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).

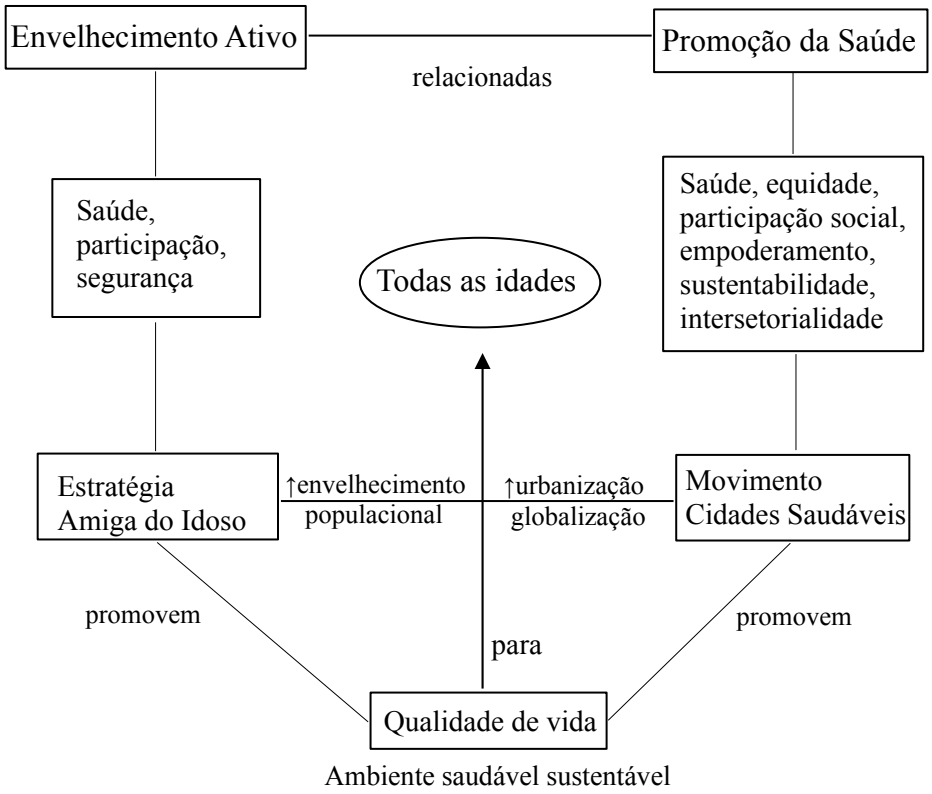
O envelhecimento ativo propõe a participação das pessoas promovendo a educação e as oportunidades de aprendizagem durante o curso da vida o que favorece o desenvolvimento de novas habilidades; e a promoção da saúde propõe o desenvolvimento de habilidades pessoais (educação em saúde) para aumentar as 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.

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 /populacao/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

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.