágrafo VII estabelece que a ILPI "ofereça acomodações apropriadas para o recebimento de visitas". Por conseguinte, pode-se desenvolver um ambiente adequado, confortável e com privacidade para os residentes e suas visitas.

Assim, foram apresentados os principais assuntos abordados neste tópico de estrutura física e acessibilidade para ILPI. Vale ainda mencionar que segundo PERRACINI (2006) ambiente pode ser definido como um conjunto de atributos físicos, sensoriais, cognitivos, afetivos, espirituais, climáticos e funcionais que circundam a pessoa no seu cotidiano. E tem um papel fundamental na qualidade de vida e no bem-estar das pessoas. Desta maneira, as condições ambientais de uma ILPI podem influenciar na capacidade funcional, na auto-eficácia e autoestima dos idosos residentes. Portanto, para se promover o envelhecimento ativo são necessários ambientes físicos que sejam adequados à idade, às necessidades e possibilitem a manutenção da autonomia e independência por mais tempo possível (WHO, 2002a).

5.2 RESPEITO E INCLUSÃO SOCIAL

Ao se refletir sobre o tema respeito pode-se inferir que é um aspecto relacionado ao apreço, à atenção e à consideração entre os sujeitos. O comportamento de respeito pelo outro mostra ser essencial para a harmonia e o bem-estar das pessoas (ERBOLATO, 2006). Dessa maneira, apresenta-se a seguir uma ideia de ambiente institucional, de como um ambiente onde as pessoas vivem pode ou não influenciar as situações de convívio e os relacionamentos entre as pessoas.

Inicialmente, é preciso entender que o contexto social pode ser caracterizado como: a presença de pessoas, as atividades de interação entre as pessoas e as características ambientais. E num determinado contexto social existe diferentes aspectos que regem a vida das pessoas, tais como as regras, os papeis sociais e as normas sociais. Assim, existem as regras que são as diretrizes comportamentais para determinado ambiente, por exemplo, uma sinalização visual: "Não Fume", é considerada uma regra declarada. Outro aspecto no contexto social é o papel social considerado como um padrão de comportamento social definido do que se espera de uma pessoa quando ela está atuando em um determinado ambiente (papel de professor, papel de médico) que orienta as interações sociais entre as pessoas que podem ser positivas ou negativas. Por fim, as normas sociais que são entendidas como expectativas específicas de atitudes e comportamentos socialmente adequados, isto é, no modo de como se deve agir pelos membros de um grupo e que regula as interações sociais (GERRIG e ZIMBARDO, 2007).

A partir disso, pode-se fazer uma analogia com o contexto social de um ambiente de ILPI na qual existem diversas regras, papeis e normas sociais. Assim, por exemplo, existem as regras que são: adequadas para a instalação e o funcionamento da instituição, para o atendimento integral dos seus residentes, para a boa convivência entre as pessoas, entre outras. Outro aspecto, são os papeis sociais dentro da instituição do que se espera do outro: como a forma do enfermeiro cuidar do idoso, a maneira da assistente social promover a harmonia e a integração social, o modo do médico tratar do idoso residente com respeito e competência. Na instituição, também são desenvolvidas as normas sociais na qual existem

expectativas de atitudes e comportamentos esperados entre as pessoas, entre a instituição e os seus residentes e trabalhadores, e vice-versa. Deste modo, ao refletir sobre o contexto social das ILPI percebe-se que o morador recebe e passa por diferentes tensões que podem influenciar na qualidade do envelhecimento.

BESSA e SILVA (2008) investigaram a adaptação de nove idosas abrigadas em ILPI filantrópica de natureza religiosa. Para algumas idosas a "adaptação" à vida em uma ILPI significa a reorganização do cotidiano de forma positiva. Ao adentrar na instituição a idosa em boas condições de saúde pode ajudar nas tarefas rotineiras de: varrer, lavar roupa, arrumar o ambiente, e essas atividades domésticas provocam a sensação de ser produtiva e acolhida pela instituição. Por outro lado, outras idosas referem um grande impacto na vida delas por ter tido a necessidade de morar na instituição, devido à perda de familiares, por estarem sem trabalho e doentes. Nesse caso, o processo adaptativo sucede com maior resistência e muita tristeza, as idosas relatam não estarem bem adaptadas na instituição, mas conformadas por ser a única alternativa para se viver nesta fase da vida.

Para compreender essas observações, GOFFMAN (1961) retrata o mundo das instituições totais que são locais de moradia e de trabalho, muito dos aspectos parecem caracterizar as instituições que abrigam os idosos, como a rotina diária de horários das refeições e atividades, leitos nomeados aos internos, as normas e os regulamentos da instituição, entre outras. O autor ainda revela que nessas instituições totais os seus internados logo que admitidos são marcados pela "mortificação do eu", pelas perdas de seus papeis sociais anteriores, na qual passam a ter a liberdade controlada, as roupas identificadas, seus bens pessoais guardados, seus armários e pertences vistoriados regularmente, suas maneiras e condutas constantemente observadas e julgadas.

A realidade apresentada das instituições totais por GOFFMAN (1961) do século passado parece ser semelhante à realidade das instituições do início do século XXI, isso faz refletir como as pessoas residentes em ILPI vivem nesses ambientes e como estas instituições podem propiciar um envelhecimento ativo. Assim, identificar a forma como os idosos vivem, suas experiências positivas e negativas, na vida diária auxiliam a promover o respeito e a inclusão social (WHO, 2002a).

Para melhor compreensão do aspecto respeito e inclusão social nas relações

sociais e convivência interpessoal em instituição para idosos desenvolveu-se o tópico de respeito e inclusão social para ILPI constituído de questões abertas sobre as experiências negativas e positivas e ideias de melhorias vinculadas: à inclusão social das pessoas idosas na instituição e na comunidade; e ao respeito – atitude, atenção, ajuda, respeito às necessidades, atividades intergeracionais, em Anexo 1.

Neste estudo, a partir das informações dos representantes das ILPI e as observações foi possível verificar que a instituição filantrópica possui um grupo homogêneo de residentes quanto às condições econômicas, sociais, culturais, educacionais. A instituição mista, entretanto abriga um grupo de residentes socialmente heterogêneos. Embora sejam grupos diferentes, há similaridades, pois tanto na instituição filantrópica como na mista, a convivência diária é complexa.

Na opinião dos residentes das instituições é difícil viver nesses ambientes, pois cada pessoa tem sua forma de ser, de aceitar a situação e com isso podem ocorrer discórdias. A seguir alguns residentes da filantrópica revelam algumas situações no contexto de ambiente coletivo institucional, onde há muitas pessoas vivendo juntas: *..aqui [pavilhão feminino] é uma brigalhada daquelas! Que sai cada palavrão... Uma não quer a luz acessa, a outra não quer a janela aberta, a outra quer que feche a janela, a outra quer que apague a luz, a outra não quer... Tem uma [idosa] ali... que ela é danada, que ela quer o banheiro, só para ela! Não quer que ninguém entre. E isso não pode, né? E aí, briga, briga de acertar uma bengalada na outra, falar palavrão feio. Aqui ...é um negócio!! E isso é ruim, né? (R10)*

O pessoal daqui, eles [residentes] não vivem muito legal, não... Eles [residentes] tratam bem o pessoal de fora [visitantes]. Mas, quem mora aqui, sempre sai quebra-pau aí, principalmente, quando é televisão. Se o nego está assistindo a televisão e foi lá e mudar de canal, o outro [residente] já levanta e cobre o outro no tapa. E.. .dá confusão! Dá briga! Então, se um está assistindo... tem que esperar aquele assistir até o fim o que ele está assistindo, se ele quiser assistir outra coisa, esperar o outro assistir. (R2)

O familiar da instituição filantrópica percebe que, às vezes, existe certa desarmonia entre os residentes e que já presenciou uma discussão por causa de pertence pessoal: *Eles [residentes] eh...tem aquela rixinha, sabe: Ah, porque pegou o meu [pertence]. Outro dia elas estavam... discutindo por causa de isqueiro, né. Uma*

pegou [da outra]... Então, acho que tem essas intriguinhas, entre elas, né! (F2)

Na instituição mista também ocorrem situações de discórdias entre as pessoas, como mencionam alguns residentes: *X é ordinário, eu falo na cara dele [residente]. Tudo ele fala em sexo. A gente faz [atividade de] colar aí [no refeitório da instituição]. Já taquei colar... contas na cara dele! Ele falou pra professora: esse tem o buraco grande, eu gosto de buraco apertado que entra gostoso. Ele é sem vergonha mesmo! É gigolô, é desbocado! (R15)*

No [pavilhão] central ...é muita briga. A mulherada briga uma com a outra por nada, e estão [sempre] brigando...(R14)

Assim também um familiar da instituição mista relata as dificuldades de harmonia entre as pessoas: *Tem alguns internos que não são tão bonzinhos, né! (F7)*

Na opinião do funcionário da ILPI mista que cuida de idosos acredita que parecem existir boas relações sociais entre os residentes. Entretanto, por diferentes motivos pessoais, personalidades, crenças, valores, culturas, etnias podem ocorrer discórdias, brigas. E nessa situação se verifica o não respeito entre as pessoas: *Eu acredito que eles [residentes].. têm contato [relação social entre eles]. Mas, sempre tem aquele [residente] que gosta de brigar, né... que um não vai com a cara do outro...[C]*

Mais ainda, cabe mencionar que além de algumas dificuldades diárias entre os residentes sem demência, na instituição mista os residentes sem demência convivem com residentes portadores de demência e surgem conflitos e estresse para as pessoas, que se sentem desrespeitadas como revela o depoimento de um residente: *Aqui, o errado aqui, é que eles misturam as pessoas, com a mente sã, com as doentes. E isso é uma coisa muito... ruim! Elas brigam! Elas são bravas! Elas ficam nervosas! ...Elas batem!!! (R18)*

O envelhecimento envolve várias transformações e dentre estas, as vivências de afetividade, de intimidade, de reciprocidade que podem conduzir a convivências positivas ou negativas. Observa-se assim que num contexto social de ambiente institucional há uma variedade de pessoas com sua forma de pensar e agir, desse modo, as relações sociais são dinâmicas e podem surgir situações inesperadas, situações harmoniosas ou conflitantes. Em geral, dependendo da qualidade e

intensidade dos elos afetivos e sociais podem existir relações de afinidades e simpatias, ou de antipatias e hostilidades (ERBOLATO, 2006; MONTEIRO, 2006).

As ILPI são espaços onde há diferentes pessoas convivendo no mesmo ambiente, e cada pessoa tem sua forma de ser, de pensar e com suas experiências de vida sendo necessário encontrar meios para lidar com as pessoas para se viver bem. Assim, alguns residentes da filantrópica relatam que é necessário ter respeito mútuo entre as pessoas, pois cada pessoa tem sua individualidade, suas características próprias que precisam ser respeitadas, mas que ao mesmo tempo é preciso suportar muitas coisas para conviver bem com as outras: *Uns é um, outros é outro... Um tem que respeitar o outro! A pessoa tem que saber se comportar para viver bem. (R7)*
Não é fácil, não, viver aqui! Porque a gente convive com pessoas com vários tipos de educação, entende? ...Eu me dou bem com todos, né. Mas é assim, a gente tem que supoortar...muitas coisas!! E a gente para não perder a amizade e para viver em paz, suporta!! (R11)

Assim também relatam alguns residentes da mista que quando preciso se defendem para ser respeitados ou que preferem ficar observando e manter certo distanciamento de algumas relações: *Eles [residentes] me respeita. Eles brincam [fazem gracinhas], mas com respeito! Que eu vou brincando, quando vejo que não está certo, [quando sinto que não sou respeitada] eu desço o cacete!! E caio fora! (R15) Eu não tenho assim inimizade. Só que eu...fico na minha, fico observando primeiro...quando eu não conheço a pessoa, eu evito. Tem certas pessoas que a gente nem deve dar confiança. É [preciso] manter distância para a gente viver bem! (R18)*

Diante disso, em relações sociais, situações conflitantes e formas de enfrentar, GOFFMAN (1961) esclarece que o residente em instituição total pode renunciar a certos níveis de sociabilidade com seus companheiros para evitar possíveis problemas nesse espaço restrito com diferentes tipos de pessoas. Talvez em determinadas situações ocorra um comportamento em benefício próprio como uma reação às influências de se morar em ambiente fechado. O idoso que mora em ILPI e com menor convívio de seus elos familiares pode ter a tendência de interessar-se mais por si próprio, pois suas respostas emocionais e a capacidade de compreensão diminuem. E nessa situação pode se propiciar um menor interesse por outras pessoas acarretando o isolamento e menor interação social (BESSA e SILVA, 2008).

Entende-se então, que a ILPI é um espaço de moradia coletiva que proporciona relações entre diferentes pessoas na qual se desenvolve um tipo de "situação social", ou seja, um tipo de tensão, uma força peculiar que pode afetar a vida das pessoas. Essa tensão pode exigir da pessoa certa adaptação em relação a sua personalidade, a sua aprendizagem anterior, de forma a repensar nas crenças e nos valores e na maneira de conviver. Essa necessidade de se adaptar às situações influência no comportamento individual e, portanto, influencia nas relações da coletividade (GERRIG e ZIMBARDO, 2007).

Nesse sentido, o contexto social e a capacidade de interagir socialmente parecem influenciar na vida das pessoas. A partir dessa premissa, CARNEIRO et al. (2007) consideram que a habilidade social pode ser entendida como uma descrição das características do repertório do indivíduo de suas diferentes classes de comportamentos sociais para selecionar informações relevantes e lidar de maneira adequada no contexto interpessoal, como a habilidade de comunicação, de civilidade, de empatia, entre outras.

Esses autores investigaram as relações entre as habilidades sociais, o apoio social, a qualidade de vida e a depressão em três grupos sociais distintos. Um grupo de 30 idosos engajados em atividades sociais que possui rede de apoio social, outro grupo de 30 idosos residentes na comunidade com apoio do seu contexto familiar e o grupo de 15 idosos que vivem em ILPI. Os instrumentos utilizados foram o Inventário de Habilidades Sociais, a Medida de Apoio Social, o WHOQOL-Abreviado e a Escala de Depressão em Geriatria (CARNEIRO et al., 2007).

Ao comparar esses três grupos, observou-se que o grupo de idosos residentes em ILPI apresentou um maior comprometimento no repertório de habilidades sociais. Por exemplo, em uma situação de conflito de interesse ocorre uma maior dificuldade do idoso para solicitar alguma coisa; ou mesmo para lidar com pessoas de atitudes grosseiras. Provavelmente, por viver mais isolado em ILPI, essa condição possa influenciar no senso de autoestima e auto-eficácia, ou pela menor comunicação entre os residentes ou devido às relações conflitivas e restritivas (CARNEIRO et al., 2007).

É preciso observar que nesse estudo os idosos residentes em ILPI apresentam uma situação diferente dos outros grupos de idosos. Assim, esse grupo de idosos

residentes em ILPI apresenta uma menor rede de apoio social, com carência de apoio afetivo, emocional e de interação social positiva. Ademais, verificou-se uma maior percentagem de idosos com depressão e, uma situação de pior qualidade de vida. Tais resultados mostraram que o grupo de idosos com rede de apoio social e o grupo de idosos residentes em seus lares apresentam níveis mais elevados de habilidades sociais, de apoio social, e de qualidade de vida quando comparados com o grupo de idosos residentes em ILPI, verificando assim a importância do apoio social e do componente de habilidades sociais que podem influenciar na qualidade de vida dos idosos (CARNEIRO et al., 2007).

As instituições, filantrópica e mista, apresentam algumas dificuldades que podem ser entendidas a partir de alguns relatos dos residentes deste estudo sobre suas opiniões e necessidades de atenção, companhia, carinho, afeto, apoio social, maior integração entre as pessoas, de reconhecer as diferenças e a manutenção da integridade pessoal. Assim, um residente da instituição mista sugere situações que promovam o bem-estar por meio de maior convivência com as pessoas que facilitem o contato entre as pessoas, pois em outro relato a pessoa se sente solitária, apesar de morar com tantas outras: *Ter mais contato, né, com as pessoas. Assim, [por exemplo] promover mais cursos que desperta o interesse da pessoa. Quer dizer, faz mais... convivência [com as pessoas]. (R17)*

Talvez as outras pessoas muito idosas, as pessoas que vivem aqui, em sua maioria, eles [residentes] não podem andar...precisam da cadeira de rodas. Eu encontro com eles, mas eles não podem falar. Eles não sorriem, alguns sorriem [risos]... Eu acho que eu moro com muitas pessoas, mas eu me sinto solitária, só! (R20)

Bem como, um residente da instituição filantrópica expressa um pedido de ajuda, uma necessidade de apoio afetivo e a valorização da pessoa idosa para que esta não morra de solidão, de angústia: *Eu acho que precisaria de um tipo de propaganda, sabe...para que as pessoas de fora, se voluntariasse a vir a ter contato com os idosos, [dar] mais aconchego!! Ah...eles [residentes]iam gostar, né, para bater papo. Porque, vindo pessoas de fora conversar, teria muito mais alegria do*

que tristeza. Então, eles [residentes] ririam mais, iriam dormir mais contentes, com a alma mais lavada, você entende? E você sabe que o idoso morre de depressão!! O idoso morre de solidão, o idoso morre de angústia! E quando ele fica muito sozinho, ele piora mesmo! [A pessoa idosa precisa de companhia!] (R5)

Diante desse contexto, segundo a proposta de envelhecimento ativo (WHO, 2002a) é necessário promover o apoio social eficaz e efetivo para as pessoas idosas, principalmente, para aquelas com maior vulnerabilidade, pois um apoio social inadequado pode estar vinculado a um aumento na mortalidade, na morbidade e no surgimento de problemas psicológicos, como também a uma diminuição na saúde e bem-estar geral.

Assim, RAMOS (2002) esclarece que o declínio da saúde física e mental dos idosos pode ser causado tanto por um processo natural como também por uma falta ou pela qualidade de relações sociais e vice-versa. Ou seja, há uma relação de reciprocidade na relação entre saúde, doença, envelhecimento e relações sociais. Por isso é necessário promover relações sociais mais estáveis, de interações mais afetivas, com trocas balanceadas e a manutenção da independência nas relações. Possibilitando assim ao idoso participar como um sujeito ativo nas interações e manter-se saudável. Portanto, o apoio afetivo, emocional e social podem influenciar na qualidade de vida dos idosos (CARNEIRO et al., 2007).

Nesta perspectiva, uma equipe profissional de ILPI preparada adequadamente e atualizada pode promover a melhora na qualidade de vida de residentes por meios de conhecimentos e práticas sobre a velhice e o envelhecimento. Tanto que a RDC nº 283 estabelece a necessidade de um programa efetivo de educação continuada na área de gerontologia propiciada pela ILPI de maneira a habilitar e aprimorar tecnicamente os recursos humanos envolvidos na prestação de serviços aos idosos (ANVISA, 2005).

Em relação ao contato intergeracional que pode propiciar o respeito mútuo, observou-se que há muitas visitas de crianças na instituição filantrópica de diferentes idades conduzidas por escolas, principalmente, particulares. Essas crianças, em geral, entram em contato com as pessoas idosas que estão dispostas a dialogar, a participar

de entrevistas, a tirar fotos. Para algumas idosas é uma forma de socializar, de trocar afetos e consideram que essas visitas são interessantes para as crianças aprenderem sobre a velhice, o respeito, o que é uma instituição para idosos. Desse modo, essas visitas são consideradas por um residente da filantrópica importante para a criança conhecer a realidade do idoso, mas ao mesmo tempo, essas visitas cansam os idosos da instituição: *As crianças vem dá atenção. É bom para eles verem a realidade do que é respeitar a terceira idade, né! Então vem muita escola, vem de manhã os pequenininhos, mais tarde [vem outros jovens]...vem bastante [visita], aí [na instituição]. Eles..são umas gracinhas, trazem cartãozinho que desenharam, chocolatinho, e eles querem atenção, quer entrevistar. Então, fica um grupinho, eles fazendo perguntas e a gente [vai] respondendo, vem muita escola, muita... Pra mim, eu respondo [as perguntas das crianças] e já saio logo, vou para outro lugar... Pra mim não me atrapalha, mas têm umas aí [residentes que desabafam]: "porque todo dia tem muita coisa, a gente cansa, é barulho, é não sei o quê!! ..."(R1)*

Cabe mencionar que não se observou visitas, por exemplo, de escolas, empresas, entre outras, na instituição mista, e assim como não há relatos dos participantes da mista relacionados a esse tipo de visita.

Comparando com que acontece na instituição filantrópica, os participantes do guia cidade amiga expressaram que promover a educação das crianças desde cedo sobre os aspectos da velhice, envelhecimento favorece a compreensão do ciclo da vida, a valorização das pessoas idosas, e a se prepararem para o futuro, para tanto pode-se desenvolver programas que promovam a interação entre as gerações (WHO, 2007b).

Dessa maneira, a conscientização social quanto aos aspectos positivos e negativos relacionados à velhice e ao envelhecimento podem promover o respeito, a solidariedade, a integração social, e a interação intergeracional por meio de programas públicos, eventos sociais, e atividades intergeracionais acessíveis a todas as pessoas. Além disso, cabe mencionar, que para um melhor relacionamento entre as gerações é necessário favorecer um intercâmbio que seja contínuo entre as diferentes gerações formando os laços afetivos, a troca de experiências e o suporte social (WHO, 2007b).

De modo geral, a presença de familiar na vida do idoso residente auxilia o bem-estar e a qualidade de vida. Entretanto, poucas são as visitas de familiares/parentes aos seus idosos nas duas instituições. Os familiares da filantrópica quando visitam a instituição utilizam o tempo para ficarem com os seus idosos. E alguns quando possível também dão atenção para os outros. Cabe lembrar, que a instituição filantrópica recebe muitas visitas de empresas, de associações, de entidades religiosas, escolas, faculdades, entre outras. Assim, relata um residente: *As visitas que vem, elas sentam, conversam com a gente [residente], de domingo vem bastante visitas, mesmo que não é parente, sentam, conversam, visitam as pessoas, tem muita visita, aqui! (R1)*

Apesar de serem muitas visitas na instituição, não favorecem o estabelecimento de vínculos por serem pontuais.

Observou-se que a instituição mista recebe pouca visita de terceiros quando comparada com a filantrópica e também recebe pouca visita de familiares. Um residente da mista manifesta sua indignação quanto à situação da pessoa que trabalhou a vida inteira, cuidou dos filhos e depois por diferentes razões o idoso ingressa na ILPI, mas o familiar não visita seu idoso, não compreende bem a situação do idoso e não colabora: *A pessoa trabalha, trabalha, trabalha e vem [parar] aqui! ...a família joga [o idoso] aqui! E não aparece! Não visita!! ...Então, eles [idosos] têm, eles têm sentimentos! Eles querem ir embora! Eles pensam que vem aqui [na instituição], toma o remedinho e fica bom e vai voltar o que era. Mas não vai!! Então, a família deveria co la bo rar mais!!! (R15)*

Entre os depoimentos de familiares das duas instituições, estes mencionaram a importância das visitas e que percebem que poucos são os familiares que visitam os residentes e que as visitas pelos familiares são rápidas. A seguir um relato de familiar da instituição filantrópica: *Eu vejo poucas visitas. Eu vejo poucos [familiares] dos outros abrigados, né! De vez em quando eu vejo um ou outro, mas é bem...bem raro, são mais o pessoal voluntário que vem aqui, né! (F2)*

Os familiares da mista também mencionam que: *A família é importante, eu acho. Parece que tem uns [residentes] que a família some!! (F7)*

[Os idosos mais dependentes] só ficam na televisão...os familiares não estão nem aí!!...ficam no máximo uma hora...e não quer saber de nada, se [a idosa] está suja,

se está limpa! (F8)

É importante os familiares estarem sempre presente, sempre! Que venham, um dia um filho, outro dia uma filha, outro dia a esposa, né. Porque isso é importante, ele [idoso precisa] sentir sempre que tem uma pessoa da família, ao lado [dele], ali, dando uma atenção. Esperar um familiar [vir visitar], deve ser a coisa mais difícil para a pessoa que deu tudo para a família, não é verdade?...que triste! Levar para casa [o idoso] de vez em quando é importantíssimo isso aí. O convívio com a família num domingo, num feriado, podendo levar, e também, se o idoso tem condições de sair, é bom levar!! (F6)

Ao longo do tempo pode ocorrer o escasseamento das visitas de familiares e amigos e com isso os residentes podem buscar novos vínculos e encontrar formas de viver para restabelecer a vida na sua integralidade (BESSA e SILVA, 2008). Assim, o apoio social e afetivo a esses residentes promove a atenção integral numa abordagem biológica, psicológica, social e espiritual de forma a favorecer ao idoso um bem-estar interior e com o seu redor (VAGETTI et al., 2007).

Ao mesmo tempo, a ILPI pode, quando possível, buscar meios para elevar a maior integração entre o idoso residente e a família, tentando resgatar os vínculos afetivos. Nessa situação quando é oferecida uma provisão de cuidados formais adequados, a família que é uma importante rede informal de apoio ao idoso pode passar a ser ou permanecer como a principal parceira da assistência formal (WHO, 2002a).

Então, o vínculo familiar parece ser necessário como se observa no estudo de TERRA et al. (2009) que verificou que os residentes das instituições filantrópica e outra de natureza privada manifestam a necessidade de atenção e carinho e quando possível, os idosos canalizam a afetividade aos seus familiares e se sentem satisfeitos nessas relações. Dessa maneira, para a manutenção do bem-estar dos residentes, a família e a ILPI podem atuar como aliadas de apoio ao idoso (LEMOS e MEDEIROS, 2006).

Em relação às atitudes e aos comportamentos positivos e negativos dos funcionários e profissionais das instituições filantrópica e mista, do ponto de vista de idosos e familiares de moradores, são abordados a seguir.

Quanto aos serviços oferecidos pelas instituições, alguns entrevistados relataram estar de certa forma satisfeitos com os funcionários. Os residentes da filantrópica apontam aspectos positivos quanto aos cuidados de atendimento pelos funcionários: *[Os funcionários] têm muitos cuidados com a gente [residente]. Assim..eh...porque não gosta que a gente saia sozinho...e está sempre perguntando se a gente precisa disso, se não precisa daquilo, e tudo isso são maravilhosos...em geral!!! (R10)*

Ah...elas [funcionárias] são muito educadas com a gente, todos os funcionários da limpeza, da cozinha, elas tratam a gente com muita atenção. (R1)

Alguns residentes da mista também apontam: *Sou bem tratada. (R12) Tem umas [funcionárias] que atende melhor, outras não atende. (R15)*

No ponto de vista de alguns familiares da filantrópica, também relatam os aspectos positivos de alguns funcionários e profissionais que estes são educados, que tratam bem os moradores e fornecem os medicamentos no horário certo: *Eu acho bom porque tem enfermeiros, dão os remédios na hora certa, tem o postinho, se passarem mal [os residentes] são levados para o pronto-socorro. Então, pra mim tá bom, né! (F4). Todos eles tratam... desde o funcionário mais...subalterno...tratam tudo com amor, tratam com carinho. (F1)*

Um familiar da mista relata que algumas funcionárias: *elas tratam com carinho. Eu acho isso muito importante! (F6)*

Cabe entender que os funcionários e os profissionais têm seus papeis sociais dentro da instituição onde devem cumprir com suas funções e obrigações e seguirem as normas sociais em ambiente institucional (GERRIG e ZIMBARDO, 2007). Assim, pelos depoimentos há aspectos positivos nesses atendimentos e cuidados.

Em seguida, as atitudes e comportamentos de funcionários, de profissionais das instituições considerados como aspectos negativos.

Segundo os depoimentos de alguns residentes independentes e de familiares de moradores das ILPI, percebe-se que nas ILPI ocorrem algumas situações de

desatenção, desrespeito, descaso, descuido ao idoso residente pelos trabalhadores como: médico, secretária, equipe de enfermagem, gerente, assistente social, entre outros integrantes das instituições.

A seguir depoimentos de alguns residentes da instituição mista: *A assistente social nunca tem tempo disponível [para ouvir, para conversar com os idosos]. Com a gerência, nunca tive amizade, ela nem me cumprimenta. (R17)*

O médico disse que precisa por um paciente novo, com cabeça não boa, no meu quarto. Tem que ser assim [disse ele], que eu estou boa e pra eu ensinar, mas não é por aí, né! Eu falei que vou ensinar a ela [que é idosa demenciada recém-chegada], dar bofetada!! [risos]...(R15)

O doutor [médico], ele respondeu [agressivamente] pra mim! Também, eu não falei mais com ele, ele percebeu. Essa d. X [colega de quarto] sofreu uma cirurgia grande, né. E até agora, ela depende dos outros, ainda, para carregar no quarto, [porque] ela anda de cadeira de roda. E eu, um dia, cheguei pra ele e disse: doutor, posso levar a d. X pro quarto? Ele disse assim: Cuida da sua vida!!!! Eu disse: tá bom, vou cuidar da minha vida. Virei às costas pra ele e não dei mais bola. Eu fiz uma pergunta pra ele, não tinha nada que me responder desse jeito! Não precisava responder malcriado! (R17)

O médico [da instituição] não é bom! E até preciso falar com a minha filha que preciso ir em outro médico! Ah... deve ter outro tratamento. Ah.. estou sentada na sala, no refeitório e ele vem e fica sentado do meu lado. Ele [médico] chega, [e pergunta:] O que a sra. tem? O que a sra. está sentido? Não é assim!! Tem que ser [um atendimento] no meu quarto ou no consultório dele! Para ter privacidade! (R18)

Para mim eles [os funcionários] não têm boa educação. Eu gostaria que a instituição encontrasse alguns trabalhadores que fossem mais gentis e atenciosos com as pessoas idosas. As pessoas que trabalham aqui são muito jovens e não tem educação necessária para trabalhar aqui [na instituição], e eles não trabalham aqui por muito tempo porque eles encontram um trabalho melhor com um salário maior e

vão embora. Eu desejo que os trabalhadores [funcionários, profissionais] daqui fossem mais amigáveis, mais amorosos. (R20)

Sabe que me falta, faltam seis calças. Duas calças, novinhas em folha. Eu vesti, uma vez...! Falei com a assistente social, falei com todo mundo! Minha filha falou com eles [responsáveis pela instituição]. A gente está pagando [a instituição] e a direção tem responsabilidade! Disseram: O quê que há de fazer, o quê que há de fazer! (R19)

Cabe mencionar que não houve relatos de aspectos negativos em relação às atitudes e aos comportamentos dos funcionários, profissionais da instituição por parte dos residentes da instituição filantrópica.

Entretanto, há depoimento de um familiar da filantrópica que conta uma situação que presenciou entre um residente e um funcionário: *Ela [uma idosa semi-dependente do pavilhão superior] foi pedir lanche, na cozinha [térreo] e a mulher da cozinha fez uma cara tão feia.... e aí ela falou assim: Aah!.. a comida da senhora não está aqui foi lá prá cima! Aqui não tem vó, aqui não tem! Entendeu? Então, não precisa falar tão assim, né! ...Essa mulher da cozinha, eu achei que elas são muito ríspidas, né! Tem que ter um mínimo um pouco de educação para falar com as pessoas idosas... puxa vida! (F3)*

Alguns familiares da instituição mista relatam que: *Aqui tem uma cuidadora e uma auxiliar de enfermagem que mal te cumprimenta, então [fica] aquela coisa pesada! ...assim... tem...cuidadora [que] é interesseira...o familiar que dá caixinha, ela...[trata diferente] (F8)*

... a demora, por exemplo, no atendimento de alguém que chama lá no quarto,.. a luz..., o pisca alerta, ele não sabe quando é uma emergência ou não! A enfermagem demorou ...um tempão! [para atender um residente] E se fosse uma emergência!! (F9)

Assim, há alguns depoimentos relacionados um pouco mais sobre as atitudes e aos comportamentos de funcionários, profissionais da instituição mista de forma negativa do que positiva, tanto de residentes como de familiares. E há mais aspectos positivos tanto de residentes quanto familiar da instituição filantrópica em relação a esse aspecto.

Ressalta-se que essa situação (atitude/comportamento no cuidado ao idoso) em ambiente institucional ocorre em outro contexto de vida – comunidade ou vice-versa. Assim, comparando a prestação de serviços da ILPI aos idosos residentes deste estudo e a prestação de serviços sociais e de saúde aos idosos da comunidade, verifica-se que algumas atitudes e comportamentos de funcionários e profissionais foram considerados como aspectos negativos no atendimento ao idoso como se aborda a seguir.

Os participantes do guia cidade amiga (WHO, 2007b) revelam que a atitude de prestadores de serviço no atendimento aos idosos é uma questão frequentemente mencionada. As opiniões gerais dos idosos quanto à atitude na prestação de serviços sociais e de saúde às pessoas idosas foi considerada insatisfatória. Por exemplo, na atitude inadequada de recepcionistas e enfermeiras. As queixas mais frequentes desses idosos são: a péssima comunicação entre funcionários/profissionais e idosos e as práticas de atitudes e comportamentos negativos como a indiferença, o descaso, o desrespeito. Assim, esses participantes mencionaram a importância dos serviços de saúde e de apoio social que devem oferecer atendimentos apropriados e de boa qualidade. Para que isso aconteça deve-se promover uma melhora na atitude e no comportamento dos funcionários e profissionais, em especial da saúde, por meio de treinamento que desenvolva a capacidade de comunicação e a sensibilização para tratar os idosos de melhor forma.

Em relação aos significados de violência contra a pessoa idosa. As percepções dos idosos retratados do guia cidade amiga (WHO, 2007b) revelam experiências negativas relacionadas: à violência, ao desrespeito, à desvalorização perante a família, a comunidade e aos prestadores de serviços. Assim, uma situação de violência também pode ocorrer em ILPI, por exemplo, na forma de intimidação, de pressão psicológica, como o depoimento de um familiar da instituição mista que relata aspectos negativos no cuidado a pessoa idosa: *Essa cuidadora [que passou no corredor] maltrata verbalmente os idosos quando os outros não veem que não estão por perto.... Já teve caso de violência contra o idoso [na instituição]. (F8)*

Bem como um residente da instituição mista expõe o constrangimento, a

intimidação que passou: *Ela [cuidadora de idoso] mandou um tapa na parede que quase arrebenta a parede! Foi a mesma coisa que dar em mim!!! Bateu na parede por causa da roupa. Não tenho razão de queixa?? (R19)*

Observou-se que na instituição mista ocorriam algumas situações de brigas, discussões, por exemplo, entre os residentes. Os cuidadores de idosos, quando presentes, tentavam amenizar a desarmonia, mas era uma situação complicada. Havia queixas de residentes que a assistente social deveria estar mais ativa para a prevenção de violência contra as pessoas idosas e promover melhor apaziguamento de conflitos. A violência, o abuso psicológico, a intimidação geram muitas angústias e prejuízos na qualidade de vida dos residentes. Assim, um residente da instituição mista relata sua angústia de ter que passar por situações constrangedoras e a insatisfação com a assistente social: *Tem gente [residente] muito malcriada, até dizer chega! Mulher! Fala palavrão que eu nunca falei. Palavrão! Ela [cadeirante, fumante] disse: Dá um cigarro aí? [residente respondeu:] Eu não fumo! E foi alho e sei lá o que foi, tudo. Xingou de tudo! Pois se eu não fumo, como vou arranjar um cigarro para ela. Então, [quando] o cara começou, a falar palavrão, [é preciso] chamá-lo a atenção. Tem que chamar a atenção! E aqui eu nunca vejo chamar a atenção. E era a assistente social que tinha que fazer isso, não era? (R19)*

A problemática da violência contra a pessoa idosa é um fenômeno cada vez mais grave e comum. Infelizmente, poucas são as denúncias tanto por profissionais de saúde quanto pelas vítimas devido a sua exposição, a possibilidade de retaliação e pelo medo de sua denúncia não ser reconhecida como verdadeira e também devido à precariedade de suporte e apoio à vítima de maus tratos. Há vários sinônimos para violência, por exemplo, os termos: maus-tratos, abuso, negligência, omissão, abandono entre outros, que podem diferenciar de acordo com a cultura (WHO, 2002b; MINAYO, 2008b).

Segundo a OMS (2002b) violência contra a pessoa idosa pode ser compreendida como "qualquer ato, único ou repetitivo, ou omissão, que ocorra em qualquer relação supostamente de confiança, que cause dano ou incômodo à pessoa idosa." Para MINAYO (2008b) a violência se concretiza pelo rompimento da "expectativa positiva da pessoa idosa em relação àquelas que as cercam, sobretudo, os filhos, cônjuges, parentes, cuidadores, a comunidade, a sociedade em geral,

instituições públicas e privadas".

E tal abuso pode ser dividido nas seguintes categorias: a) Abuso físico – uso da coerção física que inflija à dor ou à injúria, ou uso do poder, ou forma de conter pela indução de drogas;

b) Abuso emocional ou psicológico – infligir à angústia mental;

c) Abuso material ou financeiro – explorar impropriamente ou ilegalmente; ou utilizar fundos ou recursos da pessoa idosa;

d) Abuso sexual – contato sexual não consensual de qualquer espécie com pessoas idosas;

e) Negligência – recusa ou falha para cumprir com a obrigação de cuidado. Este pode ou não envolver a consciência ou tentativa intencional para infligir fisicamente ou impor angústia emocional nas pessoas idosas (WHO, 2002b).

O abuso e a negligência podem ocorrer em muitos tipos de instituições, incluindo aquelas que parecem propiciar alta qualidade de cuidados aos idosos. Para os idosos, fisicamente mais fracos ou mais vulneráveis, as consequências do abuso podem ser especialmente sérias. Podem ocorrer atos individuais de violência ou negligência institucional, tais como: a) na provisão dos cuidados (pela inadequada nutrição, deficiência nos cuidados de atenção aos idosos – úlcera de pressão); b) problemas com os funcionários (estresse relacionado ao trabalho, assédio moral, treinamento insuficiente, problemas psicológicos); c) dificuldades nas interações entre funcionários e residentes (pobreza na comunicação, diferenças culturais); d) meio ambiente como as instalações inadequadas, carência de privacidade básica, estimulação sensorial inadequada, política organizacional (aquelas que funcionam para o benefício da instituição, dando aos residentes poucas oportunidades de vida diária, fraudes envolvendo recursos monetários dos residentes) (WHO, 2002b).

Todas as relações interpessoais em um grupo social (ILPI) são regidas por um permanente interjogo de papeis assumidos e delegados. O idoso e/ou a família delegam um papel à instituição que aceita ou assume esse papel. A ILPI, então, tem um caráter de custódia sobre quem reside nelas. Nessa condição o idoso e/ou a família depositam confiança, desejos, expectativas sobre a instituição. A partir disso, desenvolvem-se vínculos dinâmicos que podem ser negativos ou positivos. Na falta de adequada comunicação entre as partes, gera-se a desconfiança quanto ao

atendimento das necessidades, o distanciamento das expectativas depositadas e a falta de espaço para a participação do idoso na tomada de decisão da sua vida. Dessa maneira, nem sempre o que é delegado supondo ser atendido em seus interesses (bem-estar, qualidade de vida) é assumido pelo outro (ILPI) que aceitou esse papel (VIEIRA, 2003).

Cabe mencionar uma situação que acontece na instituição filantrópica, na qual há presença de um médico responsável não contratado da instituição, em um curto período de tempo da manhã, e alguns estagiários que são médicos residentes de uma organização hospitalar parceira da instituição. Os idosos passam por uma triagem inicial e depois aguardam para a consulta médica. As informações coletadas pelo grupo de estagiários (médicos residentes) são repassadas para o médico responsável desse grupo que discute e decide o tratamento a seguir. Um problema nessa situação é a grande rotatividade desses estagiários o que dificulta uma melhor comunicação, entrosamento e continuidade do tratamento. Percebe-se então, o distanciamento entre o médico e o idoso, considerado como não alcançável para os residentes. Há sempre barreiras que impedem a confiança, a participação na tomada de decisões. Assim, um residente da instituição filantrópica conta a situação: *Aqui nós temos um médico que atende mais a enfermaria e tem essas médicas que são voluntárias. Então, de um mês em mês, muda, muuuda... Então, tem uma [médica] que você fala do teu problema, conversa e aí quando você volta, já é a outra. Então, eu acho assim, uma [médica] nem acostumou com o paciente, com o problema e já mudou pra outra. E aí, com o outro [médico responsável] que é o deus [pessoa não alcançável]... você [residente] não pode falar com ele porque...tem que falar primeiro com elas, e elas levam o assunto pra ele! E aí elas se esqueceram de falar qualquer coisa e aí volta de novo [em outra consulta] e [ela] fala mais [um] pedaço [das necessidades do paciente para o médico]. Porque não deixa a gente falar de uma vez! A gente não pode ter acesso com ele [médico]! Essas [voluntárias] de fora..., vem de cara errada [feia] aí...você [residente] não tem nem jeito de falar com elas. Vêm outras boazinhas, tem de tudo, né! Tem umas que você fala do teu problema e ela se interessa. Outras não estão nem aí! Então, eu acho que nessa parte, eles [instituição, médicos] deveriam dar mais atenção, não é??? (R1)*

Contexto semelhante acontece na vida em comunidade. Dessa forma, em outra situação de expectativa quanto ao atendimento foram os relatos das pessoas idosas que participaram do projeto de Assistência primária de saúde fácil para os idosos da OMS (2004). Estes idosos participantes desejam ter confiança nos prestadores de serviços de saúde e sentir que estes são competentes no diagnóstico e no tratamento indicado. Entretanto, há uma grande dificuldade percebida por eles que é a rotatividade entre os médicos residentes/voluntários nas quais as informações não são repassadas ao outro profissional o que gera transtornos. Muitas vezes, ao ser atendido por um profissional é necessário repetir a mesma queixa de dias ou meses atrás pela falha de comunicação. Isto resulta numa falha de continuidade no atendimento e tratamento de saúde. Os problemas, os sofrimentos do idoso parecem não ser levados em consideração. Dessa forma, para que uma abordagem seja considerada favorável ao idoso é imprescindível ter um atendimento contínuo e que o médico explique claramente a situação de saúde, o diagnostico e as medicações prescritas de forma compreensível ao idoso. As atitudes positivas dos profissionais são vitais para favorecer o envelhecimento saudável das pessoas (ONU, 2003).

Assim, apesar do idoso que mora em ILPI tenha uma vida peculiar (GOFFMAN, 1961; VIEIRA, 2003), ele tem tanto direitos como o idoso que mora na comunidade (Estatuto do Idoso - BRASIL, 2003; WHO, 2002a), bem como tem necessidades e sentimentos.

Pesquisa de natureza etnográfica realizada em uma ILPI, em Salvador, Bahia (FREITAS e NORONHA, 2010) reconstruiu a história de vida de um residente com o objetivo de discutir os cuidados oferecidos na instituição. Os autores verificaram que por parte dos profissionais de saúde havia um despreparo nos cuidados aos idosos por atitudes mecânicas e reducionistas. Ressaltaram que em qualquer contato entre humanos há relações de poder, principalmente, de quem cuida de outra pessoa, responsável pelo bem-estar, o que pode gerar, em alguns casos, angústias, sofrimentos ao idoso que recebe o cuidado. Observaram ainda que havia muitos conflitos entre os profissionais e os idosos o que dificultava as relações sociais e os cuidados. Nesse contexto, os autores consideraram que os cuidados aos idosos residentes prestados pelos profissionais estão de certa maneira deficientes, aquém do que se é esperado ou desejado. Dessa maneira, alerta-se a importância de buscar

melhores alternativas de cuidado e tratamento para com os idosos residentes de forma a integrar a parte física, mental, emocional e social.

Ao se comparar com as preocupações dos participantes do guia cidade amiga (WHO, 2007b) quanto à disponibilidade suficiente de cuidados verifica-se que estes participantes almejam que esta seja de boa qualidade, adequada e acessível. Assim também são os anseios dos idosos residentes em ILPI.

Ressalta-se que os cuidados de atenção integral são importantes para a manutenção do estado de saúde e independência das pessoas idosas (WHO, 2000) e a abordagem de envelhecimento ativo reconhece os direitos das pessoas idosas à igualdade de oportunidades, tratamento e participação em todos os aspectos da vida à medida que envelhecem (WHO, 2002a).

Nesse contexto, é consenso entre as pessoas que independentemente de idade, das condições econômicas, sociais e culturais: há o desejo de ser bem tratada, de ser bem atendida, de ser respeitada. Por conseguinte, o idoso morador em ILPI também deseja estar em local seguro, confiável e ser tratado com dignidade até o desenlace final (VIEIRA, 2003).

Cabe mencionar, que os principais fatores influenciadores para os aspectos de respeito e inclusão social são as mudanças sociais, as condições econômicas, condições de saúde, o gênero e a cultura. Mais ainda que a inclusão social dos idosos reflete diretamente na participação cívica, social e econômica da cidade (WHO, 2007b). Assim como a inclusão social dos idosos residentes em ILPI também pode refletir na participação social e econômica da ILPI e da comunidade ao redor, por meio do voluntariado, da capacitação pessoal, nas tomadas de decisão em conjunto por um ambiente saudável e sustentável para se promover o bem-estar (RESTREPO, 2001). Por conseguinte, a sociedade precisa estar mais consciente dos aspectos do processo de envelhecimento e apreender o que é ser velho em suas diferentes dimensões para evitar a discriminação, e os estereótipos negativos, sendo necessária a educação continuada na mídia, nas escolas sobre esses aspectos. E, em especial, os prestadores de serviços precisam de melhor capacitação e qualificação na área gerontológica para atender de forma respeitosa as necessidades das pessoas idosas (WHO, 2007b).

5.3 COMUNICAÇÃO

A comunicação é um processo social básico na organização societária, na qual ocorre a troca de informações que propicia uma infraestrutura importante nas relações entre os indivíduos. O objeto central do processo da comunicação é a informação e os estágios desse processo são a transmissão e a recuperação de informações. Assim, os elementos básicos de todas as formas de comunicação das mais pessoais e diretas até as comunicações de massas são: comunicador, canal e receptor. O comunicador ou emissor é aquele que transmite a informação, que emite a mensagem a um receptor. Nesse estágio de transmissão, o comunicador faz uso de uma codificação ou transposição da informação para um sistema de códigos específicos para formular uma mensagem e a envia, na forma de um sinal. Para tanto promove a difusão por meio de um determinado canal que permite a recepção da mensagem pelo destinatário. Receptor é aquele que recebe a informação, a mensagem que a codifica e interpreta o seu significado. No estágio de recuperação, uma vez que a informação transmitida é recuperada e reaproveitada pode atuar como fonte para a transmissão de novas informações (GERBNER, 1973; MELO, 1978).

A comunicação é importante na vida dos seres humanos para o desenvolvimento de suas habilidades, aprendidas tanto em experiências prévias assim como a cada novo dia. Nesse processo comunicacional partilham-se conteúdos de informações, pensamentos, em busca de melhorar as competências a partir dos conhecimentos. Assim, embora na velhice já tenham sido aprendidas muitas das habilidades necessárias ao bem viver, a possibilidade da troca de informações, experiências, aprendizagens continua significativa por meio, por exemplo, das relações sociais (ERBOLATO, 2006).

Há vários fatores que podem propiciar tanto benefícios como prejuízos para o processo de comunicação, tais como: a) a relação entre o emissor e receptor, na qual as condições em que se encontra o emissor no momento da comunicação podem ter um papel vital na compreensão da mensagem, o seu comportamento comunica alguma coisa e pode influenciar o comportamento do receptor;

b) A linguagem usada pode auxiliar na boa comunicação por isso deve ser clara,

compreensível, e o tom e a inflexão de voz devem ser adequados no momento da comunicação;

c) O ambiente pode estimular ou inibir a comunicação e a interação entre as pessoas;

d) A disponibilidade ao outro no momento adequado propicia a compreensão de informações e orientações. Dessa forma, pode-se dedicar a atenção centrada nas necessidades e nos problemas que a outra pessoa está informando. Caso contrário, a comunicação é interrompida, e o outro pode se sentir inferiorizado, rejeitado (STEFANELLI, 2005).

Nesse contexto, a comunicação auxilia na rotina diária, nas relações interpessoais, em especial, no caso deste estudo, a relação entre os idosos residentes e os trabalhadores das ILPI. A ILPI é um local de moradia de idosos que necessitam de amparo, proteção, mas também é um espaço que pode promover o acesso ao conhecimento, às informações e facilitar a comunicação, o aprendizado e a manutenção das habilidades e o desenvolvimento de novas capacidades.

Neste estudo, o tópico de comunicação buscou verificar com questões abertas a interação da instituição e os seus representantes com os residentes e os familiares para receber informações necessárias sobre eventos e serviços proporcionados pelas ILPI, e a qualidade dessa comunicação: se as informações são acessíveis, úteis, atualizadas, de fácil entendimento, em Anexo 1.

Observou-se que o canal público de comunicação das instituições, filantrópica e mista, é um quadro com informações sobre eventos e atividades exposto para todas as pessoas. Assim, a instituição filantrópica apresenta em sua recepção um quadro de avisos sobre os eventos programados na instituição e eventuais passeios externos no formato de: quadro negro, na qual estão escritos a giz a data, o nome do evento e a hora da apresentação. As informações são simples, compreensíveis, específicas, como pode ser observado a seguir:

Eventos do mês		
03/01	Coral	15:00
15/01	Evangélicos/lanche	14:30
24/01	Projeto cão idoso	09:00
30/01	Festa de aniversário	15:00

Além desse, há outro quadro negro com as datas e os nomes dos aniversariantes (residentes) do mês na área de convivência da ala masculina. As informações também são transmitidas por comunicação oral por algum representante da instituição e/ou residentes. As informações sobre dias da semana, horário e os nomes das atividades (pintura em tecido, aula de informática) realizadas na instituição não são expostas, são apenas comunicações orais entre a instituição e os residentes.

A instituição mista, por sua vez, expõe o programa mensal de atividades e eventos (dia da semana, período do dia: manhã/tarde, nome da atividade/evento) no formato de: papel sulfite branco impresso com informações digitadas. Estes comunicados impressos estão afixados em locais de ampla circulação de pessoas, tais como: área de convivência, área de corredor. As informações são claras, específicas: Programação mensal – dia da semana/bijuteria manhã; dia da semana/bingo tarde.

Assim, observou-se que tanto a instituição filantrópica como a mista possui um quadro que informa sobre os eventos e as atividades, assim como, essas informações podem ser transmitidas oralmente, pois existe uma forma de comunicação pessoal direta: sistema boca a boca de informações entre funcionários e residentes ou entre os próprios residentes. Assim, relata um residente da instituição filantrópica: *...às vezes, nós estamos almoçando, ou a presidente ou a secretária, ou alguém vai e fala: hoje vocês vão ter isso à tarde, amanhã vocês vão ter essa festa, amanhã vocês vão ter [tal evento]. ... ou uma [pessoa] lê [no quadro de avisos] e vai falando pra outra saber.... Uma fala pra outra... (R1)*

Um residente da instituição mista também relata sobre a comunicação oral entre funcionário e residente: *Eles [da instituição] avisam [a atividade]...a terapeuta ocupacional vem chamar... avisando. (R3)*

Outra forma de comunicação é a sonora, observada somente na instituição filantrópica: presença de um “sino” localizado próximo à cozinha. Quando acionado, as “badaladas do sino” repercutem por toda a instituição com o propósito de comunicar que a refeição será servida para os residentes e em outro momento para os

funcionários e visitantes. Um residente relata sobre a finalidade do sino: *[O lanche da tarde] é 14:30, mas ás vezes atrasa e 15:00 toca o sino. (R1)*

Observou-se que na instituição mista, são os cuidadores de idosos e os auxiliares de enfermagem que conduzem os idosos semi-dependentes, os cadeirantes para o refeitório ou avisam do horário de refeição para os residentes independentes.

Portanto, a comunicação se integra na rotina diária, pois se observou que os canais de comunicação da instituição filantrópica são o quadro negro, o sistema boca a boca e o sino e os canais de informação da instituição mista são o papel impresso e o sistema boca a boca. Assim, as informações são simples, acessíveis, legíveis, úteis, atualizadas que permitem a interação e comunicação entre as pessoas.

Cabe lembrar que este tópico é o que apresentou com menos opiniões dos participantes deste estudo sobre os aspectos positivos, negativos e sugestões de melhoria. Desta maneira, somente os residentes da instituição filantrópica mencionaram a esse respeito, como os aspectos negativos relacionados aos problemas de comunicação e ao acesso à tecnologia que são apresentados em sequência.

Pode ser considerado como um problema de comunicação, o seguinte: um residente da instituição filantrópica relata que as informações estão dispostas no quadro negro e em alguma eventualidade, os representantes da instituição, às vezes, avisam ou não a mudança da atividade: *Depende, [os representantes da instituição] às vezes falam, às vezes não! Agora, suponhamos que... põe visita de tal [evento no quadro negro de informações]. E na hora é bingo, mas aí, eles falam na hora [que será outro evento], e a gente...[é pego de surpresa!](R1)*

Pode-se considerar como outro problema de comunicação, a falta de disseminação da informação com antecedência, pois como todo mundo, os idosos residentes possuem sua agenda de interesses e compromissos. Entretanto, à vezes, o aviso ocorre na véspera de algum evento e o residente já tinha outro compromisso marcado com antecedência como o relato a seguir: *Agora mesmo a moça [profissional da instituição] veio avisar de um evento... Eu não vou!!! Tem que avisar com tempo, né! Porque, à vezes, a gente tem outras coisas marcadas para fazer, né! (R4)*

A respeito desses problemas, os representantes da instituição filantrópica

informam que, em geral, esta se prepara para fornecer atividades e eventos para os residentes, desenvolvendo uma programação mensal fixa e outras consideradas eventuais. Algumas das atividades ou eventos contam com a colaboração de pessoas voluntárias e solidárias que se comprometem para a realização de tais compromissos. Entretanto, podem surgir contratempos que interferem naquela programação. Dessa forma, a instituição filantrópica, em algumas ocasiões, não tem o controle de oferecer o que foi planejado, e às vezes comunica ou não as alterações ocorridas.

Assim, a instituição filantrópica disponibiliza a programação mensal com as informações de eventos, entretanto, como se verificou no mês de dezembro, existem muitos eventos internos e externos concorrentes o que pode dificultar a comunicação e a participação nesses eventos. Em algumas situações, nem todos os residentes são comunicados pessoalmente pelo funcionário da instituição e pode ocorrer a troca de informações entre os residentes que não são tão precisos e claros. É necessário compreender que cada idoso tem suas habilidades e limitações. Assim, alguns idosos necessitam assimilar as informações e tomar decisões do que desejam fazer e podem levar certo tempo para isso. Vale mencionar que os aspectos físicos, emocionais, culturais, intelectuais, sociais, crenças podem influenciar o processo de comunicação, por isso, é importante estar atento nas condições dos residentes, conhecer suas características e ter a sensibilidade de perceber se o momento é propicio para transmitir as informações ou orientações (STEFANELLI, 2005).

Para corroborar com a necessidade de uma adequada comunicação dos idosos residentes em ILPI, os participantes do guia cidade amiga (WHO, 2007b) relatam a relevância do acesso às informações corretas, das informações disponibilizadas de forma imediata e acessível para os idosos com diferentes habilidades e capacidades. Destacaram ainda que para alcançar o envelhecimento ativo é imprescindível ter o conhecimento dos eventos, receber informações práticas e úteis para atender às reais necessidades pessoais e a possibilidade da tomada de decisões.

Em sequência, outro aspecto relacionado à comunicação é a questão do acesso à tecnologia da informação. Com o forte desenvolvimento das tecnologias de informação e comunicação, estas assumiram uma essencial dimensão em múltiplos

níveis da vida social (CASTIEL e VASCONCELLOS-SILVA, 2006). São, por exemplo, consideradas tecnologias de informações: o telefone, o gravador de vídeo, o computador. Diante disso, a sociedade contemporânea é requisitada a estar sempre aberta às novas informações e com melhor capacidade em saber utilizar essas tecnologias e as suas informações.

Dentre essas tecnologias de informação, o aparelho telefônico público está disponibilizado em ambas as instituições para as pessoas poderem se comunicar com o meio externo, entretanto, somente um residente da instituição filantrópica relata a importância do telefone comunitário e sugere melhorias, como a instalação de outro telefone no pavilhão do pavimento inferior: *Telefone comunitário só tem um! ...E tem muita gente que liga! Então, deveria ter um lá [no pavimento inferior], né! Um comunitário também, né!." (R1)* Logo, é um equipamento de comunicação útil e rápido para contactar os familiares, os amigos em qualquer situação para a troca de informações.

Observou-se que somente a instituição filantrópica possui sala de informática patrocinada por uma empresa farmacêutica e conta com presença de um voluntário para dar aulas de informática uma vez por semana. É ministrado um curso básico de informática composta de aulas relacionadas ao sistema operacional Windows, aplicativos de processamento de texto, Power point, Excel, e uso da Internet. Entretanto, apesar da disponibilidade de computadores nem sempre é possível o uso do computador, como menciona um residente: *Tem uma salinha de computador... agora.. É só no horário que tá o professor, nós não temos acesso, fora [desse horário]. Não pode, é fechado! (R1)* Cabe observar que a sala de informática não permanece aberta pela ausência de funcionário que fique responsável pelo uso dos computadores.

O computador é um equipamento que possibilita o aprendizado, o acesso às informações e favorece a inclusão social. Assim, em função da crescente informatização, os indivíduos são impelidos a se tornarem possuidores de conhecimentos. Dessa maneira, na atual realidade, o indivíduo que detém a informação, é considerado como aquele que detém o poder de cidadão. É como cidadão que o idoso tem o direito de ter amplamente facilitado o seu acesso às

informações e às novas tecnologias de informação (LIMA, 2001).

Cabe mencionar que a Internet é um espaço facilitador para o processo de comunicação, a socialização, a disseminação e o acesso às informações. Esse instrumento tem grande valia para as pessoas idosas por contribuir para o estímulo mental e psíquico, a redução do isolamento social, assim como, potencializa a interatividade e favorece o aprendizado. Dessa maneira, a inclusão digital pode proporcionar o aumento da autoestima do idoso e um novo significado da vida (KREIS et al., 2007).

Alguns aspectos considerados como comunicação e informação amigáveis aos idosos relatados pelos participantes do guia cidade amiga são, por exemplo: a oferta de informações relevantes com ampla disseminação para os idosos por diferentes meios de comunicação como o sistema boca a boca, mídia da comunidade, rádio, jornal, panfletos, televisão; catálogo local de serviços para idosos; fácil acesso aos computadores e à internet; oferta de serviço de informações telefônicas; adequada apresentação visual e auditiva da informação (bula de medicamentos, rótulo de produtos); comunicação com linguagem simples (frases curtas e objetivas) (WHO, 2007b). Estes aspectos também são necessidades, preferências semelhantes para os residentes em ILPI como ter a disseminação das informações, ter acesso aos computadores e à internet, ter fácil acesso ao aparelho telefônico público, e que a comunicação seja numa linguagem simples.

Cabe salientar a importância de se promover uma comunicação visual clara e compreensiva em locais adequados para a visualização por todas as pessoas. Assim como, favorecer uma comunicação verbal adequada para aqueles idosos com algum grau de diminuição ou com perda auditiva, pois a não observância desta pode causar dificuldades de comunicação, o que por sua vez pode levar à baixa autoestima, à frustração, ao isolamento social e prejuízos na qualidade de vida desses idosos (WHO, 2002a; CALAIS et al., 2008). Dessa forma, as informações relevantes em formatos apropriados também podem contribuir para o empoderamento pessoal e a comportamentos saudáveis (BRASIL, 2002; WHO, 2007b).

Nesse cenário, a comunicação é uma espécie de ferramenta de interação social que auxilia a compreensão entre as pessoas e ajuda a superar a solidão, favorecendo o ajustamento psicossocial. Pode ser entendido como um código para

formulação dos próprios pensamentos e análise das emoções. O bem-estar de uma pessoa depende da qualidade da mensagem que é enviada para os outros e a qualidade da mensagem enviada para si própria. Pode se compreender que a comunicação é uma interação de mão dupla. E ao interagir com as pessoas idosas é preciso conscientizar-se que são pessoas que têm suas potencialidades e limitações como todo ser humano. Os idosos não são objetos, mas pessoas, e não se fala para ou a eles, mas com eles. É preciso aceitar as peculiaridades dos idosos como individuais, aceitar seus sentimentos, seus direitos de escolha e ações. É preciso que as pessoas em geral saibam compartilhar conhecimentos, sentimentos com os idosos. Dessa maneira, uma comunicação bem-sucedida ocorre com o mútuo respeito e mútuo esforço (DREHER, 2001).

5.4 PARTICIPAÇÃO

A OMS propõe a participação social que diz respeito ao engajamento dos idosos em atividades de lazer, sociais, culturais, educacionais e espirituais conforme suas preferências, capacidades e necessidades, de forma a promover a integração social e o acesso à informação (WHO, 2002a; WHO, 2007b). E segundo o Art. 50 IX do Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003) constitui obrigação das entidades de atendimento promover atividades educacionais, esportivas, culturais e de lazer para as pessoas idosas.

Assim, em relação às atividades, as ILPI participantes deste estudo oferecem atividades físicas, sociais, recreativas, educacionais, religiosas, espirituais, terapêuticas, tais como: caminhada; bingo; exibição de filme; pintura em tecido/madeira; passeios; festas; visita de cães; missa; fisioterapia; reiki; massagem.

Além dessas atividades, a instituição filantrópica oferece oportunidades para o residente participar em: coral; aulas de informática; evangelho no lar; apresentação de cantor e órgão; apresentação de cantora e violão. A instituição mista oferece também: dança sênior; culinária; artesanato (bijuteria, jornal); contador de história; compras na feira; compras no mercado; leitura de evangelho; oficina de memória.

As atividades acimas mencionadas parecem apresentar maior variedade de atividades ofertadas pelas instituições deste estudo quando se comparam com as principais atividades oferecidas aos idosos residentes das ILPI do estado de São Paulo que são as festas comemorativas em 93,8% das instituições, passeios em 67,6%, cursos diversos em 34,0%, e atividades educacionais em 11,5% (IPEA, 2010). Por outro lado, a oferta de atividades que geram renda, bem como de lazer e/ou cursos diversos, é considerada baixa. Ressalta-se que a oferta de atividades foi encontrada em menos de 50% das instituições pesquisadas (IPEA, 2011).

Cabe mencionar que as atividades das instituições filantrópica e mista deste estudo são em sua maior parte realizadas por pessoas voluntárias que se comprometem com a instituição em desenvolver, dentre as habilidades pessoais, atividades direcionadas para as pessoas idosas. A maioria das atividades é semanal, outras quinzenais ou mensais.

Apesar dos programas de atividades apresentarem diferentes opções foi observado pouca adesão dos residentes na prática de atividades propostas pelas duas instituições e, em geral, são as mesmas pessoas que frequentam as atividades. Observou-se que a maioria dos residentes permanece sentada nas cadeiras, poltronas da área de convivência e da varanda, e outros residentes estão diante da televisão. De acordo com alguns moradores das instituições, estes estão relativamente satisfeitos com as atividades propostas pelas instituições e participam semanalmente. Entretanto, outros moradores desistem ou relutam em participar das atividades oferecidas, por diferentes razões, tais como: perda de interesse na atividade com o passar do tempo; falta de interesse em participar de atividades; falta de oferecimento de atividade que os agrade a ponto de participar; pouco entrosamento social; condições de saúde que impedem a participação em algumas atividades, entre outras.

Assim, alguns residentes independentes da instituição filantrópica mencionam alguns motivos pela baixa adesão nas atividades: *Com esse pessoal [residentes] não adianta [oferecer atividades]! (R7).* *Eu não gosto muito [das atividades]... (R9)*

E os residentes independentes da mista também relatam que: *No começo [de uma atividade nova] eles [idosos] ficam tudo entusiasmados, mas depois [desistem]. [Por exemplo], [aula de] artesanatos... enchia a sala! Agora, ninguém quer mais. Acho que eles vão cansando, enjoando. (R15)*

Eu não faço [as atividades] porque não posso. Por causa da mão, por causa do pé [artrite]. (R16)

Têm atividades...de fazer colares. Eu não tenho paciência, então, eu não vou! Eu não gostaria de fazer nada!! (R14)

Inclusive um familiar de uma idosa que mora na instituição filantrópica relata que a não adesão da atividade é a perda de interesse em realizar algo, mas que a idosa tinha um passatempo quando morava em sua própria residência: *Aqui [na instituição] têm atividades, mas é ela própria [idosa] que não se interessa. Inclusive tem atividade de pintura em tecidos, ela não tem interesse em fazer, é própria dela ... o único hobby era costurar. (F1)*

Assim, o tipo e a regularidade das atividades oferecidas são fatores que podem influenciar na tomada de decisão em participar das mesmas. Como muitas das atividades oferecidas pelas duas instituições são rotineiras, ou são pouco atrativas ou

se tornam monótonas, talvez esse contexto, gere a insatisfação, o desinteresse dos residentes e assim ocorra a baixa adesão. Além disso, é preciso observar que para a participação das atividades depende das condições de saúde, das habilidades individuais e também das características pessoais e experiências de vida dos idosos (WHO, 2002a).

Vale mencionar que as ILPI podem ter poucos recursos econômicos para o dia a dia. Segundo a pesquisa do IPEA (2010) mais da metade do gasto total das ILPI do estado de São Paulo destina-se ao pagamento do recurso humano. Nessa realidade torna-se muitas vezes difícil oferecer atividades aos idosos. Entretanto, existem outras fontes de recurso que podem propiciar qualidade de vida aos residentes como os voluntários, as parcerias com universidades, e os convênios com entidades públicas e privadas (IPEA, 2010) as quais as duas ILPI deste estudo já recorrem.

Segundo a OMS (2007b) é primordial aplicar esforços direcionados ao estímulo e à motivação na participação social dos idosos que pode, por vezes, fazer a diferença entre o engajamento e o isolamento do idoso. A esse respeito, observou-se que são poucas as atividades integrativas ou estimuladoras de habilidades físicas e cognitivas, em especial, para alguns idosos dependentes.

Cabe lembrar que a instituição filantrópica caracteriza-se pelo maior número de idosos independentes enquanto a mista há poucos. Observou-se que há falta de atividades para alguns residentes com maior dependência que possuem capacidades a serem estimuladas, principalmente, os residentes da instituição mista. Assim, alguns familiares da instituição mista relatam que para os residentes independentes há opções de atividades, entretanto, faltam atividades para os residentes com certa dependência, e os cadeirantes: *Para os [idosos] lúcidos, não [falta atividades]. [Falta atividades para os idosos dependentes]. Só ficam na televisão! (F8)*

Por exemplo, a questão de... lazer! Ele [residente] fica tolhido, agora, por conta da cadeira de rodas, né. Então, ele fica num canto! E se deixar, ele vai ficar, o dia inteiro, lá! Nesse sentido, então, eu acho que caberia ao pessoal [da instituição promover alguma atividade]. (F9)

Tai quais os idosos menos independentes, que necessitam de oportunidades de atividades que estimulem a manutenção da autonomia e independência por mais tempo, os participantes consultados pela OMS (2007b) sobre a participação social

relatam que teriam maior engajamento por parte dos idosos se fosse oferecido um maior número de atividades, diversificadas e de fácil acesso, em particular, para os idosos com necessidades especiais.

Para se conhecer como ocorre a participação e o engajamento social dos residentes formulou-se o tópico participação cujas questões abertas abordam as experiências negativas e positivas e ideias de melhoria das atividades sociais e de lazer oferecidas pela instituição quanto ao: custo; frequência; locais das atividades; diversificação; atividades intergeracionais; cidadania; participação em decisões sobre a ILPI e em questões relacionadas aos direitos dos idosos; participação em eleições e sobre a socialização interna (Anexo 1).

No que se refere à importância da prática de atividades por idosos, um familiar da instituição mista expressa que a oportunidade de atividades é considerada importante, principalmente, para estimular a autoestima, a capacidade mental da pessoa idosa: *Agora, pros [idosos que estão] bons que estão melhores de cabeça, [a participação nas atividades] é reforço positivo. Eles ficam felizes! (F10)*

Bem como um cuidador de idoso da instituição mista manifesta que a prática da atividade é um estímulo positivo para os residentes manterem-se bem cognitivamente, alegres e bem-dispostos, evitando assim o isolamento, o sedentarismo, a depressão: *Eu acho que [a atividade] é um estímulo para eles [residentes]. Se não estimular, eles ficam depressivos, no meu ponto de vista, né! Porque eles ficam só... querendo... às vezes... só deitar, só ficar no quarto!! E eu acho que isso, não é bom para eles. E lá na atividade, não. Na atividade, eles estão assim... exercitando a memória, não estão pensando, às vezes, nos problemas, né! Eu acho que é uma boa, sim, as atividades! (C)*

A participação em atividades contribui para o bem-estar sendo necessário oferecer oportunidades variadas de atividades de lazer, sociais, culturais, educacionais para as pessoas idosas de acordo com suas preferências, capacidades e necessidades individuais. Dessa forma, pode-se favorecer o aprendizado contínuo, o desenvolvimento de novas habilidades e estimular a socialização (WHO, 2002a; WHO, 2007b).

Estudo sobre as vivências no lazer (GÁSPARI e SCHWARTZ, 2005)

identificou os aspectos emocionais a partir das percepções de 20 idosos de ambos os sexos, na faixa etária entre 60 e 80 anos, regularmente matriculados no Programa Ativa "Idade": uma proposta de ação educativa, no âmbito do lazer, da cidade de Araras, São Paulo, voltados a idosos da comunidade. Esses idosos relatam os diferentes motivos pelos quais foram buscar a vivência do lazer, tais como: pela diversão em participar das atividades; para ampliar o rol de amizades; para a troca de experiências com as outras pessoas; para obter melhor qualidade de vida; para ter um tempo para si mesmo; para sair do isolamento; para combater a depressão e, para sair da rotina.

Dentre os depoimentos desse estudo os idosos apontaram que as principais sensações, emoções e sentimentos que tiveram durante as vivências de lazer foram: a ausência de medo, de fracasso e de depressão e, a manifestação de alegria e o respeito pelos outros. Além disso, para esses idosos, a qualidade de vida significa: viver com dignidade; amar a Deus e a vida; lutar pela família; ter saúde e, viver em harmonia e ser respeitado. Desse modo, esses autores verificaram que as vivências significativas de lazer podem contemplar as necessidades e expectativas dos idosos, promover experiências fortalecedoras e benéficas aos idosos e facilitar um novo dimensionamento não só no âmbito de lazer, mas ressignificar os aspectos gerais da vida em si (GÁSPARI e SCHWARTZ, 2005).

Nesse contexto, a prática de atividades auxilia na qualidade de vida da pessoa idosa, promovendo o entretenimento, o desenvolvimento pessoal, a ocupação do tempo, a socialização, o fortalecimento interior (GÁSPARI e SCHWARTZ, 2005). Embora a vida dos idosos na comunidade seja diferente da vida institucionalizada (GOFFMAN, 1961) é necessário oferecer oportunidades de atividades aos idosos que conduzam ao engajamento das atividades e a satisfação das necessidades pessoais (WHO, 2007b).

Assim, as ILPI podem estimular as estratégias de promoção da saúde, tais como: o desenvolvimento de capacidades pessoais por meio da potencialização das habilidades dos residentes e também dos funcionários, o fortalecimento da ação por meio da participação social (tomada de decisão) e do empoderamento das pessoas. Dessa maneira, é possível melhorar a saúde, a integração social e promover a qualidade de vida dos indivíduos (RESTREPO, 2001; BRASIL, 2002).

Em relação à atividade intergeracional, pôde-se observar que diferentemente da instituição mista, a instituição filantrópica recebe muitas visitas de pessoas, de empresas, de crianças, jovens de escolas, em especial, particulares. Parece que as crianças têm interesse em conversar com as pessoas idosas, de fazer entrevistas, de tirar fotos. Esses visitantes, em geral, oferecem lanches ou lembrancinhas para os residentes. Assim, na opinião de um residente da filantrópica, a visita à instituição serve para os visitantes compreenderem melhor a real situação da pessoa que envelhece: *Crianças, acho muito interessante, muito mesmo. Porque é muito bom, que as crianças vejam como... acabam, muitas pessoas de idade. A maioria [dos residentes] aqui, não veio como eu, que vim porque eu quis. Mas... a maioria veio obrigado!!! Sem querer!!! (R11)*

A ANVISA (2005) estabelece a necessidade de favorecer o desenvolvimento de atividades conjuntas com pessoas de outras gerações por ser gratificante para todas as idades e para que se possibilite a conscientização social sobre a realidade de envelhecer, a maior interação social e o desenvolvimento de capacidades (WHO, 2007b).

Assim sendo, o estímulo à participação social é necessário para uma maior integração entre as gerações e que pode ser considerada como uma maneira de combater o preconceito contra os idosos na sociedade. Esse engajamento entre as gerações pode favorecer uma melhor compreensão mútua de forma a serem mais pacientes e respeitosas entre si. A possibilidade de contatos intergeracionais permite uma experiência enriquecedora tanto para os idosos que têm a oportunidade de transmitir suas experiências, seus conhecimentos e suas práticas tradicionais, quanto para os jovens que podem fornecer informações sobre as novas práticas e ajudam os idosos a se situarem e se adaptarem em um mundo que muda muito rapidamente, mais tecnológico e uma sociedade com diferentes valores morais, culturais, entre outros (WHO, 2007b).

Mais ainda, os participantes do guia cidade amiga desejam a maior socialização e integração com as pessoas de diferentes faixas etárias e de outras culturas por meio da prática das atividades. Além disso, as atividades intergeracionais são consideradas mais integrativas e desejáveis do que aquelas atividades específicas para os idosos (WHO, 2007b).

O tempo livre em ambiente institucional demora a passar, principalmente, quando não se tem com o que se ocupar. Assim, a maioria dos idosos abrigados tem muito tempo disponível e poucos participam das atividades oferecidas como informado anteriormente. Por outro lado, alguns residentes ocupam o tempo disponível com afazeres pessoais ou ajudando a quem precisa, como o relato de um residente da filantrópica: *Porque o tempo que eu tenho disponível... meu tempo estou desenhando, estou pintando, estou escrevendo ou estou ajudando alguém, uma que anda com andador, ajuda muito ela que ela é sozinha. Então é assim, estou sempre me ocupando de alguma coisa ou quando não tem nada eu olho uma revista... (R1)*

Um residente da instituição mista relata que os moradores precisariam fazer alguma coisa, ter alguma atividade corriqueira para manter-se bem, manter uma saúde mental para não ficarem parados sem fazer nada diariamente, então sugere tarefas simples cotidianas como lavar pequenas peças de roupa: *Se tem boa cabeça, mão e perna razoável, manda lavar uma calcinha, peçinhas, não digo, a roupa toda... qualquer coisa, coisa individual. Usa a cabeça!! (R12)*

GOFFMAN (1961) relata que nas instituições totais existe um sentimento de "tempo morto". Tempo em que se ocupa a mente para esquecer a realidade de se viver nesses ambientes e a suportar as tensões psicológicas. Para tanto é preciso ocupar o tempo por meio de atividades denominadas de distração (intencionalmente desprovidas de seriedade), tais como as bandas de música, os bailes, os jogos ao ar livre. Pode-se, então, utilizar o tempo disponível buscando a distração.

Assim, para o acesso às informações gerais e cotidianas a instituição filantrópica possui prateleiras com acervo de livros e revistas. Essas prateleiras estão localizadas na entrada do pavilhão inferior e na área de convivência masculina. Na área de recepção é disponibilizado um jornal diário para a leitura dos interessados. E para cada ala, masculina e feminina, há um aparelho de televisão para o uso dos residentes que é ligado no período da manhã e é desligado por volta das 22 horas. Poucos são os residentes que possuem seu próprio aparelho de televisão que acionam conforme o interesse. Observou-se que poucos eram os idosos que têm o interesse pela leitura. Muitos idosos preferem assistir a televisão e poucos usufruem do próprio rádio.

A instituição mista possui uma pequena sala para a biblioteca com vários

livros, revistas e disponibiliza uma mesa com quatro cadeiras para os usuários. A maioria dos residentes desconhece a existência desse espaço cultural assim quase nunca é utilizado pelos residentes. Possui assinaturas de alguns jornais que são disponibilizados ao público em geral. Em cada pavilhão, em sua área de convivência social há um aparelho de televisão que permanece ligado durante todo o dia em novelas, noticiários, sessão de filmes à tarde, e poucos são os idosos que ficam assistindo televisão até tarde da noite. Alguns idosos possuem seu próprio televisor em seus quartos individuais ou coletivos. Observou-se que a maioria dos residentes permanece diante da televisão por muitas horas, às vezes, sendo esta a única atividade. Assim, a maioria dos residentes pode receber informações gerais e acontecimentos do mundo externo via televisão. Na maior parte do tempo, enquanto os residentes das instituições assistem a programação televisiva, há pouca ou nenhuma integração social, por meio de troca de opiniões, de interesses.

Assim como forma de distração para os interessados, os residentes das duas instituições relatam que nas instituições têm biblioteca com material para leitura como jornal, livro, revista e que tem aparelho de televisão para receber, por exemplo, as notícias do cotidiano: *Revista tem um monte.... Tem livro aí, tem tudo... (R2) tem biblioteca extensa... (R11) [Jornal] recebe lá na recepção, Jornal do bairro... (R1) Tenho a minha televisão e ligo. [Na instituição mista] tem seis salas de televisores... E a gente vê a notícia no ato e fica acompanhando o fato. Hoje todo mundo sabe dos alagamentos de São Paulo, de ontem: transbordamento do rio Tietê. (R3)*

Em relação à participação na tomada de decisão, verificou-se que a instituição filantrópica não realiza reuniões entre os representantes da instituição e os residentes com a finalidade de ouvir as queixas ou sugestões dos idosos quanto à instituição, aos serviços prestados pela mesma, entre outros assuntos. Os residentes relatam: *Não, [a instituição não pede sugestões, não faz reunião]. Às vezes, só participam, alguma coisa, mas pedir opinião, não! Seria importante [participar de uma reunião de tomada de decisões]. (R11)*

Não adianta falar com eles [da instituição] aí, porque falar com eles, fica a mesma coisa. (R2)

Eh...eles [representantes da instituição] tomam as decisões deles aí, e a gente obedece! (R1)

Já a instituição mista realiza uma reunião periódica com alguns residentes, a gerente e a terapeuta ocupacional para discutir assuntos relacionados à alimentação, ao lazer e ao cotidiano. Contudo, poucos são os residentes que participam dessa reunião por diferentes motivos, por exemplo, por considerarem que se discute sempre o mesmo assunto, ou porque a solicitação do residente dificilmente é aceita. A seguir, os residentes contam que: *Eh está bom porque conversa sobre o que tem, o que deixou de ter. Fica na mesma, para falar a verdade. Eu participava [da reunião], mas, eles [representantes da instituição e os residentes que participam dessa reunião] só falam, sempre a mesma coisa, passear e comer! (R12)*
Eles [representantes da instituição] fazem [reunião] uma vez por mês. Eles fazem umas perguntas. Mas não adianta! A gente [residentes] reclama... e eles não atendem! Pro lado deles, eles atendem. Pro nosso, não!! (R18)

Dessa maneira, alguns residentes das duas instituições gostariam de participar nas tomadas de decisão e outros não têm o interesse de participar porque não se discute ou se resolve aquilo que na opinião deles seria necessário, por exemplo, a questão de maior limpeza, acomodação nos quartos, separação de pessoas por afinidades, qualidade e horários das refeições, entre outras. E cabe mencionar, que não são realizadas reuniões entre os representantes das duas instituições e os familiares, por isso estes também não participam da tomada de decisões.

Ressalta-se que a ANVISA (2005) estabelece que as atividades, por exemplo, devam ser planejadas em parceria e com a participação efetiva dos idosos, respeitando as demandas do grupo e os aspectos socioculturais dos idosos e da região onde estão inseridos. Contudo, segundo os depoimentos há pouca ou nenhuma participação na tomada de decisão por parte dos residentes quanto ao funcionamento e serviços da ILPI, entre outros, e em geral, as instituições apenas comunicam algumas de suas decisões.

Assim sendo, promover a integração entre as pessoas, a inclusão dos idosos pode facilitar que todos possam dar suas opiniões espontaneamente sobre um determinado assunto e terem a oportunidade de tomar decisões em conjunto desenvolvendo uma interação de co-responsabilidade e, desse modo, favorecer o

bem-estar ao atender as necessidades sociais dos indivíduos (WESTPHAL, 2006).

Mais ainda, não há participação do idoso na tomada de decisões sobre o seu tratamento de saúde. Segundo um residente da filantrópica, não há oportunidade de tomar decisões em relação ao seu tratamento de sua saúde junto com os profissionais da instituição, embora isso fosse importante: *Não [participo das decisões do meu tratamento], eles [médico, enfermeiros] só falam o que é que eu vou tomar. (R11)*

Em relação a isso, para VIEIRA (2003) a autonomia não se reporta exclusivamente à capacidade ou habilidade da pessoa decidir a própria vida, mas um direito de exercer da melhor forma possível, assumindo, inclusive, os riscos decorrentes dessas escolhas. Mesmo uma pessoa dependente, mas autônoma pode decidir o que vestir, o que deseja comer. Então, para cada caso é preciso analisar e respeitar a autonomia.

Depoimento de um familiar da filantrópica manifesta que também tem grande interesse em conhecer e compreender o tratamento proposto para o seu idoso, além de participar da tomada de decisão, entretanto, não há interação com a equipe profissional: *Não participo [da tomada de decisão]. É, a gente gostaria de saber, né como anda o tratamento. (F4)*

Nesse contexto, cabe salientar que o Plano de Ação Internacional sobre o Envelhecimento (ONU, 2003) propõe a necessidade de mudança nas atitudes e nas práticas para se promover concretamente o envelhecimento saudável. Para tanto, é fundamental educar e melhorar a informação e a capacitação dos profissionais de saúde e da assistência social de forma que incluam plenamente os idosos na tomada das decisões relativas à sua própria saúde.

Vale mencionar que para CALDAS (2006) a saúde deve ser visto como um recurso humano que possibilita a pessoa atingir seus objetivos e ambições na vida, para tanto, o autocuidado é uma estratégia importante para a qualidade da existência. O autocuidado pode ser entendido como uma atividade que é aprendida em função de uma necessidade concreta da vida, na qual se estabelece uma conduta com certo objetivo direcionada para si mesma e ao seu redor, de forma a beneficiar a vida, a saúde e o bem-estar. Neste conceito inclui elementos básicos, tais como: a) saúde funcional, social e cognitiva; b) segurança; c) um ambiente adequado às necessidades

do idoso; d) um bom nível educacional; e) acesso aos recursos comunitários e/ou outras formas de suporte.

A autora ainda relata que, o autocuidado reforça a participação ativa das pessoas no cuidado de sua saúde como responsáveis pelas decisões que condicionam sua situação, o que coincide com a finalidade da promoção da saúde, portanto, é necessário que os cuidados sejam individualizados e que o idoso participe do seu planejamento, sendo o protagonista ativo desse processo e, desta maneira, promove-se o envelhecimento ativo (WHO, 2002a; CALDAS, 2006).

Mais ainda, é importante dar voz aos idosos, saber ouvi-los, reconhecer suas necessidades e experiências, pois entre os Princípios das Nações Unidas para Idosos estão a autorrealização, a participação, a dignidade que uma vez valorizados possibilita o envelhecimento ativo, assim como propiciar aos idosos o poder e a participação na tomada de decisões favorece o desenvolvimento das capacidades pessoais, o empoderamento e a qualidade de vida (WHO, 2002a; RESTREPO, 2001).

Quanto ao sedentarismo nas instituições, verificou-se que embora existam espaços abertos ao ar livre poucos residentes os aproveitam para passear, caminhar ou sentar nos bancos para conversarem.

Diariamente pôde-se observar que os residentes das duas instituições, em sua grande maioria, permanecem sentados diante da televisão, assistindo ou não a programação da televisão, e outros apenas sentados nas áreas de convivências. A atividade assistir televisão parece ser a única fonte de lazer para a maioria dos residentes o que pode favorecer o sedentarismo, o isolamento, a depressão.

Os residentes das instituições filantrópica e mista relatam que os aparelhos de televisão ficam ligados o dia inteiro, diariamente como forma de distração para as pessoas. Entretanto, a permanência constante diante da televisão parece ser prejudicial à qualidade de vida dos residentes. Os residentes de ambas as instituições relatam: *Essa televisão [ala das mulheres] é ligada das 8:00 da manhã até às 22:30. Direto! A presidente falou, tendo gente assistindo ou não, ela [TV] tem que ficar ligada. Porque, às vezes, vem uma visita ou alguém quer [assistir a TV]. Tem que ter uma distração! (R1)*

Eles [pessoas idosas] ficam muito na televisão. E isso, a televisão estraga [a qualidade de vida]. Toma café, televisão. Acaba de almoçar, cada um vem correndo na sua televisão [das salas de convivências de cada pavilhão ou no quarto]. (R15)

Assim como os residentes das duas instituições deste estudo ficam mais tempo assistindo à televisão, os idosos participantes do guia cidade amiga (WHO, 2007b) relataram que assistir à televisão é a única atividade de lazer e forma de conexão com a sociedade. Ao mesmo tempo, esses idosos referiram a preocupação e a insatisfação com a programação proporcionada pelas emissoras de televisão, pois são poucas as opções de programas televisivos voltados para eles. O que demonstra que a ILPI é um reflexo do hábito da população idosa na comunidade.

É preciso mencionar que a rotina diária no cuidado de idosos dependentes é muito intensa, com horários estabelecidos para medicar, oferecer banho, oferecer as refeições, trocar fraldas. Observou-se que, geralmente, após as refeições, a maioria dos idosos dependentes fica diariamente acomodada em poltronas ou cadeiras de roda na sala de convivência na qual o aparelho de televisão permanece ligado. Pouca ou nenhuma interação social ocorre entre as pessoas. Assim também relata o cuidador de idosos da instituição mista que os residentes são conduzidos para área de televisão: *Depois da refeição, colocamos eles [residentes semi-dependentes, dependentes] na sala, né! Ou...a gente [cuidadores] também tem que perguntar se eles querem ir ao sol, muitos não aceitam, né! Não querem [ir ao sol, passear]! Muitos não aceitam, preferem ficar na sala de televisão. E aí colocamos na sala de televisão. (C)*

Cabe ressaltar que as maiores adversidades para a saúde associadas ao envelhecer são a incapacidade e a dependência. E ao longo do tempo o sedentarismo, considerado como um dos fatores de risco para acidentes de quedas pode levar a essas adversidades (WHO, 2007c). Assim, é necessário evitar o isolamento, o sedentarismo, a inatividade.

A condição de independência da pessoa idosa está relacionada, por exemplo, com a manutenção de suas várias capacidades físicas e mentais, para tanto, é necessário estimular a prática de diferentes atividades. Bem como para não prejudicar a realização das atividades rotineiras é essencial manter a locomoção, e a mobilidade e assim garantir ao máximo a independência do idoso por mais tempo

possível. E para aqueles que se tornaram mais dependentes nas demais atividades de vida diária seria necessária a reabilitação e atividades específicas de forma regular. Logo, a participação regular em atividade física moderada como a caminhada melhora a força, o equilíbrio e a flexibilidade. Esta atividade propicia a preservação da independência dos idosos, a prevenção de diversas patologias, o declínio da capacidade funcional e contribui para reduzir o risco de quedas e das lesões relacionadas (WHO, 2007c).

Estudo quantitativo, descritivo (TERRA et al., 2009) identificou a prática de atividades por idosos, de ambos os sexos, na faixa de idade entre 60 e 90 anos em duas ILPI, uma filantrópica e outra privada, da cidade de Porto Alegre. As atividades sociais e recreativas mais relevantes para o grupo de residentes na filantrópica (n = 25) são: atividade de associação religiosa, conversar com amigos e hábito de realizar trabalhos manuais. Enquanto o grupo da instituição privada (n = 30) prefere mais a atividade de assistir televisão, e prefere não participar de atividade associativa. E em relação ao hábito de leitura, esta atividade se apresentou similar aos dois grupos. Esses autores verificaram que as atividades que os idosos residentes preferem, parecem ser mais passivas como, assistir televisão e conversar com amigos, dessa forma, os idosos permanecem mais tempo inativos e essa situação indica a pouca atividade física e a tendência para o sedentarismo.

Portanto, em relação a este tópico de participação o envelhecimento saudável e o bem-estar ao longo da vida podem ser influenciados pela participação social, e é mais fácil quando as oportunidades são diversificadas, quando se tem o conhecimento das atividades e, quando se tem a oportunidade de escolher as atividades. E no caso de idosos que estão mais isolados é necessário criar uma conexão social e com isso estimulá-los à participação. Assim, a participação social engajado em atividades sociais, educacionais, culturais, espirituais e de lazer pode promover as pessoas a continuarem a exercer a sua autonomia, a independência, a manter ou formar vínculos de apoio e de afeto e ativas à medida que envelhecem (WHO, 2007b).

Destaca-se ainda, que para GATTO (1996) ao estimular o idoso na prática de atividades deve-se estar ciente que ao envelhecer as condições físicas e mentais tendem a declinar o que pode limitar o engajamento nas atividades. A autora ressalta

que para propiciar a participação prazerosa e ativa do idoso é importante levar em consideração alguns fatores, tais como:

a) não se deve impor uma atividade ao idoso por acreditar que seja benéfica para o idoso, a participação deve ser então espontânea;

b) o idoso tem o direito de decidir como usar o seu tempo livre, e em quanto tempo destinará para a prática da atividade, pois o idoso já viveu a vida cumprindo ordens no trabalho, com horários e prazos fixos;

c) as atividades propostas devem estimular a cognição, promover a criatividade e a habilidade de resolver problemas;

d) as atividades oferecidas devem propiciar o engajamento social por meio de interações positivas;

e) quando uma atividade facilita ao idoso desenvolver um produto, deve-se possibilitar, se for interesse do idoso, a retirada de uma remuneração pelo resultado dessa atividade.

Deste modo, pode-se promover o envelhecimento ativo por meio da participação ativa dos idosos em oportunidades variadas de atividades que estão de acordo com as suas preferências, necessidades e potencializando suas capacidades (WHO, 2002a; RESTREPO, 2001).

5.5 GESTÃO DO CUIDADO

Para o tópico de gestão do cuidado foram realizadas perguntas abertas relacionadas aos cuidados oferecidos aos idosos. Experiências positivas e/ou negativas em vários aspectos: as condições de limpeza e higiene; a alimentação; a situação das roupas/lavanderia; o ambiente privativo; a forma de tratamento; os cuidados de higiene, de saúde, conforto que são oferecidas pela ILPI e fora dela. E perguntas relacionadas à atitude, ao treinamento e educação dos profissionais /funcionários/estagiários; à organização e aos serviços da ILPI; à participação da tomada de decisão do cuidado, em Anexo 1.

No que se refere aos cuidados gerais, o aspecto de boa limpeza e higiene em qualquer lugar é essencial para se viver bem e para se trabalhar de forma prestimosa. Observou-se que nas duas instituições deste estudo a limpeza de dormitórios, corredores e salas de uso comum ocorria diariamente, em geral, quando os idosos estavam ocupados em alguma atividade ou nos horários das refeições, de forma a evitar a circulação de idosos e funcionários durante o processo de limpeza. Os funcionários da manutenção da limpeza passam pano úmido no piso dos quartos, varrem os corredores e pátios diariamente, e lavam os refeitórios, os banheiros, entre outras tarefas. É uma condição complicada para esses funcionários exercer essa tarefa devido a grande circulação de pessoas.

Assim, foi observado que a tarefa de limpeza era diária nas instituições, apesar disso, ambas as instituições carecem de maior elaboração no quesito de limpeza e higiene. Na instituição filantrópica, muitas vezes, pairava o odor de urina em alguns ambientes e em alguns residentes. Há uma dificuldade na supervisão de higiene e dos banhos de alguns residentes independentes. Na instituição mista, observou-se que era frequente a poça de urina em um dos pátios de lazer em que o funcionário sempre tentava manter limpo. Dessa forma, parece haver necessidade de um pouco mais de supervisão quanto aos aspectos da limpeza e higiene.

Alguns residentes não estão tão satisfeitos quanto à limpeza e à higiene das instituições filantrópica e mista. A seguir alguns relatos de residentes da filantrópica: *Eh... as faxineiras limpam...onde elas acham que dá para passar um pano, limpa,*

limpa. Não [tem faxina], no duro! .... Higiene [pessoal] é precária, pelo seguinte, [tem gente que] toma banho quando quer, [e fica] um mau cheiro! (R2)

A pessoa mija no chão e fica o cheiro à noite inteira! É perigoso alguém escorregar nessa lagoa de xixi, e já caiu gente lá. A limpeza faz parte da saúde, faz mesmo! Tem que ser um negócio bem feito. Ninguém aceita casa suja, não!! (R7)

E o relato de um residente da mista conta que:... *quando aparece um rato aqui, eles [da instituição] procuram.. mata! (R15)*

Corroborando com os relatos anteriores, alguns familiares de residentes das duas instituições também estão descontentes com a limpeza e a higiene das instituições que poderiam ser melhor realizadas e fiscalizadas. Familiares da filantrópica assim comentam que: *A limpeza, eu acho que deveria ser mais, né!! Às vezes, fica aquele ar de xixi por causa delas [residentes], né... cheiro de urina! (F4)*

De modo geral, a limpeza não é muito... não tem aqueeela super limpeza que você chega e está espelhando, está cheirando aquela limpeza, né. É uma limpeza, mais ou menos. Precisaria uma limpeza mais efetiva! (F3)

Assim também os familiares da mista mencionam: *Eu acho sim que têm alguns aspectos que deveriam ser melhorados...a questão de...cuidados de limpeza. ...[outra] questão que me incomoda, porque todo dia, ele [idoso] derrama [alimentos na cadeira de rodas]. Mas fica um negócio...com muita poeira, [resto de alimentos] etc. Enfim, mas é um cuidado que eles [da instituição] deveriam ter! E cai naquela tal higiene...(F9)*
Eh...tem um pozinho...baratinha, às vezes aparece... rato... (F8)

Cabe lembrar que as instalações da instituição mista são maiores do que as da filantrópica e apresenta maior número de residentes (residentes semi-dependentes, dependentes, portadores de demência). A instituição mista comparada com a instituição filantrópica apresenta-se em melhores condições de limpeza assim como

possui maior número de funcionários e recursos específicos para essa tarefa.

Outra questão importante a ser relatada é a presença de animais como gatos que circulam pela área de pátio e na entrada do pavilhão inferior da instituição filantrópica e, presença de aves como pombos na instituição mista que circulam nas áreas de convivência e refeitório. Há um grande descontentamento dos residentes e familiares em relação à presença desses pombos, principalmente, durante as refeições: *Eu tinha uma outra coisa pra falar...Os pombos! Pombo incomoda! Os pombos entram dentro da central [do pavilhão da instituição mista], vão nas salas... O quê que é isso!!! Alguns [pombos]... paciência, os animais têm que viver. Mas tem que viver no lugar deles!! (R19)*

Um exemplo, que é meio esquisito, mas acho que cabe...é a questão das [aves]. Vira e mexe, têm pombos aqui [na instituição]. Pombo não pode!! Pombo é um bicho sujo!! Transmite doença, principalmente, para o idoso. Então, os pombos entram na sala de almoço e defecam, lá! É um negócio, que não pode!! É um absurdo, no meu modo de ver. (F9)

A instituição mista buscou, recentemente, uma solução para evitar que os pombos pousem no pátio, colocando alguns fios de nylon na altura dos telhados, em uma pequena área de pátio, mas sem resultados.

O Art. 37 § 3º do Estatuto do Idoso estabelece que as instituições que abrigam idosos "são obrigadas a manter padrões de habitação compatíveis com as necessidades dos idosos, bem como provê-los com alimentação regular e higiene indispensáveis às normas sanitárias e com estas condizentes, sob as penas da lei" (BRASIL, 2003). Por conseguinte, cabe à Vigilância Sanitária, por exemplo, garantir os serviços e os direitos dos idosos residentes em ILPI na forma de prevenir e reduzir os riscos sanitários, risco à saúde. E faz parte da competência da ILPI oferecer aos idosos um ambiente para se viver em condições adequadas de higiene, salubridade e segurança (ANVISA, 2005).

Para que se possam seguir as normas sanitárias, manter as condições de habitabilidade, prevenir risco à saúde e promover a qualidade de vida dos residentes em ILPI, as instituições necessitam aperfeiçoar a limpeza e a higiene, remover os animais e as aves, entre outros (ANVISA, 2005). É preciso, assim, de um ambiente

limpo, seguro para as pessoas viverem com dignidade.

Nesse sentido, na ausência de cuidados podem surgir eventos de infecção na ILPI, entre outros. Para exemplificar essa situação apresenta-se o estudo de BÔAS e FERREIRA (2007) que avaliou a ocorrência de infecções em uma ILPI filantrópica de Botucatu. Verificaram que a infecção respiratória foi a mais prevalente (50%), seguida pela do trato urinário (32%) e pele e partes moles (11%). O estudo identificou uma taxa de infecção de 63,6% e uma taxa de mortalidade por infecção de 5%. Assim, deve-se estar atento quanto ao idoso residente em ILPI que está mais suscetível à infecção em razão de alterações fisiológicas do envelhecimento, declínio da resposta imunológica, presença de doenças concomitantes.

Corroborando com essas informações o estudo observacional retrospectivo em ILPI com 508 leitos do Hospital Geriátrico e de Convalescentes Dom Pedro II da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo definiu as causas de morte de idosos residentes, num período de 12 meses. As principais causas básicas de óbito na instituição foram infecciosas como a broncopneumonia, sepse, infecção urinária e úlcera de pressão infectada. Os autores ressaltaram que a instituição precisa estar adequadamente estruturada, pois as infecções são passíveis de ações preventivas. Dessa forma, os funcionários e a equipe responsável pela assistência aos idosos residentes em ILPI devem estar atentos e tomar cuidados específicos para o controle de eventos de infecções em ILPI para se evitar a hospitalização e a morte de idosos (GORZONI e PIRES, 2011).

A respeito das necessidades básicas para se propiciar uma melhor qualidade de vida em ILPI estas podem ser, por exemplo: uma alimentação saudável com refeições saborosas em ambiente agradável e dormir bem com qualidade de sono para o descanso do corpo e da mente em espaço tranquilo. Estes serão abordados separados e em sequência após descrições das instituições.

Alimentação saudável: alguns fatores que interferem no consumo e no comportamento alimentar dos residentes.

Quanto às ILPI participantes deste estudo, a mista possui mais recursos financeiros e humanos, além de ser mais bem equipada quando comparada com a

filantrópica. A instituição mista possui uma cozinha industrial localizada no pavilhão central. Os funcionários dessa cozinha preparam as refeições de todos residentes e funcionários da instituição de acordo com as orientações da nutricionista. A instituição filantrópica também possui uma cozinha industrial onde são preparadas as refeições dos residentes e funcionários de acordo com as orientações da nutricionista voluntária.

Cabe mencionar, que os residentes considerados pagantes da instituição mista recebem uma refeição diferenciada, no café da manhã, com pães, frutas e frios (queijo) todos os dias, enquanto que os residentes considerados não pagantes recebem uma refeição matinal básica e às vezes são complementadas. Os residentes que têm condições de comprar ou que recebem alimentos (frutas, bolo) provenientes de seus familiares, das suas visitas podem comer essas frutas, bolos, biscoitos, entre outros. Entretanto, as instituições orientam os residentes a não guardarem os alimentos nos quartos para que se mantenha a higiene do local, para que se evite a proliferação de insetos e para não serem penalizadas pela Vigilância Sanitária.

Ambas as instituições possuem pavilhões com refeitórios, e cada residente tem seu local determinado para se sentar que foi estabelecido quando da admissão do residente na instituição. No refeitório da instituição filantrópica, tanto masculino como feminino, primeiro são servida as refeições para os idosos semi-dependentes, enquanto os independentes ficam numa fila de frente a abertura da cozinha industrial por onde recebem o prato com a refeição e depois devolvem o prato e os talheres para as funcionárias da cozinha. A mesa do refeitório é retangular, longa, construída em material de concreto fixa ao chão. Não se utiliza uma toalha de mesa assim algumas idosas levam uma bandeja ou jogo americano, e algumas levam o próprio copo, talheres e guardanapo e lavam seus pertences após a refeição.

Na instituição mista são vários os refeitórios nos diferentes pavilhões. Em particular, no pavilhão central onde está o maior refeitório que possui várias mesas e cadeiras individuais na qual há maior presença de idosos independentes. No horário próximo da refeição há sempre uma longa fila de cadeirantes, deixados pelos cuidadores de idosos, e idosos independentes aguardando a abertura da porta do refeitório. E no momento da abertura é grande a movimentação das pessoas. Na lateral desse ambiente próximo à entrada da cozinha industrial há um suporte que

possui várias travessas para se colocar os alimentos e servir as pessoas. São os auxiliares de enfermagem e cuidadores de idosos que preparam os pratos e levam para os residentes. É um momento de grande expectativa, alguns residentes não conseguem aguardar a vez de receber a refeição e saem de suas mesas e vão se servir da refeição.

De maneira geral, em ambas as instituições, os residentes ficam pouco tempo no refeitório e vão para os quartos para o repouso ou para a área de televisão. Os entrevistados disseram que em geral não se passa fome. Quando não consegue comer a refeição oferecida, fica-se em jejum ou substitui-se por biscoitos ou frutas. Os idosos relatam que sentem falta da comida de casa, da variedade de pratos oferecidos com preparo e tempero caseiro.

O momento das refeições deve ser tranquilo e prazeroso, entretanto, observou-se que muitas vezes ocorrem inquietações, discussões, brigas, e situações desconfortáveis entre residentes ou funcionários da instituição mista. Alguns entrevistados relataram que os idosos ficam muito tempo sem se alimentar no período entre o jantar e o café da manhã. Os horários das refeições foram considerados muito cedo pelos entrevistados. E segundo a gerente da instituição mista, e os representantes das instituições (filantrópica e mista) os horários são determinados pelas atividades de funcionamento da instituição e pela escala de horário dos funcionários.

Na opinião dos residentes, as refeições oferecidas pelas instituições, às vezes são boas e em outros dias não são tão saborosas. Parece não haver variedade no cardápio, há insatisfação quanto ao preparo das refeições, ao aspecto e sabor dos alimentos e também quanto ao horário.

Os depoimentos dos residentes das duas instituições são semelhantes e são apresentados alguns relatos representativos das duas instituições, pelos seus residentes da filantrópica: *É dá para engolir o...grude que eles fazem aí...meio brigando com elas [cozinheiras], mas dá! Podia ser melhor, né? [Ser] mais variado! R4*

Olha! A comida, nós temos três cozinheiras aqui [na instituição], duas cozinham divinamente bem, elas dão uma incrementada, fritam alho, cebola, tudo

que elas fazem fica gostoso, até uma carne moída! A turma reclama muito da comida [da outra cozinheira]. A carne congelada, fica [com] aquelas pelotas. A sopa de fubá, ela deixa tudo cheio de pelotas de fubá cru. Ninguém gosta, pega o prato e vai devolvendo. Fica sem comer! (R1)

O horário do almoço [na instituição] é cedo, mas como também depois têm os funcionários, a diretoria pra almoçar. 11:00 é o [nosso] almoço. [O lanche da tarde] é 14:30, mas ás vezes atrasa e 15:00 toca o sino. A sopa nossa é muito fraca! E, além de ser muito cedo! A sopa [jantar]...nós tomamos às 17:30. (R1)

Olha, para dizer a verdade, aqui tem de tudo! Não falta comida. Mas, o que chateia, é que é sempre o mesmo modo de fazer, não melhora e as cozinheiras, também, deixam um pouco a desejar. (R11)

Alguns residentes da mista apresentam relatos semelhantes aos anteriores: *Comida tem dias que está boa, tem dias que não vai. (R17) Não gosto da comida... Eh...mal feita, né!... é horrível a comida! Ah... deveria ser uma coisa mais bem temperada...melhorar em tudo, né!! (R18)*

Eles [da instituição] não rídica nada. E nada é de segunda! É tudo de primeira. E o que você almoça, você não janta. Porque vai fora [joga fora a comida]. Não pode repetir para o pessoal. (R15)

Poderia melhorar, vamos supor, mais qualidades, de comida. Mais variedade! A coisa que eu mais gosto é verdura! [e falta isso.] [Também tem o]...horário da comida..[que]é cedo!.. [outra coisa]...se você comeu às cinco [jantar]....e o café [da manhã] às 8 horas.. Fica muito tempo sem comer! (19)

O cuidador de idoso da instituição mista reforça a insatisfação de alguns idosos quanto aos alimentos servidos e, em especial, da não variedade das refeições, por exemplo, do lanche oferecido todas as tardes: *Eles [idosos] reclamam pra gente [cuidadores de idosos] que está servindo [os alimentos] né. Então, eles reclamam*

muito, porque assim...[por exemplo] da parte do lanche, né. Do lanche da tarde que é sempre bolacha! (C)

Verificou-se que a instituição filantrópica também recebe doações em forma de alimentos assim como a mista, entretanto, a instituição mista apresenta mais recursos para a compra de alimentos e para a contratação de funcionários e nutricionista para a preparação adequada das refeições e somente na mista tem cuidadores de idosos para a entrega das refeições e auxílio ao idoso.

Cabe mencionar que os visitantes, os familiares podem, por exemplo, almoçar na instituição filantrópica mediante o pagamento de R$ 6,00 reais, contudo, nem todos os familiares almoçam nessa instituição e não é frequente a visitas de familiares. Entretanto, houve um comentário de familiar que já experimentou a refeição preparada pela instituição e que achou a refeição saborosa: *Inclusive já almocei aqui... é uma delícia a comida.* E em relação à instituição mista, esta não disponibiliza refeições aos visitantes ou familiares. Há poucas visitas de familiares e nem sempre estão presentes nos horários das refeições ou têm disponibilidade de tempo nesse horário. Um familiar da mista menciona que está satisfeito quanto à refeição e ao horário estabelecido pela instituição: *Comida adequada, horário é excelente.*

Ao comparar com as opiniões dos familiares de moradores e dos residentes das duas instituições estas se apresentam com ponto de vista diferente. Os residentes tomam suas refeições todos os dias na instituição e os familiares de residentes das instituições nem sempre estão presentes. Os residentes talvez considerem a refeição como algo que deva ser prazeroso e assim são mais críticos com a alimentação e os familiares de residentes talvez considerem a refeição como algo que deva ser adequada as condições de saúde e bem-estar do idoso. Por conseguinte, é relevante que a refeição seja saborosa e adequada às necessidades nutricionais.

A alimentação de idosos é um tema muito importante no planejamento da gestão gerontológica sendo necessário compreender de forma ampla os vários fatores que interferem no processo de alimentação e condições nutricionais dos idosos, tais como: as condições econômicas (baixo poder aquisitivo para compra de alimentos nutritivos e saudáveis); a situação psicossocial (solidão familiar e isolamento social);

as alterações fisiológicas que interferem no estado nutricional (alterações no funcionamento digestivo, alterações na percepção sensorial, diminuição da sensibilidade à sede); os efeitos secundários dos medicamentos, entre outros (CAMPOS et al., 2000).

É fundamental identificar os fatores psicológicos e sociais que podem interferir no comportamento alimentar e ao mesmo tempo podem concorrer para a maior frequência de desnutrição entre os idosos residentes em ILPI. Esses fatores são influenciados pelo modo de preparo da refeição, a qualidade dos alimentos, o aspecto dos alimentos (sabor, textura do alimento), o tipo e variedade no cardápio, o horário das refeições, entre outros. Assim, SANTELLE et al. (2007) avaliaram as percepções sobre o processo de alimentação de 20 idosos desnutridos ou em risco de desnutrição e 20 idosos sem risco de desnutrição, de ambos os sexos, sem prejuízo cognitivo residentes em cinco instituições de longa permanência (três filantrópicas e duas privadas) no município de São Paulo. Os autores procuraram identificar os possíveis condicionantes no comportamento alimentar que podem interferir no estado nutricional dos idosos. Verificaram que os idosos consideram uma refeição saborosa quando esta apreciação está ligada à forma de apresentação do alimento, à forma de proporcionar um sabor agradável ao paladar, e ao tempero no ponto certo.

Relacionaram ainda que ao ser ofertada uma alimentação adequada, equilibrada há associação com melhor saúde e qualidade de vida. Os idosos relatam também que houve mudanças na alimentação após o ingresso na ILPI, por exemplo, quanto ao tipo de cardápio oferecido, à qualidade da alimentação, aos horários das refeições. E em muitas situações, os idosos não se alimentam bem por não gostarem da comida (SANTELLE et al., 2007).

Dessa forma, as ILPI podem desenvolver intervenções positivas para o consumo alimentar e a manutenção do estado nutricional dos idosos residentes, da seguinte maneira:

a) proporcionar um refeitório agradável (limpo, arejado, de preferência de cor clara, com piso antiderrapante, com mobiliário adequado e com espaço livre para facilitar a circulação das pessoas);

b) sentar a pessoa idosa confortavelmente à mesa em companhia de outras pessoas;

c) disciplinar e fracionar o consumo de alimentos estabelecendo horários (oferecendo

refeições menos volumosas mais vezes ao dia);

d) oferecer aos residentes refeições atrativas, coloridas, saborosas (usar temperos naturais como alho, cebola, cebolinha, cheiro verde, salsa, orégano e outros, evitando, assim, o abuso do sal);

e) promover um contraste de cor entre os utensílios e o forro da mesa. Essas ações melhoram o estado de ânimo do idoso, influenciando, positivamente, o seu apetite. Pode-se, também, colocar um fundo sonoro neste ambiente, desde que a opção seja por músicas suaves e que atendam à preferência da faixa etária, pois o idoso tende a degustar os alimentos com mais tranquilidade. Tais condutas proporcionam ao idoso mais prazer com a alimentação (CAMPOS et al., 2000).

Logo, para um consumo e comportamento alimentar saudável dos idosos, as ILPI podem estar mais atentas quanto às preferências alimentares e às necessidades nutricionais dos residentes, desenvolvendo um cardápio mais elaborado, variado e saboroso. Vale salientar que os profissionais diretamente envolvidos na alimentação possam estar mais abertos às opiniões e às sugestões dos residentes e assim possam analisar caso a caso e estabelecer um cardápio de acordo com as necessidades nutricionais, as condições de saúde, entre outras (CAMPOS et al., 2000; SANTELLE et al., 2007).

Outra questão muito importante na vida de todo ser humano além da alimentação é a qualidade de sono. Dormir bem é uma necessidade básica para a boa saúde. Nesse sentido, foi observado nas instituições deste estudo que durante o dia poucas eram as atividades que evitavam a inatividade, o sedentarismo. E segundo os depoimentos dos participantes, durante à noite, por ser um ambiente fechado e coletivo, alguns residentes, por diferentes motivos, mental, comportamental, estado de saúde, faziam “barulhos” que perturbavam o sono tranquilo dos outros.

Outras situações que dificultam o sono tranquilo são os funcionários de enfermagem que acendem as luzes dos quartos para identificar ou atender alguma ocorrência ou para a entrega de medicamentos. Nessa dinâmica, outros residentes despertam, ficam agitados o que conduz para a má qualidade do sono e, desta maneira, repercute no humor, na resposta comportamental do idoso, entre outros.

Os residentes relatam as dificuldades de se ter repouso e sono tranquilo nas instituições. Como os depoimentos de residentes da instituição filantrópica a seguir: *O barulho durante à noite. Tem gente que liga o rádio, logo às 03:00 horas da manhã. Tem um aviso [de horários para ouvir rádio] na porta, mas não obedece! Acha que não está... não está incomodando os outros. Mas, é o suficiente para quem tem o sono leve, acordar. (R11)*

[O funcionário]para dar um comprimido para um doente, tem que acender o quarto inteiro!! [No pavilhão] tem repartição de três, de quatro [leitos], mas não tem uma luz para servir pra aqueles três ou quatro [daquela repartição]. Às vezes você está dormindo assim...e a enfermeira chega e plé...tum...se você tiver meio, meio assim...você acorda!! (R6)

E o relato de um residente da instituição mista: *Depende do dormir bem, né. Tem gente que ronca muito, grita muito à noite. Que nem, a moça que tava lá, junto com nós [no quarto], ela gritava muito! Ah..eu não sei o nome da doença que ela tinha, não. Dormir assim, a gente [fica] atrapalhada. Ela gritava muito! Aí, vinha as enfermeiras, acendia toda luz, vinha aquele balão de oxigênio para dentro do quarto, ela brigava, tirava de lá, aquela confusão danada! [Então], às vezes dá, às vezes não dá [para dormir bem]. Bom, a gente dorme, um dia sim, um dia não! (R16)*

Com o envelhecimento podem ocorrer alterações no sono e que podem ser deterioradas pelo ambiente (ruídos, luminosidade, temperatura) e pelas rotinas monótonas da ILPI. Cabe compreender que a privação do sono é a remoção ou supressão parcial do sono. Esta condição pode causar diversas modificações: físicas, cognitivas, metabólicas, endócrinas, neurais e alterações no padrão do sono (menor duração do sono noturno, dificuldade de reiniciar o sono), que em sua somatória comprometem a saúde e a qualidade de vida do sujeito nestas condições (ANTUNES et al., 2008).

Nesse contexto, uma pesquisa quantitativa (ARAÚJO e CEOLIM, 2010) em quatro ILPI localizadas em uma cidade do estado de São Paulo empregou o Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh para avaliar a qualidade de sono de 38 residentes.

Identificou-se que a maior parte dos residentes apresentou sono considerado de má qualidade. Dentre os problemas identificados em relação ao sono noturno, com frequência de três ou mais vezes por semana: destaca-se a necessidade de levantar-se para ir ao banheiro (63,2%); uso de medicação para dormir (13,2%); sentir dores (21,1%); tossir ou roncar muito alto (10,5%); sentir muito calor (23,7%); queixa de despertar muito cedo ou de acordar no meio da noite (50%) tendo um sono fragmentado.

Cabe destacar que em relação a essa fragmentação os autores verificaram que o desempenho nas atividades de cuidado pela equipe de enfermagem ou por cuidadores, principalmente, no período da madrugada contribuíam para a interrupção do sono noturno que afetavam o tempo total dormindo e na qualidade do sono restaurador. Essas atividades de entrar e acender a luz do dormitório, conversas em voz alta e outras ações pelos funcionários contribuíam para a má qualidade de sono. E dessa maneira, a deterioração da qualidade do sono pode causar prejuízos ao cotidiano e à saúde dos residentes, pela dificuldade de manter a atenção e a concentração, pelo aumento do risco para quedas e pela redução da sobrevida (ARAÚJO e CEOLIM, 2010).

O sono e o repouso são funções restauradoras para o equilíbrio da vida. E fatores intrínsecos e extrínsecos atuam em conjunto na determinação da qualidade do sono da pessoa idosa. Por conseguinte, é importante a integração entre a instituição e sua equipe de profissionais para avaliar o impacto das intervenções sobre a qualidade do sono dos residentes; desenvolver modificações ambientais; promover mudanças de atitudes e comportamentos; desenvolver durante o dia um programa de atividades físicas ou lúdicas e, durante à noite, promover um cuidado individualizado de forma a reduzir atividades desnecessárias que geram interrupções do sono (ARAÚJO e CEOLIM, 2010).

De acordo com os depoimentos dos residentes e familiares parece existir uma carência de funcionários nas instituições estudadas, o que sobrecarrega a atuação dos demais funcionários, muitas vezes estressados e cansados. Com isso os residentes podem não receber a atenção e o cuidado necessários. Várias são as situações em que

o idoso precisa da atenção profissional: ser conduzido para atividade, oferecimento de alimento, troca de fraldas, higienização, medicação, passeio ao ar livre, mediação de conflitos, entre outras. Cabe mencionar que houve casos de quedas de idosos nessas instituições que resultaram em prejuízos físicos e emocionais. Há situações de brigas e discussões entre residentes que precisam ser apartados, por exemplo, idoso demenciado que bate em idoso cadeirante totalmente dependente. Provavelmente, esses problemas possam ser amenizados pela presença de maior número de funcionários e o cuidado ao residente possa ser de forma mais zelosa. Ao mesmo tempo, é necessário ponderar que no caso da instituição mista há um maior número de residentes que necessitam de cuidados diferenciados e para tanto requer funcionários treinados adequadamente e profissionais especializados.

Outro ponto, a ser esclarecido, segundo os representantes das instituições, é a grande rotatividade de recursos humanos devido à busca por melhor remuneração e à sobrecarga de trabalho. Essa situação é confirmada na opinião de alguns residentes e familiares que observam a rotina da instituição.

Assim, um familiar da instituição filantrópica menciona que: *Na enfermaria, elas [idosas] fazem [as necessidades fisiológicas] na roupa mesmo. Então, as pessoas [idosas] ficam cheirando!!. Então, quer dizer, na enfermaria, ...eu vejo que é muito pouco os funcionários...para a demanda que o serviço tem, né! Deveria ter mais funcionários... prá fica vendo, mais eles [residentes] para estar limpando rapidinho, para eles [residentes] não estarem em contato com isso [urina/fezes] por muito tempo, para não ficar formando feridas... (F3)*

Um residente da instituição mista relata que há muitos idosos que precisam ser atendidos, mas que os funcionários não conseguem atender a todos adequadamente: *Eles [funcionários] não dão conta!! Tem muita gente [residente] aqui que sai assim...andando ao léu. Não pode! Tem que ficar atrás, olhando. Às vezes, a pessoa fica agressiva [residente portadora de demência]. Se quiser pegar na mão...Tem jeito certo de pegar nas pessoas, né! (R12)*

Elas [residentes] batem, elas xingam..[outros residentes].... elas xingam as meninas [funcionárias]. E as meninas fazem o que pode! Tem bastante meninas, mas tem muito pavilhão!! (R15)

Alguns depoimentos de familiares da instituição mista relatam que há rodízio de funcionários em busca de melhores salários e mencionam a necessidade de mais funcionários para o atendimento dos residentes viverem com qualidade de vida: *Eles pagam pouquíssimo aqui [na instituição], há rodízio [de funcionários, de cuidadores de idosos]. Então, [por exemplo] não há adaptação, não há aquele vínculo [do residente com o cuidador o que limita o atendimento adequado]... fica aquela insegurança... e medo! (F8)*

Em casa, ele [idoso] caminhava. Muito mal, mas caminhava, do quarto para sala, da sala para o quarto, para cozinha... E quando chegamos aqui [na instituição], a gente [familiares] percebeu que...ele não caminha!! Então, aí, elas [auxiliares de enfermagem, cuidadores de idosos] falaram que realmente, às vezes, é complicado, prá cada uma cuidar de tantos [idosos]..... (F10)

O que eu tenho percebido é que...há um pouco assim...de falta de funcionários, na parte da enfermagem. Eu acho que eles [da instituição] poderiam colocar mais [funcionários]... Aumentar um pouco o quadro de auxiliares, de cuidadores e cuidadoras para que eles tenham mais tempo para os idosos. Porque há momentos que, por exemplo, assim, se é horário de almoço, de café, acho que [a idosa] fica um pouco sozinha. E também...eu acho que aumentando esse quadro [de funcionários] pode também diminuir essa parte dos velhinhos caírem, de se machucarem. Porque houve casos de [idosos] caírem, se machucarem e depois [ficarem acamados por um bom tempo e piorar o quadro de saúde física e mental], né! Então, eu acho que essa parte, seria muito importante!! (F6)

Nessa situação, verifica-se que há maior necessidade de cuidados para os residentes da instituição mista do que na instituição filantrópica. Dessa forma, pela demanda de maior atendimento evidencia-se a necessidade de mais funcionários especializados assim como de ambientes diferenciados na instituição mista.

Para o adequado funcionamento de uma instituição que presta serviços para idosos, a ANVISA (2005) estabelece que seja imprescindível dispor de um número suficiente de funcionários/profissionais no quadro de recursos humanos de forma a atender às necessidades de cuidados de saúde, assistência social, de alimentação, de

higiene, de repouso, de lazer e de bem-estar dos residentes. A carência desses funcionários implica em não garantir o bom andamento da instituição e o apropriado atendimento aos idosos residentes.

Além disso, a ANVISA (2005) estabelece que para os idosos semi-dependentes, ou seja, idosos com dependência funcional em qualquer atividade de autocuidado (alimentação, mobilidade, higiene) que necessitem de auxílios e cuidados específicos é preciso que a ILPI disponha, por exemplo, de um enfermeiro com carga horária de 12 horas por semana; um auxiliar/técnico de enfermagem para cada 15 idosos, um cuidador para cada 10 idosos.

Quanto aos serviços de lavanderia, as duas ILPI possuem áreas de lavanderia com funcionários responsáveis pela lavagem das roupas e de tinturaria. Alguns residentes também auxiliam nessas tarefas diariamente, como passar roupa. Há uma área específica nas instituições para a secagem das vestimentas e das roupas de cama. Cada peça de vestuário recebe uma identificação na admissão do residente. Entretanto, muitas vezes pode ocorrer uma danificação da vestimenta, ou troca de roupa ou desaparecimento de vestuário, por isso, alguns residentes preferem que a vestimenta (camisa, calça) seja lavada em casa e muitos dos residentes preferem lavar pessoalmente as peças leves do vestuário, como camisetas, lingerie. As pequenas peças de roupa são colocadas em cabides ou em cima de toalhas estendidas na cabeceira da cama, apesar do impedimento da instituição. A instituição mista possui também um pequeno tanque de lavar roupa para uso dos residentes e a filantrópica possui um tanque somente no piso inferior da instituição onde está localizada a lavanderia.

Cabe lembrar que a maior parte dos residentes e dos familiares da instituição mista possui melhores condições econômicas e sociais quando comparados com os da filantrópica. Assim, esses residentes vestem as próprias vestimentas enquanto que a maioria dos residentes da filantrópica recebe roupas que foram doadas para a instituição o que ocorre com grande frequência e, desse modo, não há depoimentos destes residentes ou familiares relacionados à lavanderia. Contudo, tanto um residente e alguns familiares da instituição mista relatam os problemas dos serviços

de lavanderia dessa instituição: *As roupas, principalmente, as camisetas estão aparecendo tudo com furos... Eh.... Devem ser as máquinas [de lavar roupas], as máquinas são velhas, são antigas! Quando a roupa é muito boa vai para lavar em minha casa. (R19)*

De vez em quando tem algumas coisas erradas, como a lavanderia que está péssima! A roupa sai rasgada... não sei o que está acontecendo. A máquina ou alguma coisa aí não está bom! Eu falei para a moça [da lavanderia](F7)

Se cair um botão, você vai ficar sem o botão! Porque não tem ninguém que preste esse tipo de serviço. Você tem que pegar, levar para casa, faz e tal. (F9)

Em relação a quedas os residentes das duas instituições disseram que ocorrem acidentes de quedas e alertam os locais de risco de quedas nas ILPI. Um residente da filantrópica relata: *Olha! ... na entrada [da instituição tem degraus], eu já cai!! ...o meu tombo foi feio!! Eu tive sorte, cai e não quebrei nada. Mas, tem gente [residente] aqui que já quebrou fêmur, quebrou parte da perna, quebrou não sei o que? Você está entendendo? (R5)*

Residentes da instituição mista também contam dos acidentes de queda dentro da instituição: *Tive duas quedas no banheiro que machucou a coluna. Eu levantei com a luz apagada que a companheira do meu quarto, não gostava que acendia a luz. E eu para não estar incomodando, fui levantar no escuro. E pensei que a porta estava aqui e a porta estava lá. E eu bati assim, e cai! (R18)*
Eu cai no quarto, escorreguei por causa do piso, o piso não é antiderrapante! Foi durante o dia... (R19)

Assim, nas duas instituições ocorreram situações de quedas com os residentes. Entretanto, houve apenas um depoimento do familiar da instituição mista confirmando os acidentes de quedas nessa instituição: *Eu acho que eles [instituição] poderiam colocar mais...aumentar um pouco o quadro de auxiliares, de cuidadores...porque houve casos dos velhinhos caírem e, se machucarem!! (F6)*

A ocorrência de quedas resulta de uma complexa interação de fatores de risco

que podem ser categorizados em quatro dimensões: biológica (doenças crônicas), comportamental (uso de múltiplos medicamentos, sedentarismo), ambiental (design de edifício inadequado) e fatores socioeconômicos (baixa renda, moradia inadequada). As exposições a esses fatores e suas interações podem aumentar o risco à queda (WHO, 2007c). Dessa forma, é necessário estar atento para se evitar a possibilidade do idoso cair, pois o efeito de uma queda para o idoso pode trazer várias consequências prejudiciais, entre estas, estão a dor crônica, o período de internação mais longa, o extenso período de reabilitação, a perda de independência, a redução da qualidade de vida e morte (WHO, 2002a; WHO, 2007c). Cabe mencionar que a frequência das quedas aumenta com a idade e o nível de fragilidade, sendo essencial estabelecer intervenções para a prevenção de quedas.

Uma pesquisa com 180 idosos, na faixa etária entre 65 e 106 anos, com média de idade de 80,2 anos, em dez ILPI na cidade de Rio Grande (RS) verificou que a prevalência de quedas entre esses idosos era de 38,3%. As quedas mais comuns ocorreram no ambiente institucional (62,3%), sendo o quarto, o ambiente onde ocorreu o maior número de quedas (23%). As quedas foram associadas, por exemplo, com depressão e maior quantidade referida de medicamentos para uso diário (GONÇALVES et al., 2008).

Outro estudo entrevistou 243 idosos, com idade média de 77,7 anos, em 19 ILPI da cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, para verificar a ocorrência de quedas e os fatores associados. Cerca de um terço dos idosos sofreu pelo menos uma queda no último ano. A ocorrência de quedas foi duas vezes maior com as mulheres. A utilização de medicação psicotrópica em idosos esteve significativamente associada com quedas naqueles que a utilizavam, 58%. Os locais onde mais ocorreram quedas foram: o quarto, o banheiro, o pátio. O turno de maior ocorrência de quedas foi o diurno. Dentre os motivos mais frequentes de ocorrência de quedas de idosos residentes em ILPI foram: escorregão, sentir tontura e desequilíbrio (ÁLVARES et al., 2010).

Ressalta-se que o ambiente físico tem um papel significativo em muitas quedas de idoso, por exemplo, em degraus estreitos ou muito altos, quinas que não são demarcadas, corrimões descontínuos, tapetes soltos, iluminação inadequada ou excessiva, pisos escorregadios, calçadas irregulares, entre outros. E esses exemplos,

são passíveis de intervenções para a prevenção de quedas (WHO, 2007c). Logo, um ambiente físico seguro e acessível promove o envelhecimento ativo (WHO, 2002a).

Observa-se assim que para a manutenção da capacidade funcional e o bem-estar dos residentes em ILPI é essencial realizar a avaliação constante dos idosos, promover a educação para o autocuidado, identificar os fatores de risco intrínsecos e extrínsecos para acidentes de quedas, realizar os registros de ocorrências de quedas, promover o treinamento de funcionários e implementar protocolo para prevenção de quedas em ILPI (FERREIRA e YOSHITOME, 2010).

Um ponto a se abordar, em caso de indivíduo ser portador de demência. Esta situação pode contribuir para o aumento do risco à queda, seguida de fratura grave entre idosos. Visto que a dificuldade de memorização de informações novas causa transtornos na adaptação aos ambientes novos, assim observa-se que mesmo numa simples mudança de um móvel, ou o acréscimo de um degrau ou até a mudança para outra casa, pode-se conduzir para o risco à queda. Portanto, faz-se necessário a maior assistência a esse idoso e realizar ajustes ambientais mais elaborados (ROCHA e CUNHA, 1994; CARVALHO e COUTINHO, 2002; PERRACINI, 2006).

A respeito de se viver com dignidade é necessário relatar que, em particular, a instituição mista se caracteriza com maior número de residentes com prejuízos cognitivos e residentes dependentes, assim com maiores necessidades de cuidados. Enquanto que a instituição filantrópica se caracteriza com maior número de residentes independentes e em boas condições mentais. Então, observou-se que na instituição mista a convivência diária no ambiente coletivo dificulta o viver em tranquilidade e dignidade tanto para os residentes sem acometimento de demência quanto para os idosos acometidos de demência. Eram regulares nesta ILPI as situações de inquietudes, desavenças, brigas, discussões, agressões verbais e, às vezes, agressões físicas entre os residentes. Já é uma condição complexa para os idosos lúcidos e independentes terem que viver em uma instituição, e ainda, torna-se mais complicado por precisarem conviver com pessoas portadoras de demência que já não têm a consciência do que fazem. Essa situação pode não promover uma qualidade de vida adequada e influenciar no envelhecimento saudável. Os

constrangimentos, as insatisfações e o mal-estar diário geram o desejo que se tenha alas mais específicas, para os residentes mais lúcidos e ala para os residentes com maiores prejuízos mentais e com dependências.

Cabe lembrar que os residentes participantes deste estudo são pessoas independentes e em boas condições cognitivas. Assim, tanto na opinião dos residentes independentes sem demência da instituição mista como dos familiares dessa instituição há o desejo, a necessidade de alas mais específicas que permitam uma qualidade de vida: *Pessoas que têm problema, por exemplo, doença de Alzheimer, enquanto a gente aceita o que ela está conversando está tudo bem. Não pode sair da regra dela. Tem umas que... bate!! A gente se afasta porque quando o pessoal percebe [essa condição], evita ao máximo! (R12)*

Eu gostaria que tivesse uma ala... para aqueles [idosos] piores! Uma ala para os melhores e os outros poucos melhores. Melhores de cabeça!! (R15)

Elas [residentes com demência] brigam todos os dias! Na mesa! ...aquela gritaria, aquela coisa! Na hora da refeição que a gente precisa...calma, de silêncio, não é? Dói à cabeça, fico nervosa, né! Não podia por uma parte...separada? Não!.. é tudo misturado!! Eles [da instituição] não fazem nada, para ajudar, para melhorar!(R18)

Assim confirma um familiar: *Agora, pode ser que se tivesse uma separação melhor, assim..os que tivessem melhor cognitivamente, ficassem num pavilhão, e os que não...Eu acho que seria mais interessante! (F10)*

A incidência e a prevalência das demências aumentam exponencialmente com a idade, duplicando, quase, a cada 5,1 anos, a partir dos 60 anos de idade. Com o aumento da expectativa de vida da população idosa mundial e maior sobrevida dos indivíduos acometidos por demência acarreta o aumento expressivo na prevalência das demências nas diversas faixas (MACHADO, 2006).

É preciso compreender que as síndromes demenciais são caracterizadas pela presença de déficit progressivo na função cognitiva, com maior ênfase na perda de memória, e interferência significativa sobre o desempenho do indivíduo em

atividades de vida diária, tanto no âmbito profissional, social ou de lazer (MANFRIM e SCHMIDT, 2006). Dentre as demências, a doença de Alzheimer corresponde a cerca de 60% de todas as demências. Assim, para o tratamento deve-se propiciar a melhora da qualidade de vida, elevar ao máximo o desempenho funcional e promover o mais alto grau de autonomia factível pelo maior tempo possível em cada um dos estágios da doença. Mais ainda, é preciso desenvolver um ambiente favorável e livre de conflitos, promover adaptações ambientais necessárias, entre outras (MACHADO, 2006).

Compreende-se, então que a pessoa idosa portadora de demência necessita de cuidados especializados e de local especializado nesse atendimento, entretanto, devido ao aumento progressivo da dependência física e mental e necessidade de atendimento especializado algumas dessas pessoas são levadas para morar em ILPI nem sempre preparada e adequada para essa assistência de cuidados especiais (BORN, 1996).

Ressalta-se que em ILPI "é vedada a permanência de idosos em condições de saúde física e mental que demande tratamento específico não disponível na instituição que, quando não oferecido, possa agravar ou por em risco sua vida ou a de terceiros", assim como, é preciso "respeitar a adequação da capacidade de residentes por instituição e unidade" (ANVISA, 2005).

Para tanto, para uma ILPI que apresenta grupos de residentes que necessitem de cuidados diferenciados, especializados é necessário que atenda essas diferenças (ANVISA, 2005) de forma a incluir uma ala ou unidade com ambientes adequados para grupos de idosos portadores de necessidades específicas, como de demência, para assim proporcionar uma diversidade de cuidados contínuos que abranjam várias fases da doença e capacidades funcionais diferentes. É adequado propiciar aposentos específicos e espaços para atividades que proporcione atividades apropriadas para as pessoas com demência. Bem como, são necessários funcionários capacitados, profissionais qualificados para atender às necessidades específicas desse grupo de idosos. Portanto, nessa situação, uma ILPI necessita apresentar uma unidade com ambientes diferenciados para os residentes sem demência para se manter o bem-estar e, em outra unidade com ambiente organizado que ofereça assistência especializada para os idosos portadores de demência para se elevar a qualidade de vida. Estas alas

adaptadas podem ser menores, ter um desenho do ambiente que facilite a orientação desses idosos e ter um ambiente com controle de estímulos sensoriais (ruídos, movimentação intensa) para diminuir ansiedade, depressão, agitação e confusão. Nesse ambiente específico permite-se o maior convívio social, estimula-se o desempenho das atividades diárias e também aumenta a supervisão dos funcionários e a interação com os residentes. Desta maneira, desenvolve-se um ambiente saudável de acordo com as necessidades, as preferências e as capacidades dos idosos para que se possa viver em harmonia, qualidade de vida e a manutenção da dignidade (ANVISA, 2005; MACHADO, 2006; PERRACINI, 2006).

Diante disso, salienta-se a importância da capacitação e qualificação profissional no atendimento às necessidades do idoso de forma que o Estatuto do Idoso dispõe em seu Art. 50 que constitui obrigação V - oferecer atendimento personalizado; XI - proceder ao estudo social e pessoal de cada caso. Assim como, estabelece em seu Art. 3º VI - que haja a capacitação e reciclagem dos recursos humanos nas áreas de geriatria e gerontologia e na prestação de serviços aos idosos (BRASIL, 2003).

Segundo MENDONÇA (2006), a maioria das instituições filantrópicas, no Brasil, ainda tem o caráter de atender com visão caritativa, ou seja, cama e comida, sem infraestrutura adequada e sem pessoal habilitado para cuidar dos idosos. Assim, cada vez mais é fundamental que as instituições de atendimento integral para idosos estejam apropriadas para promover serviços de qualidade, estejam bem estruturadas com recursos materiais adequados, recursos humanos qualificados e capacitados e apresentem uma sistematização da assistência gerontológica com abordagem mais humanizada de modo a garantir um cuidado integral ao idoso e para que se promova uma velhice digna (DEBERT e SIMÕES, 2006; OLIVEIRA et al., 2008).

Em relação às práticas amigáveis na ILPI os residentes das instituições filantrópica e mista gostariam que os funcionários, profissionais desempenhem suas funções adequadamente, conforme sua capacitação e desejam ser respeitados, tratados com paciência e com atenção nos cuidados. Assim, algumas opiniões dos residentes da instituição filantrópica mencionam como gostariam de ser tratados:

Eh...fazer o serviço deles [cada trabalhador da ILP exercendo sua função], fazer a obrigação deles. A obrigação deles não é trabalhar? É fazer a obrigação! Tá certo! (R7) Conversando, falando com paciência, com entendimento! (R5)

E nos depoimentos dos residentes da instituição mista também relatam como gostariam de ser tratados: *Tratar com mais respeito, sinceridade!! (R17)*
Ser cuidadosa com os idosos, não ser estúpida, não puxa pra cá, não puxa pra lá! Algumas [auxiliares de enfermagem e cuidadoras dão banho] lavam direitinho, algumas não lavam direito, não lava as partes íntimas, não enxuga o pé direito (R13)

Um bom médico é aquele que dá boa atenção para todos os velhinhos, né, sem exceção de ninguém. Quer dizer que, atende assim, tudo igual! (R16)

Nas opiniões dos familiares, estes gostariam que os idosos tivessem maior acompanhamento por parte dos profissionais, e que os profissionais e funcionários tivessem maior educação, respeito ao lidar com os residentes e tratar com atenção, amor e dignidade. Assim, um familiar da instituição filantrópica expressa como um idoso precisa ser tratado: *Entendeu, [profissional/instituição deve] ficar mais... presente...assim.. com eles [idosos], né! Eles ficam muito soltos!! [sem acompanhamento do caso]. Então, eu acho que tinha que ter uma presença mais efetiva [do profissional] assim..na condução das coisas.(F3)*

Tem que ter um mínimo um pouco de educação para falar com as pessoas idosas... puxa vida! Eles já estão... sofrendo de estar aqui! Na verdade, eles queriam ter um cantinho deles, né... fazer as coisinhas deles...tudo, mas estão aqui [na instituição]...e aí o mínimo que a gente [as pessoas] tem que fazer é dá o carinho, o amor, o respeito por eles, né!! (F3)

Assim também expressa um familiar da instituição mista que precisa tratar o idoso: *Com respeito, dignidade e amor. Dignidade em primeiro lugar!!! (F8)*

Os representantes das instituições relataram que a ILPI não oferece

treinamento ou capacitação aos seus funcionários e nem apoio psicológico ou mesmo informações de direitos sociais. Apesar dessa situação, é importante a instituição oferecer maior apoio aos funcionários sempre que possível para que estejam em boas condições para prestar serviços adequados aos residentes.

Nesse sentido, observa-se que entre os objetivos do Plano de Ação Internacional sobre o Envelhecimento estão: a) melhorar a informação e a capacitação de profissionais de saúde e de serviços sociais quanto às necessidades de idosos; b) instituir programas de educação continuada para profissionais da saúde e dos serviços sociais com vistas a aplicar um enfoque integrado da saúde, do bem-estar e da assistência a idosos, assim como de aspectos sociais e psicológicos do envelhecimento (ONU, 2003).

Por conseguinte, é fundamental que a qualidade de serviços oferecidos pela ILPI seja de alto nível, em particular, pela capacitação e qualificação na área gerontológica do seu quadro de recursos humanos. Os membros da equipe responsável pelo atendimento integral ao idoso deve ser maior e mais qualificado quanto maior o número de idosos dependentes que exigem mais cuidados. Para tanto é prudente que os funcionários da instituição tenham formação básica adequada, com atualizações recentes para estarem qualificados para as funções necessárias e que possam receber treinamentos e capacitações contínuas, em particular, focadas nas principais necessidades dos idosos residentes em ambiente institucional (BORN e BOECHAT, 2006).

Além disso, em relação à saúde, a RDC nº 283 (ANVISA, 2005) estabelece que a ILPI deve elaborar um Plano de Atenção Integral à Saúde dos residentes em articulação com o gestor local de saúde, a cada dois anos. Entre as características deste Plano a instituição deve:

a) prever a atenção integral à saúde do idoso, abordando os aspectos de prevenção, promoção e proteção;

b) dispor de rotinas e procedimentos escritos, referente ao cuidado com o idoso;

c) indicar os recursos de saúde disponíveis para cada residente, em todos os níveis de atenção, sejam eles públicos ou privados, bem como referências, caso se faça necessário;

d) conter informações acerca das patologias incidentes e prevalentes nos residentes;

e) avaliar anualmente a implantação e efetividade das ações previstas no plano, considerando, no mínimo, os critérios de acesso, resolubilidade e humanização;
f) em caso de intercorrência médica, cabe ao Responsável Técnico providenciar o encaminhamento imediato do idoso ao serviço de saúde de referência previsto no plano de atenção e comunicar a sua família ou representante legal; entre outras.

Na opinião dos participantes do guia cidade amiga há necessidade de serviços que disponibilizem cuidados específicos de longa duração para idosos como os serviços oferecidos pelas ILPI. Há um consenso entre esses participantes que faltam alternativas apropriadas e financeiramente viáveis para os idosos que não estão mais capazes de viver em suas próprias casas. Nessa condição, surgem outras dificuldades que são a carência de vagas nas ILPI assim como o alto custo para se morar nesses estabelecimentos. Entretanto, em algumas cidades participantes, apresentaram uma grande preocupação quanto à segurança dos idosos devido à baixa qualidade de cuidados prestados para idosos nesses estabelecimentos, em especial, aos pobres, insuficiência de pessoal, e suspeita de sedação de residentes (WHO, 2007b).

Essas informações indicam a insegurança, a preocupação e a expectativa das pessoas do mundo inteiro em relação à qualidade das instituições de cuidado integral ao idoso, por isso, é premente a renovação nesses serviços que estejam cada vez mais preparados para as exigências do mercado, as necessidades dos familiares e dos idosos (VIEIRA, 2003; DEBERT e SIMÕES, 2006; WHO, 2007b; IPEA, 2011).

Diante das dificuldades da família em promover a atenção adequada ao seu idoso que necessita de cuidados diferenciados e por carência de alternativas para se garantir o cuidado e a qualidade de vida do idoso, a família e, às vezes, o próprio idoso visualizam a ILPI como uma opção viável de atendimento. A partir disso, inicia-se uma peregrinação em busca de uma instituição com qualidade de estrutura e serviços para o idoso morar. Para tanto, segundo o estudo de PERLINI et al. (2007) alguns aspectos servem de orientação para estas pessoas na escolha de uma ILPI que disponibilize serviços e ambiente físico adequados e de boa qualidade, por exemplo:
a) ser um espaço de moradia com boas condições de acomodação que possibilite ao idoso organizar um ambiente o mais semelhante possível ao de seu lar,

principalmente, por meio da guarda de seus pertences pessoais como os móveis, os utensílios e os objetos com os quais está habituado, e que tem valor afetivo;

b) presença de profissionais qualificados na instituição que possuam habilidade técnica, conhecimento e disposição pessoal em atender às necessidades de idosos residentes em ILPI;

c) ser uma instituição que proporcione maior convívio social do idoso com seus pares e com outras pessoas de forma a favorecer a autoestima, a valorização de si mesmo e que minimize o sentimento de solidão;

d) ser um local que favoreça a frequência de visitas dos familiares para a manutenção dos vínculos afetivos.

Assim, esses aspectos de escolha por uma instituição para o idoso morar são importantes para entender o receio e os valores das pessoas em relação ao local que disponibiliza atenção integral, já que a pessoa idosa poderá permanecer no local, por muito tempo. Bem como, essas informações podem auxiliar em alguns pontos para uma possível adequação em ILPI.

Conforme esse estudo de PERLINI et al. (2007) considera-se que uma instituição mais apropriada para o idoso viver é aquela que atenda a esses aspectos mencionados. Ao analisar esses aspectos em relação às condições das instituições participantes deste estudo observa-se que não foram totalmente contempladas com esses quesitos o que sugere um maior aperfeiçoamento das mesmas, como ser um local o mais semelhante possível a de um lar que favoreça a autoestima, que propicie um espaço adequado para guarda de pertences pessoais e afetivos, que proporcione maior presença de profissionais treinados e capacitados, e ofereça apoio social que minimize a solidão, o sedentarismo.

Para corroborar com essas necessidades, BORN e BOECHAT (2006) relatam que a ILPI é uma moradia especializada que integra dois propósitos de forma equilibrada: cuidado prolongado e ambiente para se viver. Ou seja, ser um estabelecimento na qual se promove a assistência gerontogeriátrica num sistema de cuidado integral continuado. Proporciona, assim, serviços que visam à satisfação dos idosos em suas múltiplas necessidades, de caráter emocional, material e espiritual. E ao mesmo tempo, oferece um ambiente doméstico, com detalhes que lembrem um lar aconchegante, capaz de preservar a intimidade, a privacidade e a identidade dos

residentes. Dessa forma, se caracteriza como instituição na qual os residentes podem recuperar ou manter a saúde e a autonomia, estabelecer novos elos afetivos e encontrar uma outra forma de se viver o cotidiano e receber os cuidados necessários até a sua finitude.

Por conseguinte, num panorama geral deste estudo, para se viver com dignidade em ILPI requer-se o comprometimento do estabelecimento em relação à qualidade de vida do idoso. Além de seguir todas as orientações legais, jurídicas, entre outras, para o seu adequado funcionamento e a garantia dos direitos dos idosos. É preciso valorizar cada vez mais a segurança e conforto do ambiente físico, promover a acessibilidade adequada a todas as pessoas, favorecer a participação dos idosos nas atividades institucionais, estimular a inclusão e integração social, oferecer comunicação adequada com informações claras, promover serviços de qualidade nos cuidados integrais biopsicossocial e espiritual aos idosos. A somatória dessas ações pode favorecer o envelhecimento ativo que propõe e ressalta a qualidade de vida para as pessoas idosas como protagonistas dinâmicas do processo da vida e do envelhecer, assim, elas são reconhecidas como cidadãs que têm direitos, e são respeitadas pelas suas experiências de vida, sabedoria, potencialidades, contribuições passadas e futuras para a sociedade, entre outras. O envelhecimento ativo propõe uma vida saudável com segurança e participação para todas as pessoas, de todas as idades, de diferentes graus de dependência, mesmo as pessoas mais fragilizadas a terem um envelhecer digno ao longo da vida (WHO, 2002a).

6 CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

Este estudo teve o intuito de identificar as vantagens, as barreiras e as sugestões sobre a vivência em ambiente institucional a partir da visão dos idosos residentes em ILPI, apresentados como características amigáveis aos idosos. Essas características podem contribuir no planejamento e na adequação da ILPI que tenha a intenção de se tornar um ambiente saudável, amigável, seguro e que propicia a participação do idoso de forma a promover o envelhecimento ativo. A instituição pode tornar-se mais amigável às pessoas idosas na medida em que se reconhece e atende às necessidades da vida diária das pessoas, respeita os limites e as potencialidades dos idosos e oferece facilidades em se viver com qualidade de vida.

Os residentes participantes expressaram suas opiniões, seus pensamentos, suas sugestões e suas vivências e essa postura é participativa, o que possibilitou o desenvolvimento do estudo.

As opiniões, as expectativas e as sugestões de familiares de moradores e do cuidador de idoso também forneceram informações que auxiliaram na compreensão da vida institucional e em como uma instituição pode propiciar um ambiente diferenciado para se envelhecer com autonomia num espaço acolhedor e promotor de saúde e bem-estar, que estimula as capacidades e oferece assistência quando necessário.

Ressalta-se que a maioria das opiniões, sugestões dos participantes foi mais específica. Nem todos os participantes responderem a todos os temas, de todos os tópicos apresentados, pois cada um manifestou informações de acordo com as suas vivências, interpretações pessoais, necessidades, dificuldades e vantagens do local onde moram, visitam ou trabalha. Ou seja, expressaram a realidade em que vivem ou a experiência que tiveram.

Em relação às instituições filantrópica e mista, estas foram fundadas há mais de 50 anos em locais que eram distantes da vida urbana da época e ao longo do tempo foram sendo envolvidas pela urbanização, pelas mudanças sociais e econômicas e influenciadas pelas normas e leis que foram sendo estabelecidas. E desde então, estão conseguindo manter-se em funcionamento. Inicialmente, a missão

de cada instituição era oferecer abrigo e amparo aos mais necessitados – pessoas idosas em dificuldades sociais e econômicas. Lentamente, cada uma de acordo com sua condição financeira, recursos humanos, natureza jurídica de instituição para idosos, decisões da diretoria, objetivo organizacional, entre outras, vem disponibilizando serviços diferenciados tentando acompanhar a demanda das necessidades dos idosos que são cada vez mais amplas e das leis e normas vigentes no país. A condição básica de amparar, acolher, proteger e cuidar continua de forma, provavelmente, diferenciada em cada instituição, além de oferecer atividades sociais, educativas e de lazer.

Em relação às características das instituições verificou-se que a instituição filantrópica apresenta-se com maior número de residentes independentes e em boas condições de saúde física e mental quando comparada com a instituição mista que se apresenta com maior número de residentes dependentes e com maior declínio das condições de saúde física e cognitiva sendo necessário maiores cuidados de longa duração.

Observou-se que o ambiente social na instituição filantrópica parece ser mais alegre e aconchegante do que na instituição mista, provavelmente, pela maior presença de residentes independentes de ambos os sexos, pela maior presença de visitas de empresas, escolas, voluntários, entre outros, na instituição filantrópica. Contudo, em ambas as instituições observou-se a baixa frequência de visitas de familiares aos seus idosos residentes.

De modo geral, de acordo com os resultados a instituição filantrópica apresentou-se com alguns aspectos negativos (barreiras) relacionados ao ambiente físico e a instituição mista apresentou alguns pontos negativos quanto aos serviços de cuidados. E em ambas, apresentaram aspectos negativos relacionados à alimentação, à qualidade de sono e à integração social.

Assim, as instituições participantes podem elevar a promoção da saúde e o envelhecimento ativo ao conseguirem seguir as disposições estabelecidas nas normas e leis vigentes no país. Bem como, estas instituições podem realizar:

- adaptações quanto ao número de leitos por quarto;
- favorecer o compartilhamento do quarto com companheiros com quadro funcional e cognitivo semelhantes;

- proporcionar mobiliário ergonomicamente adequado e confortável;
- propiciar espaço individual adequado para a guarda de pertences pessoais e afetivos;
- proporcionar locais apropriados para o desenvolvimento de atividades sociais, físicas, educacionais, de lazer e facilitar a utilização desses espaços;
- oferecer espaço com pia para higienização;
- promover ambiente seguro, confortável e acessível;
- proporcionar atividades estimulantes de acordo com interesse, capacidades, potencialidades;
- oferecer cardápio variado;
- promover a qualidade de sono;
- promover maior integração entre a família e o idoso e propiciar maior parceria entre a família e a instituição;
- desenvolver um ambiente social participativo com relações sociais mais estáveis e interações afetivas;
- promover atitudes e comportamentos de atenção, respeito, e reconhecer as necessidades e capacidades dos idosos;
- sensibilizar e mobilizar os funcionários para a educação continuada na área de gerontologia e geriatria e aprimorar a capacitação;
- oferecer apoio social, psicológico e bem-estar aos funcionários;
- favorecer maior intercâmbio entre instituição e profissionais;
- promover maior integração social com a comunidade local.

Mais ainda, em relação à instituição filantrópica, esta pode desenvolver reuniões periódicas entre a equipe de profissionais e os residentes para a promoção do diálogo, da negociação, da participação social, da decisão conjunta de necessidades comuns e do apoio efetivo. Enquanto a instituição mista pode desenvolver alas específicas em ambientes apropriados para o atendimento especializado e diferenciado aos idosos portadores de demência com equipe de profissionais qualificados.

O envelhecimento ativo é um processo para toda a vida. Pode ser conquistado por meio de ambientes amigáveis para os idosos direcionados à saúde, à participação e à segurança. ILPI amigável apresenta-se com estruturas físicas adequadas e com acessibilidade a todas as pessoas em seus diferentes graus de capacidade funcional favorecendo a mobilidade. A ausência de barreiras na arquitetura facilita a qualidade de vida, a inclusão social e o envelhecimento saudável, assim como, os espaços acessíveis possibilitam a circulação pelos ambientes de forma segura e estimula a realização das atividades diárias com maior presteza. Ambientes saudáveis são valorizados para contemplar a heterogeneidade de necessidades, habilidades e preferências dos indivíduos. Dessa forma, encoraja-se a independência e a autonomia das pessoas idosas por mais tempo. Para tanto é preciso considerar as particularidades individuais e do grupo de forma a promover a segurança, a tranquilidade, o conforto e o bem-estar.

Promove-se adaptações em suas estruturas e serviços para se propiciar o bem-estar e a manutenção ou desenvolvimento das potencialidades de seus residentes e, dessa maneira, se torna mais acessível e se promove a inclusão de idosos com diferentes necessidades e graus de capacidades.

Desenvolve-se uma cultura de inclusão compartilhada por todas as pessoas (residentes, funcionários, familiares, visitantes) de todas as idades e níveis de habilidade para se promover o bem-estar, o intercâmbio de conhecimentos. Ambiente físico e social são projetados para dar apoio e habilitar as pessoas idosas para se manterem ativas de forma a viverem prazerosamente a vida com boa saúde, com segurança e participação a medida que envelhecem.

As relações sociais são importantes para desenvolver os vínculos afetivos, a interação social, e o apoio e suporte social. É preciso promover o respeito e a consideração pela necessidade do outro, em seu espaço, em sua individualidade. Dessa maneira, pode-se coabitar e viver de forma plena e feliz quando há uma maior possibilidade de entrosamento, uma convivência em harmonia entre os moradores, e também entre os moradores, os funcionários e a instituição. Ressalta-se que não é só mediar os conflitos, discórdias e incompatibilidades, mas é necessário promover uma escuta profunda das opiniões, dos pensamentos das pessoas, verificar o cerne das discussões, analisar as sugestões para estabelecer as negociações e os

apaziguamentos entre as pessoas, de modo que se sintam respeitadas, compreendidas e incluídas. E em especial, motivar a adesão em atividades de convivência e interação social.

A inclusão social do idoso na comunidade pode ser mais estimulada, pois é uma forma de integrá-lo a sociedade e facilitar a sua participação social como cidadão. A instituição pode desenvolver projetos de atividades, por exemplo, de voluntariado que sensibilizem a comunidade a valorizar a pessoa idosa residente contribuindo para a autoestima e a qualidade de vida dos residentes.

É profícuo também desenvolver encontros e relações mais estáveis entre diferentes gerações para estimular a troca de conhecimento, o afeto, o carinho, o toque e a conscientização do ciclo da vida. E compete às políticas públicas propiciarem o conhecimento sobre os diferentes aspectos do envelhecimento e da velhice, da valorização da pessoa idosa e sua inclusão social, por meio de comunicação de massa, nas escolas, nas empresas, nas universidades, entre outras ações.

Para que as pessoas idosas permaneçam independentes e ativas à medida que envelhecem é necessário oferecer oportunidades de participação. Pode-se, então, promover a maior participação quando se possibilita o engajamento do idoso na tomada de decisão em relação a sua vida. Nessa situação estimula-se a autonomia, o bem-estar e também favorece as habilidades cognitivas, tais como resolver problemas. Além disso, é preciso incentivar a participação do idoso em diferentes atividades ao mesmo tempo em que reconhece sua individualidade. A maior variedade de atividades físicas, mentais, recreativas, culturais, espirituais oferecidas estimula a adesão. E cada idoso decide o que lhe convier, conforme os seus interesses pessoais, condições de saúde e capacidades. Cabe salientar que é primordial compreender que cada idoso tem suas peculiaridades, seu jeito de ser e que devem ser compreendidas, reconhecidas e respeitadas.

Ao ouvir atentamente as sugestões e as necessidades dos residentes promove-se a participação, a tomada de decisão, a auto-eficácia e a autorrealização. Assim, a equipe de profissionais da instituição pode ponderar sobre as sugestões, avaliar as possibilidades e desenvolver uma proposta para os residentes e, em conjunto podem discutir e resolver as questões necessárias de modo a promover a maior participação

e integração social e a qualidade de vida das pessoas.

A boa comunicação é fundamental para o entendimento entre as pessoas. Facilita a compreensão das ações e procedimentos realizados pelos profissionais no tratamento e nos cuidados com os idosos. Uma linguagem clara, simples, acessível, com informações corretas favorece a compreensão dos idosos, e sempre observando se o momento é propício para a comunicação, de forma a se ouvir e compreender do que se trata. Assim, a boa comunicação e a interação entre os residentes e os profissionais permitem um melhor cuidado de longa duração. Esse cuidado integral de forma atenciosa e respeitosa proporciona ao idoso uma maior independência, autonomia, participação, qualidade nos anos adicionais de vida e envelhecimento ativo. Por conseguinte, o ato de compartilhar e de se comprometer fortalece uma interação benéfica entre a instituição e os idosos que envelhecem, de forma a estabelecer o respeito mútuo necessário num ambiente saudável, de harmonia que assegura o bem-estar, os direitos, os cuidados necessários, a realização pessoal, a participação, a proteção, a segurança, e a dignidade de se viver bem.

Vale observar que as características dos tópicos estão inter-relacionadas, tais como, o respeito e inclusão social se refletem na acessibilidade da ILPI que contribuem para a mobilidade segura e o comportamento saudável, assim como a comunicação compressível e simples favorece a participação ativa dos residentes e o acesso à informação, entre outras.

Uma ILPI amiga da pessoa idosa segue as disposições estabelecidas pelas leis e normas vigentes no país e apoia e capacita as pessoas a envelhecerem ativamente ao: a) reconhecer a diversidade de capacidades e recursos entre os idosos;

b) promover a sua inclusão e contribuição na ILPI e na comunidade;

c) respeitar as decisões dos idosos e o estilo de vida que escolheram (de acordo com cada caso - autonomia, independência);

d) antecipar e responder, de maneira flexível, às necessidades e preferências relacionadas ao envelhecimento;

e) proteger aqueles que são mais vulneráveis.

Cabe salientar o artigo 6º do Plano de Ação Internacional sobre o Envelhecimento declara que: “Quando o envelhecimento é aceito como um êxito, o aproveitamento da competência, a experiência e dos recursos humanos dos grupos

mais velhos é assumido com naturalidade, como uma vantagem para o crescimento de sociedades humanas maduras e plenamente integradas" (ONU, 2003). A partir desta declaração, é necessário que se: reconheça a pessoa idosa e o seu papel na sociedade, promova a saúde e a segurança, promova a inclusão dos idosos na sociedade, apoie e ofereça recursos para as ILPI manterem a alta qualidade de serviços, crie redes de apoio e ambientes propícios para o envelhecimento ativo, maximize as potencialidades e as possibilidades de participação das pessoas idosas em todos os contextos da vida, e reconheça que todos os idosos são pessoas individuais, com necessidades e capacidades particulares. Dessa maneira, que o governo e a sociedade civil procurem estabelecer políticas e estratégias que ampliem as oportunidades para se promover o envelhecimento ativo e para que as pessoas possam ter condições de viver com segurança e dignidade.

Um ponto a se considerar:

Pode-se considerar como uma limitação do trabalho a não realização do grupo focal com os participantes deste estudo como proposto no protocolo de pesquisa de Vancouver. As pessoas idosas residentes nas instituições filantrópica e mista verbalizaram o desejo de não participarem do grupo focal, pois não se sentiriam confortáveis em explanar suas opiniões, necessidades e sugestões em relação aos temas do estudo com outros residentes com os quais convivem diariamente. Além disso, consideraram que caso fizessem alguma observação desabonadora às instituições, nas quais residem, poderiam ser mal interpretadas ou poderiam sofrer algum tipo de sanção, caso os assuntos discutidos na reunião se tornassem públicas. Nesta situação, ofereceu-se uma abertura em ouvir atentamente suas inquietações e opiniões e, respeitou-se aquilo que a pessoa idosa tomou como sua decisão: não participar do grupo focal. Respeitou-se a autonomia. E ao mesmo tempo, não se poderia colocar o grupo de idosos considerado como grupo vulnerável em situação de constrangimento.

No que diz respeito aos familiares de moradores das instituições filantrópica e mista, vale frisar que poucos são os que visitam seus idosos e quando visitam ficam pouco tempo. Estes familiares também expressaram que não desejavam participar do

grupo focal. Verbalizaram que não tinham tempo disponível devido à vida atribulada que possuem, entre outros motivos pessoais. Bem como, não aceitaram participar da entrevista individual em outro local fora da instituição na qual seu idoso reside. Então, mais uma vez compreendeu-se a posição da pessoa cidadã e respeitou-se a sua vontade.

Provavelmente, o diálogo entre as pessoas num grupo focal permitisse maior intercâmbio de informações. Entretanto, as pessoas decidiram pela entrevista individual. Pode-se supor que a recusa seja em razão da natureza do tema do estudo que envolve algumas questões delicadas sobre a qualidade de serviços ofertada pela instituição.

Desafios foram conquistados ao se atingir o propósito do estudo:

Este estudo identificou e desenvolveu alguns critérios amigáveis aos idosos baseada na somatória de informações e conhecimentos advindos das análises e interpretações dos resultados da pesquisa, da observação participante, das leis (por exemplo, Estatuto do Idoso), das normas (ANVISA), dos conceitos (Envelhecimento ativo, cidade amiga do idoso), das políticas (Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa), da literatura, entre outras.

Estas características essenciais poderão contribuir para o desenvolvimento de uma instituição de longa permanência amigável à pessoa idosa. Dessa maneira, promove-se o envelhecimento ativo para que o idoso residente possa receber o atendimento integral de alta qualidade e que possa viver com dignidade e respeito em ambiente institucional. Além disso, esses critérios poderão servir como base de orientação para idosos, familiares, trabalhadores, gestores, organizações, entre outros que tenham interesse de identificar uma ILPI que respeita, acolhe, cuida do idoso e promove o envelhecimento ativo.

Foi possível elaborar algumas características essenciais para se viver bem em ILPI ouvindo os seus moradores, e isso é fundamental: dar voz às pessoas idosas. São os residentes que vivem o dia a dia no ambiente institucional que conhecem os aspectos positivos, negativos de se morar em ILPI. Suas experiências são valiosas e podem colaborar no aperfeiçoamento da instituição e melhorar a qualidade de vida

de todas as pessoas que estão na instituição.

Por conseguinte, o conjunto das características amigáveis forma um padrão básico de orientação para as ILPI que tenham o interesse em se autoavaliar e promover a adaptação ou a adoção dessas ideias com o intuito de tornarem-se mais acolhedoras e promotoras do envelhecimento ativo. Nessa prática é necessário o engajamento e a participação dos idosos residentes como parceiros ativos em todo esse processo de possíveis modificações, desde o planejamento, a implementação e o monitoramento contínuo do progresso da instituição.

As características amigáveis aos idosos residentes em ILPI são apresentadas a seguir:

Estrutura física e acessibilidade	*Respeito e inclusão social*	*Comunicação*	*Participação*	*Gestão do cuidado*
Instituição diferenciada	Ambiente integrativo	Apresentação visual da informação	Motivando a participação social	Ambiente limpo e agradável
Vivendo com qualidade de vida	Conscientização gerontológica	Comunicação oral	Diversidade de oportunidades em atividades e eventos	Presta serviços de lavanderia e tinturaria adequados
Ambiente seguro e confortável	Inclusão social	Informação certa	Ocupação do tempo livre	Serviços básicos para o envelhecimento saudável
Segurança	Inclusão econômica	Sinalização	Local apropriado, seguro e acessível	Ambiente favorável ao envelhecimento ativo
Acessibilidade	Atendimento institucional atencioso	Tecnologia da informação	Voluntariado treinado	Gestão gerontológica
Espaços de atividades diárias	Prioriza a dignidade		Decisão conjunta	
	Atitudes e comportamentos favoráveis para o envelhecimento ativo		Interação social	

1. Estrutura física e acessibilidade

— *Instituição diferenciada*

Moradia é planejada ou adaptada às necessidades da pessoa idosa que envelhece.

Moradia é bem conservada, limpa, segura, confortável de se morar.

De preferência construção em terreno plano, área arborizada. Instituição é localizada próxima à rede de saúde, serviço, comércio, lazer, e fácil acesso ao transporte público.

— *Vivendo com qualidade de vida*

Ambiente lembra um lar aconchegante.

Ambiente adequado que promove saúde, segurança e participação à medida que se envelhece.

Ambiente que propicia autonomia, independência, bem-estar e atenção integral.

— *Ambiente seguro e confortável*

- Refeitório é amplo, bem iluminado, acessível, confortável, funcional. Mobiliário ergonômico. Espaços entre os móveis para o deslocamento seguro das pessoas. Pequeno lavatório para higienizar as mãos antes das refeições no refeitório ou próximo a este ambiente.

- Quarto arejado, seguro para o descanso, repouso, privacidade e tranquilidade. Quarto com porta e área de banheiro adequado, arejado, acessível. Mobiliário apropriado e confortável. Campainha de emergência na cabeceira, luz de vigília. Guarda-roupa individual, espaçoso para o vestuário e para os pertences pessoais e de afeto.

- Quarto para até quatro pessoas conviverem em harmonia. Propicia a acomodação de pessoas que tenham afinidades e semelhanças quanto à capacidade cognitiva e física.

- Área de convivência segura, ampla, iluminação adequada, ambiente alegre e

aconchegante. Propicia conforto com sofás, poltronas, cadeiras adequadas, confortáveis e funcionais. Área protegida contra chuva, vento, sol forte.

- Banheiros seguros, acessíveis, limpos, bem iluminados, com suporte de apoio, campainha de emergência, luz de vigília.

- Alas diferenciadas de acordo com os diferentes graus de dependência física ou mental. Proporciona alas para dependentes, semi-dependentes e independentes para se respeitar as necessidades individuais e possibilitar o bem-estar e o envelhecimento ativo. Alas adaptadas para os indivíduos com deficiência visual ou auditiva de forma a estimular a autonomia e independência.

- Área de recepção aconchegante, organizada. Recepcionista preparada para o cargo que reconhece as necessidades dos idosos, dos familiares.

— *Segurança*

Ambiente é seguro, protegido com câmeras de vigilância em pontos estratégicos de entrada e saída da ILPI, com alarmes. Portas externas possuem trancas de segurança. Presença de vigia noturno. Entrada de pessoas e veículo após identificação e autorização. Extintores de incêndio e pessoal capacitado para combater incêndio e com treinamento regular.

Espaços são planejados ou adaptados para os idosos viverem confortavelmente e que propicie a independência, a mobilidade e a qualidade de vida.

Moradia segura que estimule o controle pessoal do idoso.

Estacionamento adequado e seguro.

— *Acessibilidade*

Ambientes são planejados para as pessoas idosas em seus diferentes graus de dependência. Planejamento para cadeirantes, para pessoas com deficiências visuais e auditivas e para pessoas portadoras de demência. Piso antiderrapante, piso táctil, rampa apropriada, passagem sem obstáculos, suporte de apoio adequado (corrimões seguros, de fácil empunhadura, seguro, confortável). Pisos nivelados, corredores amplos e portas largas o suficiente para a passagem de cadeira de rodas, de maca, de

pessoas obesas. Sinalização adequada para as todas as pessoas.

Altura adequada para as torneiras da pia do banheiro e chuveiros; altura adequada para os interruptores.

Espaço de quarto e banheiro apropriado para o cadeirante se mover com segurança e independência.

Material de revestimento com isolamento térmico e acústico para a comodidade e bem-estar das pessoas.

Áreas de preferência sem degraus. Ou degraus não muito altos ou estreitos, de piso nivelado e antiderrapante e com sinalização adequada. Corrimão adequado.

Área externa com ruas de superfície nivelada, áreas verdes seguras e bem conservadas, bancos de descanso limpos, seguros, bem conservados, em locais convenientes, com sombra, de fácil acesso.

Áreas seguras, confortáveis e acolhedoras.

Temperatura agradável nos ambientes da ILPI de acordo com as estações mais frias e quentes.

— *Espaços de atividades diárias*

Sala apropriada e diferenciada para o tipo de atividade, como oficina de memória, trabalhos manuais. Sala para fisioterapia/terapia ocupacional. Mini copa para a culinária, para a higienização de alimentos, de utensílios.

Corredor amplo, piso antiderrapante, suporte de apoio, iluminação adequada, sinalizada.

Área de tanque de lavar roupa para estimular as tarefas cotidianas.

2. Respeito e inclusão social

— *Ambiente integrativo*

Promove o respeito entre as pessoas. Orienta os direitos e deveres de todos na ILPI.

Propicia a interação social.

Favorece a adaptação da pessoa idosa recém-chegada. Maior atenção nos cuidados nos primeiros dias até a adaptação inicial em ambiente estranho para se evitar o isolamento, a depressão, a queda. Oferece acomodação adequada para repouso e local apropriado para guarda de pertences pessoais e afetivos. Promove a socialização entre os novos companheiros e mostra os ambientes da instituição. Oferece atividades integrativas.

— *Conscientização gerontológica*

Sensibiliza, mobiliza e capacita seus trabalhadores, voluntários sobre as capacidades e limitações das pessoas idosas de modo a tratar as pessoas idosas com respeito e dignidade.

Equipe treinada para reconhecer as necessidades dos idosos e atender de forma apropriada e cordial favorecendo a autonomia e independência.

— *Inclusão social*

Propicia horário de visita flexível.

Facilita a interação social com a comunidade e entre gerações por meio de atividades, eventos.

Estimula o engajamento social entre os residentes e os trabalhadores.

— *Inclusão econômica*

Favorece a pessoa idosa a receber a remuneração pelos seus produtos oriundos de atividade do seu tempo livre (artesanato), sendo uma forma de manter a autonomia, a

autoestima e auto-eficácia elevada.

Auxilia o idoso que não tem renda a obtenção do Benefício de Prestação Continuada.

— *Atendimento institucional atencioso*

Oferece atenção às pessoas idosas de acordo com suas necessidades.

Promove ambiente de respeito e dignidade ao idoso.

Conhece as peculiaridades e as habilidades dos residentes e promove o seu bem-estar.

Organiza adequadamente a vida institucional de forma harmônica e respeitosa.

Promove o apoio social eficaz e efetivo para melhora na qualidade de vida e envelhecimento ativo.

Ouve atentamente as opiniões, as expectativas, as necessidades e sugestões dos idosos. Esforça-se para atender as necessidades e sempre que possível atende assim que for solicitado.

Estimula as relações sociais positivas, benéficas aos idosos.

Favorece relações mais estáveis, de interações mais afetivas.

Estabelece canais de comunicação e participação.

Atendimento às solicitações sempre de forma respeitosa e cordial, chama pelo nome do residente.

— *Prioriza a dignidade*

Previne a violência contra a pessoa idosa. Denúncia as violências. Não usa da coerção física. Não infligi à angústia psicológica. Não comete negligências. Não explora os recursos econômicos e sociais.

Promove a manutenção da vida com dignidade.

— *Atitudes e comportamentos favoráveis para o envelhecimento ativo*

Estabelece atitudes e comportamentos dos funcionários e profissionais benéficos aos idosos. Promove ações voltadas para a saúde, segurança e participação dos idosos.

Trata o idoso com cuidado, atenção, paciência, sinceridade, respeito, educação, carinho.
Reconhece e garante os direitos dos idosos.
Respeita a privacidade.
Possibilita a liberdade de escolha.
Sensibilidade a aspectos culturais na prestação da assistência.

3. Comunicação

— *Apresentação visual da informação*

As informações de textos (impressos) ou avisos são simples, claros, objetivos, com fonte sem rebuscamento, tamanho da letra com maior legibilidade (não deve ser pequena) e com contraste de cor, para que seja perceptível para as pessoas, em particular, com baixa visão.

— *Comunicação oral*

A comunicação verbal é transmitida de forma clara, atenciosa, compreensível, sem pressa, em ambiente tranquilo. No momento da comunicação a linguagem é num tom e inflexão de voz adequada e postura receptiva para favorecer a interação entre as pessoas. Verifica se o idoso compreendeu a informação. Transmite a informação em momento adequado em que o outro esteja prestando a atenção o que facilita a compreensão.

— *Informação certa*

Divulga informação correta. Comunicado de eventos, atividades, consultas de saúde são realizados com antecedência para que o idoso possa se organizar e tomar a própria decisão.

Favorece a autonomia, a independência, a tomada de decisão, a inclusão social, a integração social e a participação.

— *Sinalização*

Sinalização correta e adequada favorece a comunicação, a circulação, a inclusão social, a integração, o respeito.

Sinalização visual por meio de texto ou figura; tátil por meio de caracteres em relevo (Braile) ou figura em relevo.

Sinalização indicativa dos espaços da ILPI (refeitório, consultório odontológico) e a direção para outros espaços (diagrama de orientação do ambiente institucional que facilite a localização) para as pessoas poderem se localizar e encontrar o que desejam.

— *Tecnologia da informação*

Promove o acesso fácil ao telefone, ao computador, à internet.

Estimula a comunicação, a auto-eficácia, a tomada de decisão e a habilidade social.

Promove a aprendizagem, a integração social e desenvolvimento de capacidades pessoais.

Disponibiliza orientações apropriadas para o acesso da tecnologia da informação.

4. Participação

— *Motivando a participação social*

Desenvolve estratégias para a motivação do residente em participar e aderir nas atividades propostas.

Acolhe as pessoas idosas em atividades diferenciadas respeitando seus interesses e necessidades de acordo com os diferentes graus de dependência, capacidades mentais

e habilidades pessoais.

Estimula a participação em atividades para a boa saúde física e mental.

Favorece o bem-estar, a autoestima, evita a depressão, o isolamento, o sedentarismo.

— *Diversidade de oportunidades em atividades e eventos*

Estimula a criatividade e as potencialidades.

Valoriza a prática de atividades para a manutenção e o desenvolvimento das habilidades pessoais, o crescimento interior.

Oferece variedade de atividades físicas, sociais, culturais, educacionais, espirituais, religiosas, de lazer.

Permite atender as diferentes preferências e habilidades dos idosos.

Cumpre ao máximo com data e horário de atividades estabelecidas para não gerar ansiedade aos residentes.

Propicia a atividade entre as várias gerações para o intercâmbio de experiências, o desenvolvimento de capacidades, o apoio e suporte social.

— *Ocupação do tempo livre*

Respeita os interesses, as condições físicas e mentais das pessoas idosas.

Estimula a participação espontânea.

— *Local apropriado, seguro e acessível*

Sala apropriada, confortável, segura para a realização da atividade proposta.

Espaço diferenciado de acordo com o tipo de atividade.

Área plana, segura, acessível para os exercícios ao ar livre.

Equipamentos e materiais adequados para a prática das atividades.

— *Voluntariado treinado*

Oferece treinamento gerontológico e capacitação para os voluntários.

Sensibiliza e mobiliza os voluntários em relação às diferentes capacidades dos idosos.

Voluntários são comprometidos e capacitados. Promove atividades de acordo com as necessidades, habilidades e limitações dos idosos. Oferece companhia, atenção, carinho.

Voluntários comprometem-se com os horários e as metas estabelecidas.

— *Decisão conjunta*

Escuta atentamente as opiniões, as necessidades e as sugestões dos residentes para melhor qualidade de vida institucional e apoia de forma efetiva sempre que possível.

Favorece as pessoas idosas participarem nas tomadas de decisões sobre a vida institucional.

Verifica e discute os meios que possam adequar os interesses comuns.

Promove a autonomia, o comprometimento e a co-responsabilidade.

Promove a integração e a negociação.

Desenvolve em conjunto os projetos de melhorias na instituição e na promoção da saúde e da qualidade de vida.

— *Interação social*

Integra a equipe institucional, idosos, familiares, amigos, comunidade em atividades, eventos e projetos sociais para desenvolver maior vínculo e apoio social e afetivo.

Desenvolve palestras educativas, culturais, fórum.

Favorece o idoso a participar do voluntariado.

Desenvolve projeto de interação social, de lazer (exposição de pintura, de fotografia).

5. Gestão do cuidado

— *Ambiente limpo e agradável*

Promove os cuidados essenciais de limpeza e higiene de forma a se ter um ambiente seguro, saudável para todos.

Previne e controla eventos de infecções.

— *Presta serviços de lavanderia e tinturaria adequados*

Toma os devidos cuidados com os pertences dos idosos.

Promove o respeito às necessidades dos idosos.

— *Serviços básicos para o envelhecimento saudável*

Propicia momento de refeição tranquilo e prazeroso. Ambiente da refeição é limpo, confortável e aconchegante. Oferece contraste de cor entre os utensílios e o pano de mesa. Disponibiliza o cardápio.

Proporciona alimentação nutritiva, equilibrada, saudável e saborosa. Apresentação da refeição é agradável, colorida que desperta o apetite. Propicia variedade no cardápio. Alimentos são de boa qualidade. Preparo das refeições são apropriadas de forma a incentivar a pessoa idosa a se alimentar e sentir prazer pela refeição.

Ouve as opiniões e sugestões dos idosos quanto às refeições e busca acolher as opiniões e sugestões.

Promove um ambiente adequado para a qualidade do sono e repouso tranquilo dos idosos para se manter as boas condições de saúde, o humor, a atenção, o desempenho das atividades diárias.

— *Ambiente favorável ao envelhecimento ativo*

Alas são diferenciadas de acordo com o grau de dependência e o estado mental para propiciar o acolhimento, a segurança, o respeito, o conforto e os cuidados especializados.

Ambiente acolhedor e promotor da autonomia, da independência, do desenvolvimento pessoal, da participação e do envelhecimento ativo.
Respeita os direitos dos idosos.
Promove o bem-estar, a privacidade.

— *Gestão gerontológica*
Promove o cuidado integral, a atenção biopsicossocial para o envelhecimento ativo.
Ouve as pessoas idosas, estabelece uma relação de confiança e busca acolher as necessidades.
Conhece e compreende as necessidades e as expectativas das pessoas idosas.
Reconhece e assegura os direitos dos idosos.
Desenvolve plano gerontológico individualizado e de grupo.
Desenvolve programa para idosos portadores de demência.
Promove atividades para os idosos com necessidades especiais.
Favorece a integração social, a auto-eficácia, a autoestima, o desenvolvimento de habilidades pessoais, a participação.
Desenvolve ambiente social e cultural que promove a autonomia, a independência.
Integra o idoso na tomada de decisão do tratamento de saúde. Estimula o direito de decidir e exercer da melhor forma possível. Ouve atentamente as queixas, necessidades e angústias do residente. Orienta o idoso sobre o tratamento de forma clara, compreensível, e certifica-se da compreensão do idoso.
Fornece apoio social e afetivo.
Promove atividades terapêuticas regulares.
Estimula os vínculos familiares com a pessoa idosa. Desenvolve atividades, eventos e projetos que favoreçam a interação familiar, comunitária e intergeracional.
Estabelece a integração e a participação ativa dos familiares e a instituição.
Os profissionais trabalham em equipe em prol do envelhecimento ativo dos residentes.
Reconhece as dificuldades e necessidades dos profissionais.
Promove o bem-estar, o apoio social e a qualidade de vida dos profissionais.
Promove a atualização e capacitação dos profissionais.

7 REFERÊNCIAS

ABNT - Associação Brasileira de Normas Técnicas. NBR 9050. Acessibilidade de pessoas Portadoras de Deficiência a Edificações, Espaços, mobiliário e Equipamentos Urbanos. Rio de Janeiro; 2004.

Alcântara A de O. Velhos institucionalizados e família: entre abafos e desabafos. Campinas, SP: Alínea; 2004.

Álvares LM, Lima RC, Silva RA. Ocorrência de quedas em idosos residentes em instituições de longa permanência em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. Cad Saúde Pública. 2010;26:31-40.

Antunes HKM, Andersen ML, Tufik S, Mello MT de. Privação de Sono e Exercício Físico. Rev Bras Med Esporte. 2008;14:51-6.

ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 283, de 26 de setembro de 2005. Regulamento técnico para o funcionamento das instituições de longa permanência para idosos. Brasília (DF); 2005.

Araújo CL de O, Ceolim MF. Qualidade do sono de idosos residentes em instituição de longa permanência. Rev Esc Enferm USP. 2010;44:619-26.

Bessa MEP, Silva MJ da. Motivações para o ingresso dos idosos em instituições de longa permanência e processos adaptativos: um estudo de caso. Texto Contexto Enferm. 2008;17:258-65.

Bôas PJFV, Ferreira AL dos A. Infecção em idosos internados em instituição de longa permanência. Rev Assoc Med Bras. 2007;53:126-9.

Born T. Cuidado ao idoso em instituição. In: Papaléo Netto M. Gerontologia. São Paulo (SP): Atheneu; 1996. p.403-14.

Born T, Boechat NS. A qualidade dos cuidados ao idoso institucionalizado. In: Freitas EV de, PY L, Cançado FAX, Doll J, Gorzoni ML. Tratado de Geriatria e Gerontologia. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006. p.1131-41.

Brasil. Lei no 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da União. 05 jan. 1996; Seção 1:77-9.

Brasil. Estatuto do Idoso: Lei n°10.741, de 1 de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do idoso e da outras providências. Brasília, (DF): Senado; 2003.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. As Cartas da Promoção da Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Projeto Promoção da Saúde. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2002.

Brasil. Política Nacional de Assistência Social. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretária Nacional de Assistência Social. Brasília, (DF); 2004.

Brasil. Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Portaria nº 2.528/GM de 19 de outubro de 2006. Diário Oficial da União. 13 dez, 1999; Seção 1:22-4, 2006.

Brito FC de, Ramos LR. Serviços de atenção à saúde do idoso. In: Freitas EV de, PY L, Cançado FAX, Doll J, Gorzoni ML. Tratado de Geriatria e Gerontologia. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006. p. 394-402.

Buss PM. Promoção de saúde e qualidade de vida. Cien Saúde Coletiva. 2000;5:163-77.

Buss PM, Pellegrini Filho A. A Saúde e seus Determinantes Sociais. Physis: Rev Saúde Coletiva. 2007;17:77-93.

Calais LL, Borges ACL de C, Baraldi G dos S, Almeida LC de. Queixas e preocupações otológicas e as dificuldades de comunicação de indivíduos idosos. Rev Soc Bras Fonoaudiol. 2008;13:12-9.

Caldas CP. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. Cad. Saúde Pública. 2003;19:773-81.

Caldas CP. O auto-cuidado na velhice. In: Freitas EV de, PY L, Cançado FAX, Doll J, Gorzoni ML. Tratado de Geriatria e Gerontologia. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006. p.1117-21.

Campos MTF de S, Monteiro JBR, Ornelas APR de C. Fatores que afetam o consumo alimentar e a nutrição do idoso. Rev Nutr. 2000;13:157-65.

Carneiro RS, Falcone E, Clarka C, Prette Z Del, Prette A Del. Qualidade de vida, apoio social e depressão em idosos: relação com habilidades sociais. Psicologia: Reflexão e Crítica. 2007;20:229-37.

Carvalho AM, Coutinho ESF. Demência como fator de risco para fraturas graves em idosos. Rev Saúde Pública. 2002;36:448-54.

Castiel LD; Vasconcelos-Silva, PR. Precariedades do excesso: informação e comunicação em saúde coletiva. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006.

Chaimowicz F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas,

projeções e alternativas. Rev Saúde Pública. 1997;31:184-200.

Creutzberg M, Gonçalves LHT, Sobottka EA, Ojeda BS. Long-term care institutions for elders and health system. Rev Latino-am Enfermagem. 2007;15:1144-9.

Davim RMB, Torres GV, Dantas SMM, Lima,VM de. Estudo com idosos de instituições asilares no município de Natal/RN: características socioeconômicas e de saúde. Rev Latino-am. Enfermagem. 2004;12:518-24.

Debert GG, Simões JA. Envelhecimento e velhice na família contemporânea. In: Freitas EV de, PY L, Cançado FAX, Doll J, Gorzoni ML. Tratado de Geriatria e Gerontologia. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006. p. 1366-73.

Del Duca GF, Silva MC da, Hallal PC. Incapacidade funcional para atividades básicas e instrumentais da vida diária em idosos. Rev Saúde Pública. 2009;43:796-805.

Denzin NK, Lincoln YS. O planejamento da pesquisa qualitativa: teoria e abordagens. 2. ed. Porto Alegre: Artmed; 2008.

Dreher BB. Communication skills for working with elders. 2nd ed. New York: Springer; 2001.

Erbolato RMPL. Relações sociais na velhice. In: Freitas EV de, PY L, Cançado FAX, Doll J, Gorzoni ML. Tratado de Geriatria e Gerontologia. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006. p. 1324-31.

Ferreira ABH. Novo dicionário Aurélio da língua portuguesa. Curitiba: Positivo; 2004.

Ferreira DC de O, Yoshitome AY. Prevalência e caraterísticas das quedas de idosos institucionalizados. Rev Bras Enferm. 2010;63:991-7.

Freitas AV da S, Noronha CV. Idosos em instituições de longa permanência: falando de cuidado. Interface - Comunic Saude, Educ. 2010;14:359-69.

Gáspari JC, Schwartz GM. O Idoso e a Ressignificação emocional do lazer. Psicologia: Teoria e Pesquisa. 2005;21:69-76.

Gatto I de B. Aspectos psicológicos do envelhecimento. In: Papaléo Netto, M. Gerontologia. São Paulo: Atheneu; 1996. p.109-13.

Gerbner G. Os meios de comunicação de massa e a teoria da comunicação humana. In: Frank E. X. Dance (org.). Teoria da comunicação humana. São Paulo: Cultrix; 1973.

Gerrig RJ, Zimbardo PG. Processos e relacionamentos sociais. In: Gerrig RJ. A

psicologia e a vida. Porto Alegre: Artmed; 2007.

Giacomin KC, Peixoto SV, Uchoa E, Lima-Costa MF. Estudo de base populacional dos fatores associados à incapacidade funcional entre idosos na Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. Cad Saúde Pública. 2008;24:1260-70.

Goffman E. Manicômios, prisões e conventos. São Paulo: Perspectiva; 1961.

Gonçalves LG, Vieira ST, Siqueira FV, Hallal PC. Prevalência de quedas em idosos asilados do município de Rio Grande, RS. Rev Saúde Pública. 2008;42:938-45.

Gorzoni ML, Pires SL. Óbitos em instituição asilar. Rev Assoc Med Bras. 2011; 57:333-7.

Groisman D. Asilos de velhos: passado e presente. Estud interdiscip envelhec. 1999;2:67-87.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios, 2000. Estudos e pesquisas: informação demográfica e socioeconômica. Rio de Janeiro; 2002 [acesso em 21 nov 2009]. Disponível em: http: //www.ibge.gov.br

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de indicadores sociais. Uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro; 2007.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de indicadores sociais. Uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro; 2008.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de indicadores sociais. Uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro; 2009.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de indicadores sociais. Uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro; 2010 [acesso em 22 set 2010]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica /po pulacao/condicaodevida/indicadoresminimos/sinteseindicsociais2010/SIS_2010.pdf

IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Características das instituições de longa permanência para idosos: região Sudeste. Brasília, (DF); Presidência da República, 2010.

IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Infraestrutura Social e Urbana no Brasil subsídios para uma agenda de pesquisa e formulação de políticas públicas. Condições de funcionamento e infraestrutura das instituições de longa permanência para idosos no Brasil. Brasília, (DF); 2011 [acesso em 18 jun 2011]. Disponível em: http: // www.ipea.gov.br /portal/images /stories/PDFs/ comunicado/110524_ comunicadoipea93.pdf

Karsch UM. Idosos dependentes: famílias e cuidadores. Cad Saúde Pública. 2003;19:861-6.

Kreis RA, Alves VP, Cárdenas CJ, Karnikowski MG de O. O impacto da informática na vida do idoso. Revista Kairós. 2007;10:153-68.

Lemos N, Medeiros SL. Suporte social ao idoso dependente. In: Freitas EV de, PY L, Cançado FAX, Doll J, Gorzoni ML. Tratado de Geriatria e Gerontologia. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006. p. 1227-33.

Lima MP. Gerontologia educacional: uma pedagogia específica para o idoso: uma nova concepção de velhice. São Paulo: Ltr; 2001.

Machado JCB. Doença de Alzheimer. In: Freitas EV de, PY L, Cançado FAX, Doll J, Gorzoni ML. Tratado de Geriatria e Gerontologia. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006. p. 260-80.

Manfrim A, Schmidt SL. Diagnóstico diferencial das demências. In: Freitas EV de, PY L, Cançado FAX, Doll J, Gorzoni ML. Tratado de Geriatria e Gerontologia. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006. p. 242-51.

Melo JM de. Comunicação social: Teoria e pesquisa. Petrópolis (RJ): Vozes, 1978.

Mendonça JMB de. Instituição de longa permanência para idosos e políticas públicas. Revista Kairós. 2006;9:169-90.

Minayo MC de S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 11. ed. São Paulo: Hucitec; 2008a.

Minayo MC de S. Violência e maus tratos contra a pessoa idosa. É possível prevenir e superar. In: Born T. (org.). Cuidar melhor e evitar a violência - Manual do cuidador da pessoa idosa. Brasília, (DF): Secretaria Especial dos Direitos Humanos, Subsecretaria de Promoção e Defesa dos Direitos Humanos; 2008b. p. 38-45.

Monteiro D da MR. Afetividade e intimidade. In: Freitas EV de, PY L, Cançado FAX, Doll J, Gorzoni ML. Tratado de Geriatria e Gerontologia. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006. p. 1296-1301.

Oliveira DN de, Gorreis T de F, Creutzberg M, Santos BRL dos. Diagnósticos de enfermagem em idosos de instituição de longa permanência. Rev Ciência e Saúde. 2008;1:57-63.

ONU - Organização das Nações Unidas. Plano de ação Internacional para o envelhecimento. Madri; 2002. Brasília (DF): Secretaria Especial dos Direitos Humanos; 2003 [acesso em 20 out 2010]. Disponível em: http:// www.presidencia. gov.br/sedh/ ct/cndi

Papaléo Netto M. Questões metodológicas da investigação sobre velhice e envelhecimento. In: Freitas EV de, PY L, Cançado FAX, Doll J, Gorzoni ML. Tratado de Geriatria e Gerontologia. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006. p. 164-76.

Perlini NMOG, Leite MT, Furini AC. Em busca de uma instituição para a pessoa idosa morar: motivos apontados por familiares. Rev Esc Enferm USP. 2007;41:229-36

Perracini MR. Planejamento e adaptação do ambiente para pessoas idosas. In: Freitas EV de, PY L, Cançado FAX, Doll J, Gorzoni ML. Tratado de Geriatria e Gerontologia. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006. p. 1142-51.

Ramos MP. Apoio social e saúde entre idosos. Sociologias. 2002;4:156-75.

Restrepo HE. Agenda para la acción em Promoción de la salud. In: Restrepo HE, Malaga H. Promoción de la salud: como construir vida saludable. Bogotá: Médica Internacional; 2001. p. 34-55.

Rocha FL, Cunha UGV. Aspectos psicológicos e psiquiátricos das quedas do idoso. Arq Bras Med. 1994;68:9-12.

Santelle O, Lefèvre AMC, Cervato AM. Alimentação institucionalizada e suas representações sociais entre moradores de instituições de longa permanência para idosos em São Paulo, Brasil. Cad Saúde Pública. 2007;23:3061-5.

São Paulo (Estado). Lei nº 12.548, de 27 de fevereiro de 2007. Política Estadual da Pessoa Idosa; 2007 [acesso em 11 fev 2010]. Disponível em: http://www.sao paulo.sp.gov.br

Stefanelli MC. Conceitos teóricos sobre comunicação. In: Stefanelli MC, Carvalho EC de. A Comunicação nos diferentes contextos da enfermagem. Barueri, SP: Manole; 2005. p. 28-46.

Terra et al. Diferenças biopsicossociais entre idosos de instituição asilar particular e filantrópica da cidade de Porto Alegre. Scientia Medica. 2009;19:3-10.

Tier CG, Fontana RT, Soares NV. Refletindo sobre idosos institucionalizados. Rev Bras Enferm. 2004;57:332-5.

Vagetti GC, Weinheimer MS, Oliveira V. Atendimento integral à saúde do idoso residente em instituição de longa permanência: uma experiência interdisciplinar. Estud interdiscip envelhec. 2007;11:53-66.

Víctora, CG, Knauth, DR, Hassen, MNA. Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema. Porto Alegre (RS): Tomo Editorial; 2000.

Vieira EB. Instituições geriátricas - avanço ou retrocesso? Rio de Janeiro: Revinter; 2003.

Westphal MF. Promoção da saúde e prevenção de doenças. In: Campos GWS et al. Tratado de saúde coletiva. São Paulo: Hucitec; 2006. p. 635-67.

WHO - World Health Organization. Towards an International Consensus on Policy for Long-Term Care of the Ageing. Geneva; 2000 [acesso em 16 nov 2009]. Disponível em: http:// www.who.int ageing/en.

WHO - World Health Organization. Active Ageing: A policy framework. Geneva; 2002a [acesso em 16 nov 2009]. Disponivel em: http://whqlibdoc.who.int/hq /2002/ WHO_NMH_NPH_02.8.pdf

WHO - World Health Organization. Violence elder. Geneva; 2002b [acesso em 26 jul 2011]. Disponível em: http:// www.who.int/violence_injury_prevention/violence

WHO - World Health Organization. Towards Age-friendly Primary Health Care. Geneva; 2004 [acesso em 16 nov 2009]. Disponível em: http ://www.whqlibdoc. who.int

WHO - World Health Organization. The Bangkok Charter for Health Promotion. Geneva; 2005 [acesso em 29 mar 2010]. Disponível em: http://www.who.int/ healthpromotion

WHO - World Health Organization. WHO Age-friendly Cities Project Methodology: Vancouver protocol. Geneva; 2007a [acesso em 16 nov 2009]. Disponível em: http:// www.who.int/ ageing/en

WHO - World Health Organization. Global Age-friendly Cities : A Guide. Geneva; 2007b [acesso em 16 nov 2009]. Disponível em: www.who.int/ageing/ publications/ Global_ age_friendly_cities_Guide_English.pdf

WHO - World Health Organization. WHO Global report on falls prevention in older age. Geneva; 2007c [acesso em 25 abril 2010]. Disponível em: http:// www.who.int/ ageing/ projects/falls_ prevention _older_age/en

WHO - World Health Organization. The Nairobi call to action for closing the implementation gap in Health Promotion. Geneva; 2009. [acesso em 29 mar 2010]. Disponível em: http://www.who.int/healthpromotion

ANEXOS

Anexo 1- Roteiro de perguntas

Nome: Idade: Sexo:	Data:
Tópicos e questões abertas	Orientação
Questão de aquecimento Residente: Como é viver na (nome da ILPI) Familiar: Como é ter um parente morando na (nome da ILPI) Cuidador de idoso: Como é trabalhar com os idosos na (nome da ILPI)	Características boas? Problemas?
Tópico I *Estrutura física e acessibilidade* Vamos falar sobre os espaços abertos e a instituição Gostaria de ouvir sobre suas experiências positivas e negativas e suas ideias para melhoria Como é sair da (nome da ILPI) para fazer alguma atividade nas proximidades? E aqui dentro da (nome da ILPI)? Fale sobre como é morar aqui	• Acesso à instituição: calçamento, ruas próximas (guias, cruzamentos e faixas de pedestre, volume do tráfego, etc) • Design e manutenção das áreas externas: calçamento, jardins • Proteção do sol, • Bancos, áreas de descanso, • Sensação de segurança física • Conforto • Acessibilidade • Escadas, portas, elevadores, corredores, piso, iluminação, banheiros, áreas comuns, áreas de descanso/espera, dormitórios, refeitório
Tópico II *Respeito e inclusão social* O próximo assunto lida com como a comunidade mostra respeito e inclui as pessoas mais velhas Gostaria de ouvir sobre suas experiências positivas e negativas e suas ideias para melhoria De que maneira a comunidade inclui, ou não as pessoas mais velhas em atividades e eventos?	• Atenção • Ajuda • Respeito às necessidades • Atividades intergeracionais

Tópico III *Comunicação* Neste tópico exploraremos a interação com a informação Qual é a sua experiência em receber informações necessárias aqui na (nome da ILPI) sobres serviços ou eventos? Quais são os meios de comunicação utilizados? Quais as facilidades e dificuldades que você enfrenta com os meios de comunicação utilizados?/ E para os idosos residentes?	As informações são • Acessíveis? • Úteis? • Atualizadas? • De fácil entendimento?
Tópico IV *Participação* Agora vamos falar de atividades sociais e de lazer Gostaria de ouvir sobre suas experiências positivas e negativas e suas ideias para melhoria Você se socializa na comunidade da (nome da ILPI)?/ Você acha que os residentes se socializam na comunidade da (nome da ILPI)? E fora dela?	As atividades sociais e de lazer proporcionadas pela (nome da ILPI) são: Custo Frequência Locais em que são desenvolvidos Diversificação Atividades intergeracionais Cidadania • Participação em decisões sobre a ILPI, e em questões relacionadas aos direitos dos idosos • Eleições
Tópico V *Gestão do cuidado* Agora vamos falar sobre os cuidados que você recebe (residentes recebem) aqui na (nome da ILPI) Gostaria de ouvir sobre suas experiências positivas e negativas e suas ideias para melhoria. Como é tratado pela equipe Fale sobre a alimentação, os cuidados com a roupa e o seu ambiente privativo Fale sobre os cuidados (higiene, conforto, saúde que recebe na instituição e fora dela caso necessite de outros cuidados)	Assistência social Cuidados de higiene e conforto Cuidados de saúde Alimentação Lavanderia • Atitudes • Treinamento e educação • Custo • Organização • Sistema de referência e contra-referência • Serviços do SUS, próprios da ILPI e convênios • Estagiários Participação nas decisões sobre o cuidado

Anexo 2 - Aprovação para a realização da pesquisa

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP

Faculdade de Saúde Pública
Universidade de São Paulo

OF.COEP/303/10

1º de outubro de 2010.

Prezadas pesquisadora e orientadora,

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo - COEP **analisou**, em sua **8ª/10 Sessão Ordinária**, realizada em **1/10/2010**, de acordo com a Resolução n.º 196/96 do Conselho Nacional de Saúde - CNS e suas complementares, o **ADENDO** ao protocolo de pesquisa n.º **2125**, intitulado "**ENVELHECIMENTO ATIVO: ESTUDO DE DESENVOLVIMENTO DE INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA AMIGA DA PESSOA IDOSA NO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO/SP**", área temática **GRUPO III**, sob a responsabilidade da pesquisadora **Miriam Masako Kanashiro** e orientação da professora Helena Akemi Wada Watanabe, que solicita as seguintes modificações: mudança do título do projeto de pesquisa para "**ENVELHECIMENTO ATIVO: UMA CONTRIBUIÇÃO PARA O DESENVOLVIMENTO DE INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA AMIGAS DA PESSOA IDOSA**"; inclusão no estudo de um grupo de 16 a 20 cuidadores de idosos, que serão pesquisados através da técnica de grupo focal; inclusão de pesquisa documental sobre instituições de longa permanência; realização de observação passiva e participante. Adendo ao protocolo de pesquisa **APROVADO**.

Cabe lembrar que conforme Resolução CNS 196/96, são deveres do(a) pesquisador(a): **1.** Comunicar, de imediato, qualquer alteração no projeto e aguardar manifestação deste CEP (Comitê de Ética em Pesquisa), para dar continuidade à pesquisa; **2.** Manter sob sua guarda e em local seguro, pelo prazo de 5 (cinco) anos, os dados da pesquisa, contendo fichas individuais e todos os demais documentos recomendados pelo CEP, no caso eventual auditoria; **3.** Comunicar, formalmente a este Comitê, quando houver o encerramento deste projeto; **4.** Elaborar e apresentar relatórios parciais e final; **5.** Justificar, perante o CEP, interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

Atenciosamente,

Maria Cecilia Loschiavo dos Santos
Professora Associada
Vice-Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa - FSP/USP

Ilm.ª Sr.ª
Prof.ª Dr.ª **Helena Akemi Wada Watanabe**
Departamento de Prática de Saúde Pública
Faculdade de Saúde Pública da USP

Av. Dr. Arnaldo, 715 – Cerqueira César – CEP 01246-904 – São Paulo – SP
Contato: (55 11) 3061 7779 | coep@fsp.usp.br | www.fsp.usp.br

Anexo 3 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Termo de consentimento para o idoso residente

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

A presente pesquisa intitulada "Envelhecimento ativo: uma contribuição para o desenvolvimento de instituições de longa permanência amigas da pessoa idosa" tem o propósito de conhecer os aspectos importantes para uma instituição de longa permanência ser considerada amiga da pessoa idosa.

Instituições como esta em que o(a) sr(a) vive devem buscar seu aperfeiçoamento de forma a garantir uma melhor qualidade de vida aos seus moradores. Assim, esta pesquisa tem como objetivo conhecer, do ponto de vista dos residentes e de familiares de residentes desta casa, os elementos necessários para que uma instituição seja considerada "Amiga da pessoa idosa".

Para esta pesquisa, será realizada uma entrevista individual com duração de vinte minutos para realizar o convite de participação, explicação do estudo e solicitar seus dados pessoais. Em outro dia, será realizada uma reunião de grupo com 8 a 10 idosos residentes na instituição ou outro local adequado com duração prevista de uma hora e meia, para discutir assuntos relacionados ao envelhecimento, à pessoa idosa, o viver em uma instituição e alguns aspectos específicos referentes ao cuidado recebido, atividades desenvolvidas, a planta da instituição, a comunicação e a informação. Os encontros serão realizados em local adequado e seguro a combinar ou na instituição em que o(a) senhor(a) reside, com dia e hora, previamente agendado e estabelecido como conveniente para o(a) senhor(a), a instituição e a pesquisadora.

Cabe ressaltar que durante essa reunião, as informações serão gravadas para garantir a qualidade dos relatos e facilitar a dinâmica da atividade. Por questões éticas e de segurança, as gravações ficarão sob a guarda da pesquisadora, guardadas por cinco anos e, em seguida, serão inutilizadas.

A sua participação neste estudo é de forma voluntária, desta maneira, o(a) senhor(a) tem a livre escolha de não querer participar ou desistir de participar, ou retirar o seu consentimento, a qualquer momento, sem nenhum prejuízo à sua pessoa ou aos serviços prestados, ou às suas atividades na instituição.

Os dados coletados serão confidenciais e há a garantia de que a sua identidade pessoal será preservada e mantida no anonimato, não será publicada ou divulgada de modo algum. Somente serão divulgados os resultados gerais, obtidos do conjunto de informações coletadas.

A pesquisadora ficará à disposição para responder a qualquer dúvida sobre a pesquisa. No caso de desejar ler ou adquirir uma cópia da transcrição de seu relato, isto poderá ser providenciado.

Em caso de maiores esclarecimentos o(a) senhor(a) poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, localizada na Av. Dr. Arnaldo, 715, Cerqueira César – São Paulo, SP ou através do telefone (11) 3061-7779 ou com a Profª. Helena Akemi Wada Watanabe, orientadora desta pesquisa no telefone 3061-7754.

Eu,_____ declaro que, após ser convenientemente esclarecido pela pesquisadora sobre a pesquisa e ter compreendido o que me foi explicado, aceito participar desta pesquisa e autorizo a gravação.

Declaro também que recebi uma cópia deste Termo de consentimento livre e esclarecido.

São Paulo, ___ de _____de _____.

_____ _____

assinatura do participante Pesquisadora

Termo de consentimento para o familiar de idoso residente

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

A presente pesquisa intitulada "Envelhecimento ativo: uma contribuição para o desenvolvimento de instituições de longa permanência amigas da pessoa idosa" tem o propósito de conhecer os aspectos importantes para uma instituição de longa permanência ser considerada amiga da pessoa idosa.

Instituições como esta em que o seu familiar vive devem buscar seu aperfeiçoamento de forma a garantir uma melhor qualidade de vida aos seus moradores. Assim, esta pesquisa tem como objetivo conhecer, do ponto de vista dos residentes e de familiares de idosos residentes desta casa, os elementos necessários para que uma instituição seja considerada "Amiga da pessoa idosa".

Para esta pesquisa, será realizada uma entrevista individual com duração por volta de vinte minutos para realizar o convite de participação, explicação do estudo e solicitar os dados pessoais. Em outro dia, será realizada uma reunião composta de 8 a 10 familiares de idosos residentes, com duração prevista de duas horas, para discutir assuntos relacionados com o envelhecimento, a pessoa idosa e o viver em uma instituição e alguns aspectos específicos referentes ao cuidado com o idoso, as atividades desenvolvidas, a planta da instituição, a comunicação e a informação. Os encontros serão realizados em local adequado próximo a instituição ou na Faculdade de Saúde Pública, com dia e hora, previamente agendado e estabelecido como conveniente para o(a) senhor(a) e a pesquisadora.

Cabe ressaltar que durante essa reunião, as informações serão gravadas para garantir a qualidade dos relatos e facilitar a dinâmica da atividade. Por questões éticas e de segurança, as gravações ficarão sob a guarda da pesquisadora, guardadas por cinco anos e, em seguida, serão inutilizadas.

A sua participação neste estudo é de forma voluntária, desta maneira, o(a) senhor(a) tem a livre escolha de não participar, de desistir de participar, de retirar o consentimento, a qualquer momento, sem nenhum prejuízo a sua pessoa ou nos serviços prestados ao seu familiar ou amigo.

Todos os dados coletados serão confidenciais e há a garantia que sua identidade pessoal será preservada e mantida no anonimato, não será publicada ou divulgada de modo algum. Somente serão divulgados os resultados gerais obtidos do conjunto de informações coletadas.

A pesquisadora ficará à disposição para responder a qualquer dúvida sobre a pesquisa. No caso de desejar ler ou adquirir uma cópia da transcrição de seu relato, isto poderá ser providenciado.

Em caso de maiores esclarecimentos o(a) senhor(a) poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, localizada na Av. Dr. Arnaldo, 715, Cerqueira César - São Paulo, SP ou através do telefone (11) 3061-7779 ou com a Profª. Helena Akemi Wada Watanabe, orientadora desta pesquisa no telefone 3061-7754.

Eu, _____declaro que, após receber os esclarecimentos pela pesquisadora e ter compreendido o que me foi apresentado, aceito participar desta pesquisa e autorizo a gravação. Declaro também que recebi uma cópia deste Termo de consentimento livre e esclarecido.

São Paulo, __ de _____ de ____.

_____ _____

Assinatura do participante Pesquisadora

Termo de consentimento para o cuidador de idoso

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

A presente pesquisa intitulada "Envelhecimento ativo: uma contribuição para o desenvolvimento de instituições de longa permanência amigas da pessoa idosa" tem o propósito de conhecer os aspectos importantes para uma instituição de longa permanência ser considerada amiga da pessoa idosa.

Instituições como esta em que o seu o senhor(a) trabalha devem buscar seu aperfeiçoamento de forma a garantir uma melhor qualidade de vida aos seus moradores. Assim, esta pesquisa tem como objetivo conhecer, do ponto de vista dos residentes, dos familiares e cuidadores de idosos desta casa, os elementos necessários para que uma instituição seja considerada "Amiga da pessoa idosa".

Para esta pesquisa, será realizada uma entrevista individual com duração por volta de vinte minutos para realizar o convite de participação, explicação do estudo e solicitar os dados pessoais. Em outro dia, será realizada uma reunião composta de 8 a 10 cuidadores de idosos residentes, com duração prevista de duas horas, para discutir assuntos relacionados com o envelhecimento, a pessoa idosa e o viver em uma instituição e alguns aspectos específicos referentes ao cuidado com o idoso, as atividades desenvolvidas, a planta da instituição, a comunicação e a informação. Os encontros serão realizados em local adequado próximo a instituição ou na Faculdade de Saúde Pública, com dia e hora, previamente agendado e estabelecido como conveniente para o(a) senhor(a) e a pesquisadora.

Cabe ressaltar que durante essa reunião, as informações serão gravadas para garantir a qualidade dos relatos e facilitar a dinâmica da atividade. Por questões éticas e de segurança, as gravações ficarão sob a guarda da pesquisadora, guardadas por cinco anos e, em seguida, serão inutilizadas.

A sua participação neste estudo é de forma voluntária, desta maneira, o(a) senhor(a) tem a livre escolha de não participar, de desistir de participar, de retirar o consentimento, a qualquer momento, sem nenhum prejuízo a sua pessoa.

Todos os dados coletados serão confidenciais e há a garantia que sua identidade pessoal será preservada e mantida no anonimato, não será publicada ou divulgada de modo algum. Somente serão divulgados os resultados gerais obtidos do conjunto de informações coletadas.

A pesquisadora ficará à disposição para responder a qualquer dúvida sobre a pesquisa. No caso de desejar ler ou adquirir uma cópia da transcrição de seu relato, isto poderá ser providenciado.

Em caso de maiores esclarecimentos o(a) senhor(a) poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, localizada na Av. Dr. Arnaldo, 715, Cerqueira César - São Paulo, SP ou através do telefone (11) 3061-7779 ou com a Profª. Helena Akemi Wada Watanabe, orientadora desta pesquisa no telefone 3061-7754.

Eu, _____declaro que, após receber os esclarecimentos pela pesquisadora e ter compreendido o que me foi apresentado, aceito participar desta pesquisa e autorizo a gravação. Declaro também que recebi uma cópia deste Termo de consentimento livre e esclarecido.

São Paulo, __ de _____ de ____.

_____ _____

Assinatura do participante Pesquisadora

CURRÍCULO LATTES

Helena Akemi Wada Watanabe

Possui graduação em Enfermagem (1982), Habilitação em Enfermagem de Saúde Pública e Licenciatura em Enfermagem pela Universidade de São Paulo (1983), especialização em Saúde Pública pela Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo (1985) mestrado (1993) e doutorado em Saúde Pública pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (1999). Atualmente é professora doutora da mesma universidade. Tem experiência nas áreas de Saúde Pública e Promoção da Saúde atuando principalmente nos seguintes temas: Saúde do idoso, Saúde Pública e Envelhecimento, Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI), Promoção da saúde. Foi membro e vice-coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. É membro dos grupos de pesquisa Promoção da Saúde e Promoção da Saúde e Segurança Alimentar e Nutricional É tutora do Programa de Educação pelo Trabalho USP Capital.
(Texto informado pelo autor)

Última atualização do currículo em 02/01/2012
Endereço para acessar este CV:
http://lattes.cnpq.br/9291284753904386

Certificado pelo autor em 02/01/12

Dados pessoais

Nome Helena Akemi Wada Watanabe

Nome em citações bibliográficas WATANABE, Helena Akemi Wada; Watanabe HAW; WADA, Helena Akemi

Sexo Feminino

Endereço profissional Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, Departamento de Prática de Saúde Pública.
Av Dr. Arnaldo 715
Cerqueira César
01246-904 - Sao Paulo, SP - Brasil
Telefone: (011) 30617754 Fax (011) 30833501
URL da Homepage: http://

Formação acadêmica/Titulação

1994 - 1999 Doutorado em Saúde Pública (Conceito CAPES 5) .
Universidade de São Paulo, USP, Brasil.
Título: O Consentimento Esclarecido na Prática de Enfermeiras de Centros de Saúde Escola de São Paulo, *Ano de Obtenção:* 1999.
Orientador: Sueli Gandolfi Dallari.
Palavras-chave: Consentimento esclarecido; Ética em enfermagem de saúde pública.
Grande área: Ciências da Saúde / *Área:* Saúde Coletiva / *Subárea:* Saúde Pública.
Setores de atividade: Saúde Humana; Cuidado À Saúde das Pessoas.

1988 - 1993 Mestrado em Saúde Pública (Conceito CAPES 5) .
Universidade de São Paulo, USP, Brasil.
Título: O Processo de controle do câncer cérvico uterino no Sistema Regionalizado e Hierarquizado de Saúde : Projeto Cotia, 1987-1989, *Ano de Obtenção:* 1993.
Orientador: Sueli Gandolfi Dallari.
Bolsista do(a): Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico ,CNPq ,Brasil .
Palavras-chave: Regionalização dos serviços de saúde; Hierarquização a assistência; Câncer cérvico uterino.
Grande área: Ciências da Saúde / *Área:* Saúde Coletiva / *Subárea:* Saúde Pública.
Setores de atividade: Saúde Humana; Políticas, Planejamento e Gestão em Saúde.

Miriam Masako Kanashiro

Possui graduação em Bacharel em Gerontologia pela Universidade de São Paulo (2008). Tem experiência na área de Saúde Pública, atuando principalmente em Gerontologia, nos seguintes temas: idoso, envelhecimento ativo, cognição, estilo de vida e promoção da saúde.
(Texto informado pelo autor)

Última atualização do currículo em 02/01/2012
Endereço para acessar este CV:
http://lattes.cnpq.br/5670292635891629

Certificado pelo autor em 02/01/12

Dados pessoais

Nome Miriam Masako Kanashiro

Nome em citações bibliográficas KANASHIRO, M. M.

Sexo Feminino

Formação acadêmica/Titulação

2010 Mestrado em andamento em Programa de Pós-graduação em Saúde Pública .
Universidade de São Paulo, USP, Brasil.
Título: Envelhecimento ativo: uma contribuição para o desenvolvimento de instituições de longa permanência amigas da pessoa idosa., *Orientador:* Helena Akemi Wada Watanabe.
Bolsista do(a): Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior .
Palavras-chave: Idoso; envelhecimento ativo.
Grande área: Ciências da Saúde / *Área:* Saúde Coletiva / *Subárea:* Gestão do envelhecimento.
Grande área: Ciências da Saúde / *Área:* Saúde Coletiva / *Subárea:* Saúde Pública.

2005 - 2008 Graduação em Bacharel em Gerontologia .
Universidade de São Paulo, USP, Brasil.
Título: A prática de gateball e mahjong entre idosos de origem Japonesa residentes na cidade de São Paulo: contribuições do estilo de vida para a cognição..
Orientador: Mônica Yassuda.