

GILSENIR MARIA PREVELATO DE ALMEIDA DÁTILO

**O ENVELHECIMENTO: ENCANTOS E
DESENCANTOS A PARTIR DE DEPOIMENTOS DE
PESSOAS COM MAIS DE SESSENTA ANOS.**

MARILIA 1998



CLASS.: 136.53

D 234e

TOMBO 865

Gilsenir Maria Prevelato de Almeida Dátilo

O Envelhecimento: encantos e desencantos a partir de depoimentos de pessoas com mais de sessenta anos.

O Envelhecimento: encantos e desencantos a partir de depoimentos de pessoas com mais de sessenta anos.

Dissertação apresentada à Universidade Estadual Paulista Faculdade de Filosofia e Ciências, Campus de Marília, para a obtenção do título de Mestre em Educação. Concentração: Ensino na Educação



Orientadora: Prof.ª Dr.ª Maria de Lourdes

1410000863



Marília
1998



Gilsenir Maria Prevelato de Almeida Dátilo

O Envelhecimento: encantos e desencantos a partir de depoimentos de pessoas com mais de sessenta anos.

Dissertação apresentada a Universidade Estadual Paulista Faculdade de Filosofia e Ciências, Campus de Marília, para a obtenção do título de Mestre em Educação
Área de Concentração: Ensino na Educação Brasileira.

Orientadora: Prof. Dr.^a Maria de Lourdes Morales Horiguela

1410000863



Marília
1998



AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus por estar viva e aprendendo a cada dia.

À minha mãe, Senir, pelo exemplo de luta e coragem.

Ao meu esposo Valdyr, pelo companheirismo e compreensão nas horas em que o estudo era a prioridade.

À Prof^ª. Dr.^a Maria de Lourdes Morales
Horiguela

À minha mãe Mariana, que me ilumina com sua alegria de viver.

Aqueles com cujo apoio contei nos momentos de
Pela confiança em nós depositada, pela
segurança e competência na orientação,
nosso sincero agradecimento.

AGRADECIMENTOS

JUVENTUDE & VELHICE

Agradeço a Deus por estar viva e aprendendo a cada dia.

À minha mãe, Senir, pelo exemplo de luta e coragem.

Ao meu esposo Valdyr, pelo companheirismo e compreensão nas horas em que o estudo era a prioridade.

À minha filha Mariana, que me ilumina com sua alegria de viver.

Àqueles com cujo apoio contei nos momentos de dificuldades... minha profunda gratidão.

JUVENTUDE & VELHICE

SUMÁRIO

A juventude não é uma fase da vida. É um estado de espírito, um reflexo da vontade, uma característica da imaginação, uma intensidade emotiva, uma vitória do valor sobre a timidez, um gosto da aventura sobre o amor à comodidade.

Ninguém envelhece por haver vivido certo número de anos, mas porque desertou o ideal; o tempo enruga a pele, enquanto que a renúncia do ideal encarquilha a alma.

As preocupações, as dúvidas, os temores e as desesperanças são os inimigos que, lentamente, nos encurvam no sentido da terra transformando-nos em pó antes que a morte nos abata. Jovem é aquele que se encanta e se maravilha, repetindo a figura da criança em permanente interrogação. Jovem é aquele que desafia os acontecimentos e encontra a alegria nos embates da vida; posto em prova, galvaniza-se; os fracassos fazem-no mais forte e os triunfos fazem-no ainda melhor.

Serás tão jovem quanto a tua fé, e tão velho quanto a tua descrença. Tão jovem quanto a confiança que possues em ti mesmo e tão velho quanto o teu desespero e o teu abatimento.

Permanecerás jovem enquanto permaneceres generoso, enquanto sentires entusiasmo em dares algo de ti mesmo: pensamentos ou palavras. Permanecerás jovem enquanto a ação de dar te valer mais do que a de receber, dando-te, no entanto, a impressão de que continuas sempre devedor. Permanecerás jovem enquanto fores receptível a tudo quanto é belo, bom e grandioso: às mensagens da natureza, do homem e do infinito.

E, se um dia, qualquer que seja a tua idade, sentires o coração mordido pelo pessimismo, torturado pelo egoísmo e roído pelo cinismo, que Deus, então, tenha piedade da tua alma, porque, nesse dia, serás de verdade um velho.

General DOUGLAS MAC ARTHUR - 1945

5.	RESULTADOS	89
5.1.	O conceito de envelhecimento	91
6.	CONSIDERAÇÕES FINAIS	91
7.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	92
8.	ANEXOS	101
8.1.	Anexo I	102
8.2.	Anexo II	125
8.3.	Anexo III	145
8.4.	Anexo IV	155
9.	RESUMO	183
10.	ABSTRACT	185

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	01
2.	REFERENCIAL BIBLIOGRÁFICO	06
2.1.	Envelhecimento: um enfoque social e psicológico	16
2.2.	A questão da aposentadoria	31
2.3.	O envelhecimento e a depressão	35
2.4.	Sexualidade e envelhecimento	38
3.	DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA E OBJETIVOS	44
4.	MATERIAL E MÉTODO	47
4.1.	Local	49
4.2.	Sujeitos	52
5.	RESULTADOS	56
5.1.	O conceito de envelhecimento	71
6.	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	81
7.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	93
8.	ANEXOS	101
8.1.	Anexo I	102
8.2.	Anexo II	125
8.3.	Anexo III	145
8.4.	Anexo IV	165
9.	RESUMO	183
10.	ABSTRACT	185

Psicóloga desde 1988, trabalhei alguns anos em instituição psiquiátrica, pois realizei após a graduação, um curso de aprimoramento em saúde mental, através de bolsa concedida pela FUNDAP.

Em 1992 iniciei meu trabalho como psicóloga hospitalar do Núcleo de Psicologia Hospitalar do Hospital de Clínicas de Marília - Faculdade de Medicina de Marília, pertencendo ao Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria da mesma.

O Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria é composto por outros setores de atendimento e ensino: Ambulatório de Saúde Mental, Enfermaria Psiquiátrica, Oficina Terapêutica, Unidades Básicas de Saúde e Pronto Socorro. É constituído por uma equipe multiprofissional de psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros e terapeutas ocupacionais.

Tem como proposta de trabalho a docência, a assistência e a pesquisa em saúde mental, treinando e formando profissionais nas várias Residências: psiquiatria, psicologia, enfermagem e serviço social.

Desde 1993, o Núcleo de Psicologia Hospitalar (N.P.H.) vem realizando formação de Psicólogos na área de Psicologia Médica e Psiquiatria, através do Curso de Aperfeiçoamento Profissional em Psicologia Clínica e Psiquiatria - "Psicologia da Saúde", vinculado à FUNDAP, os quais desenvolvem sua pós-graduação sob supervisão dos psicólogos pertencentes ao N.P.H.

1. INTRODUÇÃO

Este curso tem duração de dois anos, sendo que o primeiro ano o psicólogo em aprimoramento desenvolve atividades nos diversos setores do Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria: Ambulatório de Saúde Mental, Enfermaria Psiquiátrica e Núcleo de Psicologia Hospitalar. No segundo ano o aprimorando escolhe o setor no qual vai aprofundar os conhecimentos teórico-práticos.

Em meados de 1992, juntamente com uma equipe multidisciplinar iniciei um trabalho com um grupo de idosos o qual foi denominado de "Curso Aberto à Terceira Idade da Faculdade de Medicina de Marília". Tal Curso Aberto

Psicóloga desde 1986, trabalhei alguns anos em instituição psiquiátrica, pois realizei após a graduação, um curso de aprimoramento em saúde mental, através de bolsa concedida pela FUNDAP.

Em 1992 iniciei meu trabalho como psicóloga hospitalar do Núcleo de Psicologia Hospitalar do Hospital de Clínicas de Marília - Faculdade de Medicina de Marília, pertencendo ao Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria da mesma.

O Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria é composto por outros setores de atendimento e ensino: Ambulatório de Saúde Mental, Enfermaria Psiquiátrica, Oficina Terapêutica, Unidades Básicas de Saúde e Pronto Socorro. É constituído por uma equipe multiprofissional de psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros e terapeutas ocupacionais.

Tem como proposta de trabalho a docência, a assistência e a pesquisa em saúde mental, treinando e formando profissionais nas varias Residências: psiquiatria, psicologia, enfermagem e serviço social.

Desde 1993, o Núcleo de Psicologia Hospitalar (N.P.H.) vem realizando formação de Psicólogos na área de Psicologia Hospitalar em "Curso de Aprimoramento Profissional em Psicologia Clínica e Psiquiatria - Psicologia da Saúde", vinculado à FUNDAP, os quais desenvolvem sua pós-graduação sob supervisão dos psicólogos pertencentes ao N.P.H.

Este curso tem duração de dois anos, sendo que o primeiro ano o psicólogo em aprimoramento desenvolve atividades nos diversos setores do Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria: Ambulatório de Saúde Mental, Enfermaria Psiquiátrica e Núcleo de Psicologia Hospitalar. No segundo ano o aprimorando escolhe o setor no qual vai aprofundar os conhecimentos teórico-práticos.

Em meados de 1992, juntamente com uma equipe multidisciplinar iniciei um trabalho com um grupo de idosos o qual foi denominado de "Curso Aberto à Terceira Idade da Faculdade de Medicina de Marília". Tal Curso Aberto



era composto por disciplinas voltadas à saúde e à qualidade de vida. Geriatria, psicóloga, nutricionista, enfermeira, fonoaudióloga, fisioterapeuta e assistente social eram os profissionais que dele faziam parte. As aulas eram ministradas pelos próprios profissionais, tendo em vista levar a clientela a uma melhor qualidade de vida, melhores hábitos alimentares, maior autocuidado, melhor auto-imagem e auto-estima.

Em função de todas as atividades desenvolvidas com este grupo, várias questões se colocavam e, entre elas, saber das circunstâncias em que as pessoas envelheciam e como esse fato era sentido e percebido pelos mesmos.

Na mesma época em que participava do Curso Aberto, visitava também os idosos institucionalizados na Fundação Mansão Ismael instituição que abriga 56 idosos. Encontrei idosos que se diziam “felizes” e outros muito desiludidos, revoltados com a velhice. Comparava esses com os idosos que freqüentavam o curso e que eram motivados para aprender. Muitos enfrentavam seus problemas com bom humor, mas alguns também expressavam dificuldade ao falarem sobre a idade ou o que pensavam dessa fase da vida. Em ambos os grupos observei diferentes maneiras de encarar o envelhecimento. Enquanto alguns o aceitavam como algo natural, com ganhos e perdas, outros se angustiavam apresentando resistência à aceitação da idéia. Para alguns, envelhecer era sentido como um continuar, um prosseguir, dizendo-se felizes por estarem vivos e envelhecendo. Para outros, misturavam-se sentimentos de perda, de limites e até de certa tristeza.

A partir dessas constatações levantei indagações sobre quais seriam as causas de visões e sentimentos tão distintos em idosos da mesma faixa etária. Seria a percepção do envelhecimento única e individual, independentemente do idoso morar em seu lar ou em uma instituição? Quais seriam as variáveis mais relevantes que influenciariam essa visão do envelhecimento? Esses questionamentos motivaram o estudo da questão do idoso e do envelhecimento.



O fato também de estar em permanente contato com os alunos da graduação médica e pós graduandos da psicologia, levaram-me a um desejo do saber mais, dessa maneira partia em rumo ao mestrado.

Em 1995, iniciava então esse trabalho, que pretendia buscar subsídios para a melhor compreensão do papel do idoso na sociedade, contribuir para o seu melhor conhecimento, buscar informações que pudessem ajudar nos projetos para a terceira idade e esclarecer o conceito de envelhecimento a partir da visão do próprio idoso.

A palavra idoso é uma contração (idadoso), de *idos* que tem sua origem do latim, e significa tempos *idos*; passado, esse adjetivo ao ser atribuído a pessoas denota algo que já foi, não veicula a idéia de processo. Neste estudo entenderemos envelhecimento como um processo que inicia-se no momento da fecundação e cessa somente com a finitude.

Acredito ser de extrema importância o estudo de pessoas com mais de 60 anos pois, fruto do avanço da medicina, com a profilaxia de várias doenças, o aparecimento de novas drogas, melhores condições sanitárias e planejamento familiar, o número de idosos no Brasil e no mundo está aumentando rapidamente. Segundo dados do IBGE (1990), a população de idosos no Brasil é de 7,5 milhões de pessoas, devendo dobrar nas próximas duas décadas, em números absolutos e como porcentagem, alcançando cerca de 10% em 2020. Esses idosos necessitarão de serviços de saúde, ocupação em trabalho ou lazer e condições econômicas suficientes para a sua sobrevivência.

Em países em desenvolvimento, como o Brasil, o problema da terceira idade não tem merecido atenção devida e a pressão sobre o setor público quanto a esse aspecto tende a aumentar, pois as famílias estarão cada vez menores e, em muitos casos, desagregadas. No passado as famílias, com muitos filhos, tinham a função de previdência e seguro saúde para seus pais. Os asilos e hospitais eram sempre ligados a organizações religiosas. Hoje a tendência é essa responsabilidade ficar cada vez mais por conta do governo, o que dificulta o seu

bom funcionamento. O problema do idoso no Brasil, portanto, é uma questão social, comportamental, ética e moral.

2. REFERENCIAL BIBLIOGRÁFICO



O que é velhice? O envelhecimento populacional, atualmente, é um fenômeno universal tanto em países desenvolvidos como em países em desenvolvimento.

Estabelecer critérios e parâmetros a partir dos quais a velhice possa ser definida é tarefa difícil no contexto de vários autores. Percebe-se a existência de uma série de fatores atuando durante toda a existência e que cada pessoa reage a estes de maneira peculiar, o que possibilita que para alguns a velhice ocorra de forma mais breve e, para outros, mais lenta.

De acordo com Gomes & Ferreira (1985), desde os tempos mais remotos já havia a preocupação com a velhice, como no Egito no ano de 2500 A.C., onde se fazia a descrição do velho de modo não favorável, focalizando apenas as perdas, principalmente as biológicas.

Segundo Beauvoir (1970) foi escrito em 2500 A.C. no Egito, o primeiro texto dedicado à velhice, de autoria de Ptah-Hotep, filósofo e poeta:

Como é pesado o fim de um velho. Ele se enfraquece a cada dia, sua vista escurece, seus ouvidos tomam-se surdos, sua força declina, seu coração não tem mais repouso. Sua boca torna-se silenciosa e não fala mais. Suas faculdades intelectuais diminuem, e lhe é impossível lembrar-se das coisas que aprendeu quando jovem. Todos os seus ossos tornam-se difíceis, e o sentido do paladar cansa-se de prazer. A velhice é a pior das infâmias que pode atingir um homem. (Beauvoir, 1970, p.114).

2. REFERENCIAL BIBLIOGRÁFICO

Para Beauvoir (1970), a condição de velho na Grécia, na Antiguidade, era ligada à ideia de honra. Gêra, Gerôn, as palavras que designam a idade avançada significam também o privilégio da idade, o direito da anciandade, a deputação. Nos tempos heróicos, o chefe da Polis, o rei, era assistido por um conselho de anciãos que tinham um papel consultivo. O rei lhes confiava também a tarefa de exercer a justiça. De acordo com a autora, a velhice era, em muitas cidades da Grécia, uma qualificação, mas, enquanto avatar individual, ela não era amada. A autora enfatiza o testemunho de alguns poetas sobre tal fato. Nos versos, os poetas referem-se de forma sempre negativa à

O que é velhice? O envelhecimento populacional, atualmente, é um fenômeno universal, tanto em países desenvolvidos como em países em desenvolvimento.

Estabelecer critérios e parâmetros a partir dos quais a velhice possa ser definida é tarefa difícil no consenso de vários autores. Percebe-se a existência de uma série de fatores atuando durante toda a existência e que cada pessoa reage a estes de maneira peculiar, o que possibilita que para alguns a velhice ocorra de forma mais breve e, para outros, mais lenta.

De acordo com Gomes & Ferreira (1985), desde os tempos mais remotos já havia a preocupação com a velhice, como no Egito no ano de 2500 A.C., onde se fazia a descrição do velho de modo nada favorável, focalizando apenas as perdas, principalmente as biológicas.

Segundo Beauvoir (1970) foi escrito em 2.500 A.C, no Egito, o primeiro texto dedicado à velhice, de autoria de Ptah-Hotep, filósofo e poeta:

Como é penoso o fim de um velho. Ele se enfraquece a cada dia, sua vista cansa, seus ouvidos tornam-se surdos, sua força declina; seu coração não tem mais repouso; sua boca torna-se silenciosa e não fala mais. Suas facilidades intelectuais diminuem, e lhe é impossível lembrar-se hoje do que aconteceu ontem. Todos os seus ossos doem. As ocupações que até recentemente causaram prazer só se realizam com dificuldade, e o sentido do paladar desaparece. A velhice é a pior dos infortúnios que pode afligir um homem. (Beauvoir 1970, p.114).

Para Beauvoir (1970) a condição de velho na Grécia, na Antiguidade, era ligada à idéia de honra. *Géra*, *Geron*, as palavras que designam a idade avançada significam também o privilégio da idade, o direito da ancianidade, a deputação. Nos tempos heróicos, o chefe da *Polis*, o rei, era assistido por um conselho de anciãos que tinham um papel consultivo. O rei lhes confiava também a tarefa de exercer a justiça. De acordo com a autora, a velhice era, em muitas cidades da Grécia, uma qualificação, mas, enquanto avatar individual, ela não era amada. A autora enfatiza o testemunho de alguns poetas sobre tal fato. Nos versos, os poetas referem-se de forma sempre negativa à

velhice, como neste trecho de Minermo, Sacerdote em Cólofon por volta de 630 A.C, onde ele canta os prazeres, a juventude, o amor e detesta a velhice: “Que vida, que prazeres, sem Afrodite de ouro? Ele lamenta Títono: Infeliz dele! Foi com um mal imortal que os deuses o atingiram!” Beauvoir (1970, p.123). O poeta repete sem cessar que preferia morrer a envelhecer:

Como as folhas que a estação das flores faz brotar sob os raios do sol, durante um fugidio instante, gozamos a flor de nossa juventude, e logo as negras parcas nos cercam, uma trazendo a dolorosa velhice, e a outra a morte. O fruto da juventude não tardou a apodrecer: mal dura o tempo da luz do dia. E uma vez atingido esse termo, a vida se torna pior que a morte. Aquele que um dia foi belo, quando passou a hora da juventude, faz pena até a filhos e amigos. (Beauvoir, 1970 p.124).

Há na Bíblia, também, passagens que se referem à velhice, como em Eclesiastes 12(p.688) “Lembra-te do teu criador nos dias da tua mocidade, antes que venham os maus dias e cheguem os anos dos quais dirás: Não tenho neles prazer”. Percebe-se, nestas metáforas, como a velhice era temida. Ao final do capítulo ainda se observa, no versículo sete, a seguinte frase: “E o pó volta à terra, como o era, e o espírito volte a Deus, que o deu”. Talvez o maior temor seja associar a velhice à morte.

Ao longo da história da humanidade o idoso tem sido alvo de diferentes posturas por parte das sociedades, ora sendo valorizado e acolhido, ora sendo menosprezado e rechaçado. Em Esparta, os idosos integravam o que hoje chamaríamos o Conselho Diretor com funções de planejamento, administrativas e jurídicas. Na Roma antiga, o senado espelhava o peso e a importância de seus integrantes. Entre os itálicos encontramos a aposentadoria, privilégio daqueles que “envelheciam no serviço” (Assunção Filho, 1990). Entre os judeus, o jubileu, sinal maior de respeito e reconhecimento a uma vida de trabalho. Na China, o réu com 70 anos tinha, caso condenado, sua pena transformada em multa, (Alves Garcia apud Assunção Filho, 1990). Vale ressaltar, porém, que os idosos mencionados eram apenas os da classe dominante.

Nem todas as sociedades respeitavam o idoso. Em algumas ilhas gregas, como a Ilha Ática de Keos, as pessoas, ao completarem 60 anos, costumavam suicidar-se, bebendo o suco da cicuta em cerimônias solenes. Esse tipo de suicídio também ocorria em algumas ilhas da Polinésia segundo Alves Garcia apud Assunção Filho, (1990).

Beauvoir (1970) assinala que o prestígio da velhice diminuiu muito pelo descrédito da noção de experiência. A sociedade tecnocrática de hoje não crê que, com o passar dos anos, o saber se acumule, mas sim que diminua ou pereça. A autora enfatiza que para a sociedade atual os melhores valores sempre estão associados à juventude.

Bosi (1973) acompanha a análise de Beauvoir (1970) e afirma:

A sociedade industrial é maléfica à velhice pois nela todo sentimento de continuidade é destruído, o pai sabe que o filho não continuará sua obra e que o neto nem mesmo dela terá notícia. Destruirão amanhã o que construímos hoje. (p.25)

Percebe-se que o idoso, dependendo da época e da cultura, mesmo que já tenha exercido diferentes papéis, nem sempre tem recebido o respeito e o valor adequado.

Em 1974, a Organização Mundial de Saúde (O.M.S.), ao definir o idoso, levou em consideração, além do critério cronológico, o grau de desenvolvimento do país, propondo que, para os países em desenvolvimento, o idoso seja o indivíduo com 60 anos ou mais e, para os países desenvolvidos, com 65 anos ou mais.

Salgado (1980) percebe a velhice como uma etapa de vida na qual, devido à idade cronológica, ocorrem modificações de ordem biopsicossocial que afetam a relação do indivíduo com o meio.

Waldon (1984) acredita que a velhice deva ser vista sob o ponto de vista biológico, social e psicológico, o qual está estreitamente relacionado ao tipo de personalidade e ao estilo de vida do indivíduo.

Bosi (1973) valoriza os idosos e preocupa-se em registrar a voz desses para tomar possível compreensão da vida e do pensamento daqueles que já trabalharam por nós. Através de seu texto criou-se condições de reunir a memória social, familiar e grupal e vislumbrar a importância de ouvir o idoso, saber a "história" sob a ótica de quem a vivenciou.

Ferrari (1975) afirma que a velhice é uma fase da vida rica em perspectivas e experienciada em fracassos. É preciso lembrar, porém, que a sabedoria, a maturidade e a tranquilidade não aparecem de repente ao se entrar na velhice. Esta é um processo contínuo para a qual o indivíduo deve preparar-se desde o início de sua existência.

Skinner & Vaughan (1985) afirmam que a boa época para pensar sobre a velhice é na juventude, sendo possível, então, melhorar as chances de vir a vivê-la bem quando a mesma chegar. Fazem uma analogia interessante afirmando que, se pretendêssemos passar o restante de nossas vidas em outro país, deveríamos aprender o máximo sobre ele. Assim, deveríamos ler sobre seu clima, povo, história, arquitetura e conversar com pessoas que lá viveram. Eles colocam que a velhice é, em parte, como um outro país, onde poderemos viver bem se nos prepararmos com antecedência.

Fazem também uma observação importante: no que tange à saúde e à economia, os jovens de hoje freqüentemente se preocupam com o futuro e com a qualidade de vida. Exercitam-se, comem moderadamente, examinam os planos de aposentadoria, mostrando preocupação com o futuro.

Thorton (1982) relata a importância dos exercícios físicos tanto na promoção como na manutenção da boa saúde do idoso. O autor enfatiza que os exercícios melhoram o contato social e ajudam na auto-estima, sendo que esses deveriam fazer parte dos hábitos de vida de todas as pessoas, para se ter uma velhice saudável.

Baltes & Reese (1980) colocam que, embora tenha havido, nos Estados Unidos, tentativas para promover programas de saúde, envolvendo

exercícios físicos em um grande número de estabelecimentos sociais, os idosos não têm aderido a esses programas de forma contínua, ou seja, é preciso que os idosos se sensibilizem para este fato.

Haddad (1986) esclarece conceitos de envelhecimento afirmando a ausência de unanimidade sobre o que é ser velho. As posições a esse respeito são muitas, variando desde o ponto de vista segundo o qual o envelhecimento inicia-se imediatamente após a fecundação, até aquele que aponta o marco empírico da senectude em torno dos 65 anos. Inclui também, nestes esclarecimentos, outro ponto de vista, o de Ávila (1978), segundo o qual o velho sadio não é psicológica nem fisiologicamente velho. Conforme o autor, o que caracteriza a velhice não é a quantidade dos anos vividos, nem é o estado das artérias, nem anormalidade endócrina. Segundo ele, a velhice se caracteriza pela perda dos ideais da juventude, ou em suas palavras pela “dessintonização” com a mentalidade do seu tempo, pelo desinteresse pelo cotidiano nacional e internacional, pelo humor irritadiço, pela desconfiança no futuro e pelo desamor ao trabalho. Mesmo de maneira subjetiva, o autor coloca que estar em sintonia com o seu tempo, com humor e afeto preservados, é um bom indício do não estar velho, ou melhor, de não sentir-se velho.

Kalache *et al.* (1987), para definir a velhice, colocam em segundo plano o critério cronológico, destacando a importância da capacidade funcional para manutenção da autonomia e da qualidade de vida.

Para Anzola Pérez (1993), o envelhecimento inicia-se entre 20 e 30 anos de idade, quando o organismo alcança seu grau máximo de maturidade e a ação do tempo começa a produzir modificações morfológicas e fisiológicas no indivíduo.

Léger *et al.* (1994) concordam com Kalache *et al.* (1987) no sentido de que, para definir envelhecimento, **a idade não é critério suficiente**, pois cada indivíduo se comporta neste domínio de forma variável em função de fatores genéticos, mas também por consequência do peso do meio-ambiente. A

longevidade de algumas profissões (profissionais liberais, professores, etc.) em relação a outras (trabalhadores braçais e outros) testemunham-no largamente. O papel da alimentação e das condições de vida constitui um outro argumento para apoiar essa hipótese.

Outro autor que escreve sobre a dificuldade do estabelecimento de critérios para definir envelhecimento é Veras(1994, p.25).

Velhice é um termo impreciso e sua realidade difícil de perceber. Quando uma pessoa se torna velha? Aos 50, 60, 65 ou 70 anos? Nada flutua mais do que os limites da velhice em termos de complexidade fisiológica, psicológica e social.

O que se sabe segundo Bruns & Abreu (1994) é que independente da classe social, religião ou posição política, o envelhecimento faz parte dos fenômenos coletivos da espécie humana, tais como: o nascer, o morrer, o enamoramento, a amizade e a sexualidade.

Veras (1994) coloca que, do ponto de vista cultural, a velhice é percebida de maneiras diferentes em lugares diferentes. Assim, ela deve ser percebida de modo distinto em um país com expectativa de 37 anos de vida ao nascer, tal como Serra Leoa, quando comparada à maneira pela qual é percebida em um país com uma expectativa de 78 anos de vida ao nascer, como no Japão.

Apesar de todas as dificuldades, para facilitar os dados, utiliza-se o critério cronológico e, em países do Terceiro Mundo, a idade mínima de 60 anos define a população idosa (Veras, 1994).

Laslett (1987), apud Veras (1994), afirma que atualmente os franceses estão usando o termo quarta idade para a faixa etária acima de 80 anos.

Neri (1995) traz uma abordagem do envelhecimento de acordo com a Teoria do Curso de Vida e, neste enfoque, o desenvolvimento comporta simultaneamente ganhos e perdas, defendendo a idéia de que não há ganho sem perda e nem perda sem ganho. Envelhecer satisfatoriamente, segundo a autora, depende do delicado equilíbrio entre as limitações e as potencialidades do

indivíduo, o qual lhe possibilitará lidar com diferentes graus de eficácia com as perdas inevitáveis do envelhecimento. Além do grande número de referenciais para designar o envelhecimento, como os fatores biológicos, psicológicos, sociais, ambientais e o de autonomia funcional, a todos esses adiciona-se esse delicado equilíbrio citado por Neri (1995) entre as limitações e potencialidades do indivíduo.

Wagner (1996) discute, em seu artigo, as opiniões de pessoas de diferentes faixas etárias sobre a **velhice** e o **velho** e também do velho sobre si mesmo, sobre os não-velhos e sobre a velhice. Foram encontradas em sua pesquisa algumas regularidades sobre o envelhecer que independem da faixa etária, do sexo e do nível de escolaridade. Dentre elas se destacam:

- Envelhecer é sofrer perdas físicas, psicológicas e sociais; envelhecer é ter muita experiência de vida; envelhecer é tornar-se palpiteiro, mau, incômodo e improdutivo; envelhecer é necessitar de mais afetos e cuidados;
- Para 63%, velho é quem tem mais de 60 anos, para 22% dos sujeitos velhice é um estado de espírito;
- Para 54%, o velho só deve morar com familiares;
- Para 44%, os velhos casais devem morar sós; para outros 30% os velhos casais devem morar com familiares; uma pequena minoria (4%) colocaria velhos sós ou casais em instituições. Alguns poucos acharam que seria bom velhos morarem com amigos: se casal, 3%; se sós, 5%;
- 85% vêem o velho na família auxiliando, sendo respeitado e ajudado; 7% vêem a participação do velho na família com características negativas, mas ainda desempenhando papéis tradicionais; 3% vêem o velho na família só com características negativas;
- Metade dos sujeitos (51%) disse que trabalhar ou não na velhice é opção pessoal; 26% acham que o idoso deve manter-se ativo, realizando trabalhos mais leves ou de menor responsabilidade.

Outros dados significativos encontrados por Wagner (1996) foram que as pessoas acima de 25 anos acentuaram, em suas respostas, as perdas na velhice, enquanto os mais jovens deste mesmo grupo acentuaram estereótipos sociais negativos. Os grupos com idade entre 14 a 18 anos tendem a antecipar a velhice para 40 anos. Foi bem maior o número de homens em relação ao número de mulheres que percebem a velhice como "um estado de espírito". Outro dado encontrado é que os homens se vêem como mais independentes e participantes na velhice, ressaltando também boas relações familiares e as mulheres apontam em sua velhice mais sentimentos positivos e de autoparticipação. Destaca-se que mais homens do que mulheres mostraram negação em relação ao próprio envelhecimento.

Barros Lazaeta (1994) afirma que o envelhecimento é um processo individual, mas que existem problemas comuns a todos que envelhecem, sendo preciso adaptar-se a condições sociais desfavoráveis, elaborando estratégias pessoais para contestá-las ou compensá-las. A autora julga que também é necessário aceitar uma série de restrições que podem se somar a outras perdas pessoais, tais como as enfermidades, limitações na capacidade do funcionamento autônomo, diminuição do ritmo e fragilidade, deterioração na aparência física e morte de seres queridos. Para se definir o envelhecimento, do ponto de vista da pessoa que envelhece, existem dois tipos de aspectos subjetivos que são pertinentes:

1. Cognitivos - relacionados com o raciocínio, referem-se ao significado que o indivíduo atribui ao que lhe acontece e à sua situação, isto é, como ele representa subjetivamente a realidade do envelhecimento. A autora cita pesquisa realizada no Chile, em 1991, revelando a existência de três formas de conotar a velhice. A maioria das pessoas concebe seu próprio envelhecimento como um processo natural de mudança, que deve ser aceito com resignação e a que, primeiramente, é necessário adaptar-se. Foram verificados mais dois significados: um que percebe a

velhice em termos de declínio e perdas e outro que a considera como uma etapa de vida, nem melhor e nem pior que outras, sendo que cada pessoa deve procurar um papel ativo de busca do melhor modo de vivê-la. Os resultados do estudo chileno mostram que se pode reconhecer mais de uma razão para alegrar a existência. Muitos dizem que o sentido de sua vida flui, tanto do gosto de estarem vivos como do amor pelos seres queridos e das possibilidades de solidariedade e serviço. Quase um terço dos entrevistados acredita que o seu sentido de vida reside na própria personalidade introspectiva que os tem levado a reconciliar-se consigo mesmos e a aceitar suas vidas: presente e passada. Outro terço tem o sentido de sua existência no que têm feito e que continuam a fazer. Alguns poucos vivem de recordações dizendo que já cumpriram sua missão e outros ainda centram-se no que fazem atualmente;

2. Afetivos motivacionais - essa dimensão se refere às atitudes e formas com que as pessoas enfrentam as circunstâncias de seu envelhecimento, o qual implica mudanças, tanto no meio social como no próprio organismo.

Nas estratégias de enfrentamento, atuam os aspectos cognitivos e afetivos motivacionais. As reações emocionais, os estados de ânimo e a disposição para agir são fundamentais. Entre essas, o estado de ânimo é crucial, pois governa as emoções e motiva para agir. Neste contexto, entende-se por ânimo positivo a capacidade de exercer a vontade, definindo formas de agir que permitam à pessoa adaptar-se às condições de vida, resolver problemas, minimizar deficiências, encontrando mecanismos que façam a vida mais tolerável. O estado de ânimo positivo também é capaz de suportar e assumir perdas e limitações inevitáveis, sem que isso afete de forma substancial a sensação de bem estar e o gosto de viver. A autora conclui que os estados de ânimo se relacionam com a necessidade de esforçar-se para

superar os problemas, preocupar-se em ser mais tolerante para com suas condições de vida e por saber viver.

Wagner (1996) coloca que no conceito da própria velhice se constata um paradoxo. A velhice do outro é caracterizada por perdas e características indesejáveis mas a própria será positiva, cuidada, independente, participante e integrada.

De acordo com os vários autores o conceito de envelhecimento é dinâmico, e pode se alterar de acordo com o tempo, a sociedade e a cultura.

2.1. Envelhecimento: um enfoque social e psicológico

Nas sociedades pré-industriais os idosos chegaram a ocupar, socialmente, papéis importantes. Eram detentores do poder econômico, usufruíam de grande respeito dentro do grupo social, o que lhes garantia posição de conselheiros, guardiães dos valores morais, juizes e outras funções socialmente reconhecidas (Salgado, 1985).

No passado à velhice era atribuído grande valor, sobretudo o ligado à experiência e à sabedoria. A perda de status do idoso na sociedade contemporânea coincide com a evolução dessa sociedade que prioriza a produção e desvaloriza a atividade humana que não esteja diretamente funcionando como atividade econômica. Dessa forma, as pessoas não valem pelo que são, mas sim pela que fazem ou produzem. Então, aqueles que não participam do sistema ou têm posição secundária na produção são considerados marginalizados socialmente (Salgado, 1985).

Segundo Gomes & Ferreira (1985), Berquó & Leite, (1988), Ramos *et al.* (1987) houve, nos últimos anos, um aumento mundial no número de idosos

principalmente atribuído às melhores condições sanitárias, à profilaxia de doenças, ao surgimento de novas drogas e ao planejamento familiar.

Veras (1994) esclarece que a principal característica demográfica do processo de envelhecimento de uma população não é o prolongamento do período de vida de seus indivíduos em decorrência da mortalidade, mas a diminuição de suas taxas de fecundidade.

No Brasil o aumento da população idosa será da ordem de 15 vezes entre 1950 e 2025, enquanto o da população como um todo será de não mais que cinco vezes no mesmo período. Tal aumento colocará o Brasil, no ano 2025, como a sexta população de idosos do mundo em termos absolutos (Kalache *et al.* 1987). Ramos *et al.* (1987) acreditam que, no Brasil, até o ano 2000, a faixa etária de 0 a 14 anos crescerá 14% contra 107% da faixa etária dos 60 anos ou mais, ou seja, no início do século a população idosa estará crescendo quase oito vezes mais do que a população geral.

País de jovens o Brasil não é mais. Envelhecer no final deste século já não é proeza de alguns países, mas sim de todo o planeta. Na Europa, por exemplo, o aumento da expectativa de vida começou a mudar em meados deste século, devido a avanços da medicina como a redução da mortalidade por tuberculose. Na Inglaterra, em 1855, 13 de cada 100 mortes eram atribuídas à tuberculose; nos Estados Unidos, a taxa de mortalidade por essa doença era de 194 mortos para cada 100.000 habitantes em um ano. (Kalache *et al.* 1985). Comparando-se esses dados com os dos dias atuais, constatou-se uma redução de 99% (Kalache *et al.* 1985). No final da década de 40 e início dos anos 50, foram introduzidos os exames radiográficos, a vacina BCG e uma série de drogas potentes no sentido de diminuir a incidência da tuberculose (Kalache *et al.* 1985).

A principal razão associada a esse drástico declínio é a elevação do nível de vida da população, traduzido pela urbanização adequada das cidades, melhoria nutricional, elevação dos níveis de higiene pessoal, melhores condições sanitárias, condições de trabalho e moradia muito melhores.

A preocupação com o idoso é pois recente, considerando-se o exemplo do Brasil, segundo Kalache *et al.*(1985). No início do século, a expectativa de vida ao nascimento era de 33,7 anos, tendo atingido 43,2 anos em 1950. No decorrer da década imediatamente posterior, a expectativa de vida aumentou, passando para 55,9 anos. Na década de setenta, a expectativa de vida ao nascimento passou a 57,1 e, em 1980, ela atingiu 63,5 anos. A partir daí até o ano 2.000, ela deverá experimentar um aumento de cinco anos, passando para 68,5 anos.

Percebemos que os conceitos de idoso e 3ª idade não são estáticos, pois de acordo com a época, lugar e os avanços da medicina eles se alteram e tem caminhado para maior longevidade.

O mesmo ocorre com o conceito de adolescência que se antes era de 12 a 15 anos, atualmente nas classes sociais mais abastadas se estende até 23 ou 24 anos; porque o parâmetro para definir adolescente está relacionado com a preparação profissional.

Atualmente em países do primeiro mundo já se usa o termo quarta idade para designar pessoas que estão na faixa etária acima de 80 anos, porém acreditamos que daqui alguns anos essa idade também possa ser estendida.

Queiroz, em seu artigo "Estatística compara aumento de idoso em São Paulo", de 15/07/1991, no jornal O Estado de São Paulo sobre a longevidade traz um dado importante, afirmando que, nos últimos quatro anos, 246 pessoas com mais de 100 anos morreram na cidade de São Paulo, sendo a mais velha uma chinesa de 118 anos de idade falecida em 1994. A estatística é do Serviço Municipal que está comprovando, na prática, a tese dos demógrafos acerca do envelhecimento da população. Os atestados de óbito tabulados pelo Serviço Funerário mostram que em 1993 morreram cinquenta e oito (58) pessoas com idade longa, vinte e três (23) das quais com cem(100) anos, dez (10) com cento e um (101) anos, oito (8) com cento e dois(102) anos, cinco (5) com cento e

três(103) anos. Quatro chegaram a ultrapassar 11 décadas de vida; duas morreram com 112 anos, uma 113 e outra, com 116.

Em artigo publicado no jornal O Estado de São Paulo, de 15 de julho de 1996, Queiroz cita Jabur, afirmando que a expectativa de vida gira hoje em torno de 75 anos na cidade de São Paulo e que há previsões de que pessoas que nascerem em 2005 possam ter uma expectativa de vida de cento e quinze(115) anos.

Existem, porém, no Brasil, grandes diferenças regionais quanto à expectativa de vida ao nascer, pois o país possui áreas de pobreza absoluta e regiões industrializadas bastante desenvolvidas. Nenhum país é homogêneo, mas as discrepâncias entre as áreas não são geralmente tão gigantescas quanto no Brasil (Veras, 1994).

Sobre a esperança de vida ao nascer temos diferenças regionais e, enquanto na região nordeste esta é de 51 anos, na região sul é de 67 anos. (Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 1991).

Apesar dessas diferenças, segundo Veras (1994), o censo de 1991 do IBGE mostra que o Rio de Janeiro e a Paraíba, são os Estados de maior número percentagem de idosos do país (9,20% o 9,04% respectivamente). Segundo o autor, apesar da aparente semelhança, grandes diferenças se apresentam em uma análise cuidadosa destes números. Assim, na Paraíba, o crescimento proporcional da população idosa está ligada ao processo de migração, de altas taxas de mortalidade da população jovem e da drástica redução de fecundidade. No Rio de Janeiro, os motivos seriam outros, como a população mais estável e a redução de fecundidade, processos que já ocorrem há anos (Veras, 1994).

Diferenças significativas encontram-se também em relação à distribuição da população idosa por sexo. As mulheres idosas são mais numerosas que os homens e esta predominância acentua-se com o avançar da idade (Berquó e Leite, (1988); Kaplan et al. (1997). Segundo Berquó & Leite



(1988), em 1970, no grupo de 60 anos havia 5,4% mais mulheres que homens; este percentual cresce para 16,9% com a faixa etária de 70 anos, atingindo 44,9% para os muitos idosos, ou seja, pessoa de 85 ou mais anos de idade.

Veras (1994) justifica esse número maior de mulheres idosas devido à maior mortalidade masculina, uma vez que os homens estão mais expostos a riscos de acidente, fazem uso de maior quantidade de álcool e fumo e procuram menos os serviços de saúde voltados à prevenção de doenças. O autor coloca ainda que as mulheres brasileiras vivem em média cinco anos mais que os homens.

Kaplan et al. (1997) afirma que uma história familiar de longevidade é o melhor indicador de vida longa. Quase metade dos pais de pessoas que vivem mais de oitenta anos também viveram além desta idade. O autor coloca que muitos fatores que levam a uma vida mais curta podem ser evitados, aliviados ou retardados; apenas a hereditariedade é um fator que foge ao controle da pessoa. Entre os indicadores de longevidade que estão sob controle do indivíduo, incluem-se exames médicos regulares, consumo mínimo, ou nenhum, de cafeína ou álcool, satisfação com o trabalho, um senso de si mesmo como sendo útil à sociedade, um papel altruísta enquanto cônjuge, professor, mentor, pai/mãe ou avô/avó. A dieta e os exercícios também estão associados à saúde e à longevidade. Favorecer meios para que a população tenha uma maior longevidade com qualidade de vida é fundamental neste período onde o número de idosos tem crescido rapidamente.

Tem-se observado que, ao mesmo tempo que ocorrem mudanças nas faixas etárias da população, outras transformações também acontecem, como as culturais e sociais. No Brasil, há 35 anos, dois terços de uma população de 50 milhões de habitantes viviam em zonas rurais. Atualmente, quase três quartos dos 130 milhões vivem em áreas urbanas, metade dos quais em aglomerados urbanos de mais de um milhão de pessoas (Kalache et al. 1987).

Em nosso país, os principais motivos da migração são o desemprego, os salários rurais mais baixos e uma escassa infra-estrutura de serviços públicos (Veras, 1995). Geralmente o idoso permanece no local de origem, sendo que os jovens migram para os grandes centros, em busca de trabalho e melhores condições de vida. Desta forma, o idoso vai ficando só e enfrenta dificuldades para se manter financeiramente.

Veras *et al.* (1987) colocam que outro fator de dificuldades para o idoso é que nos grandes centros os aluguéis são caros. Isso leva os jovens a procurarem residências menores, não possibilitando a acolhida dos idosos pelos seus parentes, a que aumenta os conflitos familiares.

Outra dificuldade citada pelos autores é o aumento do número de divórcios e separações, o que também contribui para a redução do apoio familiar ao idoso, bem como dos sistemas informais de ajuda dos parentes, vizinhos ou amigos, (Veras *et al.* 1987).

Apesar de a maior longevidade trazer para muitos uma grande satisfação, surgem problemas a serem resolvidos, pois a estrutura sócio-econômica, cultural e familiar, sofreu, nos últimos cinquenta anos, grandes transformações. A organização familiar foi alterada. Anteriormente o pai, considerado o chefe de família, trabalhava para o sustento da esposa e filhos e a esposa e mãe cuidava do lar, da educação dos filhos e dos cuidados com algum idoso da família. Hoje, na grande maioria das famílias, marido e mulher exercem atividades profissionais, além dos cuidados do lar. Os filhos ficam entregues a "babás", creches ou escolas e, pelo mesmo motivo, além da falta de espaço físico, não há mais possibilidade de se cuidar dos idosos, principalmente se estes são dependentes nas atividades da vida diária (vestir-se, alimentar-se, locomover-se), havendo em algumas situações, necessidade de se institucionalizar o idoso. Cohen & Louzã (1990).

Para os idosos que não possuem casa própria, não têm família e não têm onde ficar, o Asilo ou Instituição Asilar ainda é a melhor opção. Não os

asilos do passado, que se utilizavam da metodologia da exclusão e onde os idosos permaneciam inertes, trancafiados e sem contato social, mas sim uma instituição asilar capaz de integrá-los à sociedade, com liberdade para que possam entrar, sair e passear fora de seus muros, com liberdade para namorar e amar.

Mas o que é instituição? No latim, *institutione* tem vários significados como coisa instituída ou estabelecida, regra, norma. Instituição social é um complexo integrado por idéias, padrões de comportamento, relações inter-humanas e, muitas vezes, um equipamento material, organizado em torno de um interesse socialmente reconhecido. Sua existência se faz na medida em que comportamentos sujeitos a regras específicas são continuamente repetidos em atos de comunicação Louzã Neto *et al.* (1986).

De acordo com o grupo de trabalho formado através do Centro de Vigilância Sanitária e publicado no Diário Oficial do Estado, nas edições de 30/12/1988 e 23/02/1989, foi possível definir o conceito de instituições específicas para idosos, coletar informações e efetuar visitas para verificar as condições atuais destas no que diz respeito ao Estado de São Paulo. Foram propostos também meios para a formalização de uma legislação referente ao funcionamento e à fiscalização das referidas instituições visando a uma ação uniforme do SUDS-R.

As instituições específicas para idosos funcionam sob diferentes denominações e desenvolvem suas atividades em espaços físicos que dispõem de equipamentos para abrigar pessoas geralmente maiores de 60 anos. Essas podem ser fisicamente independentes ou não, de ambos os sexos, sob regime de internato ou semi-internato, mediante pagamento ou não, durante um período indeterminado. Dispõem de quadro de funcionários para atender às necessidades de alimentação, repouso, cuidados com a saúde, higiene e lazer dos internos e para outras atividades características da vida institucional. Estas instituições classificam-se em estabelecimentos com finalidade de abrigo e

estabelecimentos com finalidade de assistência médica. Os estabelecimentos com finalidade de abrigo são aqueles que fornecem hospedagem permanente e residência individual e/ou coletiva, além de alimentação, cuidados de enfermagem em caráter permanente ou não, assistência à saúde de forma direta ou indireta, atividades ocupacionais e de lazer. Podem apresentar-se como abrigo, asilo, casa (dos velhos, de idosos, etc.), cidade, lar (da velhice, do vovô, etc.), recanto, pensionato ou pensão para idosos, residência para idosos. Os estabelecimentos com finalidade de assistência médica são os que prestam assistência médica e cuidados permanentes de enfermagem a idosos, que necessitem de assistência geriátrica contínua e serviços complementares de diagnósticos e tratamento, próprias ou mediante manutenção de convênios, em regime de internação ou não, por tempo indeterminado. Podem apresentar-se como ambulatório geriátrico, centro-di geriátrico ou centro diurno geriátrico (day center), clínica geriátrica, hospital geriátrico, serviço de geriatria em hospital geral, serviço de geriatria em hospital psiquiátrico.

Boechat (1996) destaca que o homem, como ser transcendental, ao pensar sobre seu trajeto de vida e em respeito à civilização que construiu até este momento, isto é, em respeito ao “anseio coletivo”, não planejou para sua vida (como se essa fosse uma peça de teatro) o último ato num asilo. O autor acredita que, em algumas circunstâncias, os caminhos para o asilo são inexoráveis à vontade, focalizando nesta ótica os idosos que necessitam de cuidados em instituições, como os totalmente dependentes para as atividades básicas ou pela situação sócio-econômica precária, ou pela família sem tempo, ou até mesmo pela falta de família ou pelo agravamento de um quadro demencial. O autor afirma que a família, ao decidir a ida do idoso ao asilo, está fazendo uma escolha individual ou tomando uma decisão geralmente não compartilhada com o velho. Com a ida do idoso para a instituição, há um rompimento com seu status anterior. Por mais humilde que seja seu ambiente de origem, ele é afastado desse convívio social, perdendo seu papel social individual e, segundo o autor, tratado de forma



massificada, desenvolvendo assim uma visão negativa da vida. O autor revela uma postura anti-asilar e propõe formas preventivas para um envelhecimento saudável. O objetivo básico do cuidado preventivo, progressivo, integral e continuado deve ser a manutenção do velho em seu lar, com sua plena capacidade e independência, no seio da família e da comunidade. Para minimizar o problema do idoso, Boechat sugere maior atenção ao suporte econômico, como a melhoria das aposentadorias, das pensões e dos serviços sociais de forma a permitir ao velho viver com dignidade os últimos anos de vida. O autor destaca algumas possibilidades para melhoria de vida do idoso alicerçadas no aspecto econômico:

- a) Ajuda domiciliar, assistência nos trabalhos domésticos, limpeza, compra de alimentos e preparação dos mesmos, para os velhos que vivem sós, incapacitados;
- b) Pensões, nas quais cada velho receba alimentação adequada, de baixo custo, podendo ser consumida ali ou levada para casa;
- c) Hospedagem ou pensões dormitórios, onde o velho receba alimento e moradia, a preço baixo ou gratuitamente;
- d) Famílias substitutas para idosos sozinhos. São encaminhados para famílias previamente qualificadas das quais recebem alimentação, cuidado e moradia, subvencionadas pelo governo;
- e) Centros-dia, usados por idosos válidos ou não, que os assumem durante o dia, facilitando sua permanência na comunidade e no seio familiar. Devem oferecer serviços completos ao velho;
- f) Associações ou clubes de velhos, nos quais se realizam atividades recreativas e culturais. Os velhos podem encontrar soluções de seus problemas entre si, no convívio;
- g) Hospital-dia como uma opção a pacientes que não estão gravemente enfermos, mas que necessitam de cuidado mais especializado e supervisão freqüente.

Como se percebe, essas estruturas, já testadas com sucesso em muitos países e subsidiadas pelos governos, poderiam ser implementadas em nosso país, se houvesse vontade política e subsídio econômico, mesmo porque de acordo com os dados estatísticos, o Brasil e o Mundo terão uma superpopulação idosa num futuro próximo, prevendo-se grande desproporção na distribuição da riqueza mundial. Além do desajuste social, maior nos países pobres ou em desenvolvimento, esses idosos necessitarão para seu cuidado de grandes recursos econômicos e sociais, que nosso país não possui. Outro agravante é o fato de as escolas e as famílias não estarem preparando e esclarecendo as gerações futuras para a necessidade de cuidado do velho no lar. Segundo o autor, não há orientação para que os filhos assumam seus pais quando velhos e, dessa forma, estamos todos os pais a caminho do asilo e não há como decretar seu fim, se bem que o autor reconheça que, em algumas circunstâncias, os asilos cumprem um importante papel social.

Segundo Louzã Neto *et al.* (1986), devido às restrições impostas aos idosos internados, eles perdem a noção de espaço pelos dias vividos na instituição serem praticamente iguais e, seguindo as mesmas rotinas, monotonamente repetidas, perdem a noção de tempo. Há também a perda de contatos sociais externos e a impossibilidade de, na instituição, adquirir bens que sejam transferíveis para o mundo externo. Segundo os autores, os institucionalizados desenvolvem um sentimento de que o tempo passado na instituição é perdido ou tirado de suas vidas, devendo ser "apagado" e/ou o sentimento de que esta situação é o início do fim, a confirmação de que a vida realmente já terminou e que estariam esperando o desenlace final.

Sobre a institucionalização, Louzã Neto *et al.* (1986) afirmam que embora a volta à sociedade faça parte dos planos do idoso internado, se esse momento se aproxima, ele vivencia a angústia da liberação. Os autores acreditam que a instituição tira a identidade do velho, vindo a ser quase sempre o único suporte que o idoso possui, um apoio, um local "agradável" de viver, sendo que,

estando no mundo externo, a qualquer dificuldade encontrada ele tem a tentação de voltar. Os autores fazem uma crítica afirmando que o idoso internado torna-se hostil a qualquer mudança do meio externo, sendo modelado pela instituição em seus atos, usos e costumes.

Esses autores afirmam que a internação em uma instituição total (asilo, abrigo, casa de geriatria) deve ser a última escolha a ser feita e que se deve, sempre que possível, pretender o retorno do idoso à comunidade. Os autores sugerem que para a integração do idoso na sociedade ocorrer é preciso que a sociedade, a família e o próprio idoso se conscientizem de que ele pode e deve, dentro de suas eventuais limitações, continuar a dar, à comunidade, a sua contribuição, integrando-se e participando de todas as suas atividades.

Quanto às instituições que abrigam idosos no Brasil, existem dificuldades em precisar exatamente sua origem. Ferrari (1991) afirma que sua origem está ligada ao atendimento prestado pelos chamados "Asilos de Mendicidade" surgidos dos trabalhos pioneiros das Associações Vicentinas, organizações de cunho confessional inspiradas na obra de São Vicente de Paula. Além dessas instituições abrigarem idosos, outras dedicavam-se também ao atendimento dos pobres em geral, doentes sem recursos, menores abandonados ou órfãos, deficientes, independentes da idade ou sexo, onde o atendimento era puramente assistencialista e, na maioria das vezes, com caráter caritativo.

Born, durante Simpósio de Geriatria em 1996, em Marília/SP, cita a criação do primeiro asilo no Brasil através de dados do Dr. Mário Filizzola, segundo o qual o mesmo foi criado no Rio de Janeiro em 1782, pela Ordem Terceira da Imaculada Conceição com capacidade para 30 leitos. No Estado de São Paulo acredita-se que a instituição mais antiga seja o Departamento de Geriatria Dom Pedro II (Santa Casa de Misericórdia), fundada em 1911. Nesta época poucas pessoas atingiam idades mais avançadas e as famílias eram eficientes e capazes de cuidar dos seus idosos. Ingressavam nos asilos os idosos pobres e sós. A imagem de asilo associada à pobreza e à solidão está tão



arraijada em nossa cultura que, nos dias atuais, apesar do aumento da longevidade, das mudanças na organização da família, das enfermidades crônico-degenerativas de que padecem muitos candidatos à internação, existe preconceito em relação às famílias que necessitam internar os seus idosos, afirmando-se que internação é falta de amor ou desprezo e que, se quisessem, os familiares dariam um "jeitinho" de cuidar deles.

No Brasil, o problema de internação de idosos em Instituições asilares é cercado de tabus, reforçados pelo consenso social e, ainda, pelo artigos 229 e 230 da Constituição Federal que estabelecem que:

- "Os pais têm o dever de assistir, criar e educar os filhos menores, e os filhos maiores têm o dever de ajudar e amparar os pais na velhice, carência ou enfermidade" (Art. 229);
- "A família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhes o direito à vida" (Art.230).

Embora estejam ocorrendo no país mudanças na organização familiar e muitas famílias não possam cuidar de seus idosos, tem-se ainda a expectativa de que os filhos cuidem pessoalmente dos pais, não se interrogando sobre a existência de condições concretas para esse cuidado (Born & Abreu, 1996).

Canineu (1996), ao expor e discutir o tema das Instituições Asilares no Brasil, suas diferenças e semelhanças, cita as desvantagens e vantagens da Institucionalização. O autor enumera entre as desvantagens o fato de o idoso ficar longe da família, a sensação de perda dupla (família/idoso), as dificuldades de adaptação, a ociosidade, a ruptura com o mundo exterior, com a realidade, o abandono pela família, os distúrbios de comportamentos transitórios e a maior possibilidade de doenças orgânicas (baixa resistência imunológica). Considera como vantagens a alimentação e a assistência médica mais regulares; a melhor higiene corporal, o maior convívio com pessoas da mesma idade e com

realidades semelhantes, a possibilidade de atividades múltiplas (lazer, passeios, ginásticas), a perda da preocupação da automanutenção ou de abandono à própria sorte e a facilitação do trabalho familiar.

Não há muitos dados sobre a institucionalização no Brasil. Hote (1984), em sua obra **Brasil, uma política para a velhice já**, mostra que de 0,6 a 1,3% da população idosa já estaria em instituições. Born & Abreu (1996) citam que, nos países desenvolvidos, cerca de 5% da população com 65 anos ou mais encontram-se em instituições. Nos países escandinavos esse percentual sobe para 7%, no Canadá, 7,5%. No Japão esse percentual baixa para 3%, o que não significa que os demais idosos se encontrem sob cuidados da família, pois há informações de que um grande número de idosos esteja internado em hospitais geriátricos, sem justificativa de ordem médica, mas por motivos familiares e sociais, devido à relativa facilidade dessa modalidade de internação. Outros fatores que intervêm nesses dados são o grande poder aquisitivo dessa nação e uma estrutura familiar de origem patriarcal, sendo o mais velho mais valorizado e respeitado por seus descendentes.

Não há dados oficiais sobre o número de casas de saúde, clínicas geriátricas e asilos existentes no Estado de São Paulo. Estima-se que somente em São Paulo esse número chegue a mil, atendendo a uma população de cerca de 350 mil pessoas (Brandão, 1996). Na região onde foi realizado este estudo, (Marília/SP; DAR/ERSA/MARÍLIA), existem atualmente 24 asilos com diversas denominações: Lar dos Velhos, Mansão, Assistência Social, Casa dos Velhos, Sociedade São Vicente de Paula e Abrigo de Idosos.

Sobre os motivos alegados pelos idosos para irem para a instituição, Ferrarri (1975) realizou um estudo em 71 entidades de São Paulo e verificou que o desajustamento familiar foi a causa da procura da instituição em 52,8% dos casos, o desajustamento social em 28,5%, a falta de recursos em 14,2% e outras causas, incluindo a assistência médica, em 4,5%.

Louzã Neto *et al.* (1986) colocam que as internações, tanto em enfermarias de geriatria como em instituições totais, podem ocorrer por razões sociais e familiares.

Born & Abreu (1996), Louzã Neto *et al.* (1986) concordam que, na maioria dos casos de institucionalizados, o relacionamento familiar é problemático. Os primeiros acreditam que devido a isso algumas instituições procuram desenvolver atividades que envolvam as famílias numa tentativa de melhorar o relacionamento entre estes, como comemorações e/ou reuniões em que é solicitada a participação dos familiares em conjunto com o idoso.

Segundo Born & Abreu (1996), para muitos idosos aposentados da cidade de São Paulo, a mensalidade cobrada pelas casas de repouso de bom padrão (R\$ 1.500,00 a R\$ 3.000,00 ou de 18 a 36 salários mínimos) está acima da possibilidade da maior parte da população. Como não há vagas nas instituições beneficentes, resta a esses procurarem outras casas de repouso registradas ou clandestinas que, por preços módicos, oferecem condições de higiene e conforto aquém das desejadas.

Segundo informações do Guia Brasileiro da Terceira Idade, existe em São Paulo, desde meados de 1994, um órgão denominado GAPI - Grupo de Assistência e Proteção do Idoso - que defende a qualidade de tratamento e moradia dos idosos que utilizam os serviços de asilos, casas de repouso e clínicas geriátricas da capital. Este órgão tem a coordenação de um promotor de Justiça Criminal da capital e, desde sua criação, 47 pessoas já foram presas por maus tratos contra idosos, omissão de socorro e periclituação de vida ou cárcere privado; 34 donos de casa de repouso e clínicas geriátricas tiveram seus estabelecimentos desativados e outros tiveram que abrir mão de parte de seus lucros para melhorar a qualidade de suas entidades asilares, aguardando a inspeção do GAPI (Brandão, 1996).

Sobre as normas para o funcionamento de casas de repouso, clínicas geriátricas e outras instituições destinadas ao atendimento de idosos, a



Secretaria de Estado do Trabalho e da Promoção Social e a Coordenadoria de Ação Social e Trabalho propõem normas a serem seguidas que estão citadas em anexo; (anexo I). Acreditamos ser de suma importância o conhecimento de tais normas a todas as pessoas que trabalham com idosos em instituição.

Queiroz (1997) aborda a questão da violência contra idosos, alertando para o fato de que, nos últimos anos, principalmente nos países do primeiro mundo, está havendo uma violência "oculta" contra os idosos em seus lares, através de abusos, negligência e maus tratos. O'Malley *et al.* (1983) apud Queiroz (1997), desenvolveram hipóteses sobre as possíveis causas desta violência, tais como:

- Invalidez física e ou mental do idoso;
- Estresse do cuidador;
- Violência familiar transgeracional;
- Problemas e dificuldades do cuidador.

No Brasil, a Lei Federal nº 8842 trata da Política Nacional do Idoso no artigo 10, capítulo VI, na área de Justiça:

- a) Promover e defender os direitos da pessoa idosa;
- b) Zelar pela aplicação de normas sobre o idoso determinando ações para evitar abusos e lesões em seus direitos.

No Decreto 1948, de 03/06/1996, ocorre a regulamentação da Lei 8842 com menção à defesa do idoso:

Art 13 - ao Ministério de Justiça por intermédio da Lei de Direitos da Cidadania, compete:

- a) Encaminhar as denúncias ao órgão competente do poder executivo ou do Ministério Público para defender os direitos da pessoa idosa junto ao poder Judiciário;
- b) Zelar pela aplicação das normas sobre o idoso determinando ações para evitar abusos e lesões aos seus direitos.

Parágrafo Único: Todo cidadão pode e o servidor público deve denunciar à autoridade competente qualquer forma de negligência ou desrespeito ao idoso por parte de órgão ou servidor de administração pública.

Queiroz (1997) acredita que ainda seja muito pouco o que existe no Brasil em relação à violência contra idosos e coloca a importância de se agir neste sentido, pois os idosos estão vivendo mais, aumentando assim o contingente de idosos fragilizados e dependentes.

2.2. A Questão da Aposentadoria

Segundo Gomes e Ferreira (1985), o idoso, quando é aposentado, perde os papéis desempenhados durante a vida adulta (seja ela comunitária ou profissional) e é levado à improdutividade, sendo colocado em posição marginalizada, sem alternativas para continuar desenvolvendo alguma atividade. As aposentadorias em sua grande maioria são de baixo valor econômico, dificultando ao idoso a satisfação de suas necessidades de moradia, alimentação, saúde (compra de medicamentos), necessitando da ajuda de familiares ou, caso contrário, vivenciando grandes dificuldades.

A aposentadoria, segundo Santos (1990), provoca uma crise de identidade pessoal. Se a crise atinge a identidade do sujeito, é porque esta é construída na dependência do seu papel profissional, tendo em vista o valor deste papel nas sociedades industriais. Pode-se discernir três classes de sujeitos que se diferenciam pela forma de vivenciar a aposentadoria e no conjunto das variáveis que a determinam. A primeira classe chama-se "aposentadoria-recusa", onde se verifica a não aceitação da condição de aposentado e também a ausência de projetos de vida fora do trabalho; a segunda a classe "aposentadoria sobrevivência", onde os sujeitos foram levados a superinvestir nos papéis

profissionais por razões financeiras; a terceira classe, a "aposentadoria liberdade", cuja aposentadoria é vivida como o tempo adquirido para se dedicar a outras atividades nas quais os sujeitos se engajaram e que parecem representar suas fontes privilegiadas de autovalorização, poder e engajamento social.

Existem, no envelhecimento, características gerais e outras que variam de acordo com a pessoa. Assim, Rozestraten (1988) mostra que, enquanto na infância se obedece a uma série de etapas geneticamente definidas que se seguem sistematicamente, na velhice não se constata isso. É possível se ter um conceito bastante claro e definido sobre o que um menino de sete anos sabe fazer, mas o mesmo não podemos dizer de um homem de 70 anos. Ele pode ser um presidente, um grande maestro ou um esclerosado sem memória. Não há também uma seqüência de decadências nos diversos órgãos que invariavelmente seguiriam determinadas fases. O que vai acontecer na velhice depende muito da maneira como a pessoa viveu enquanto adulto. Há ainda diferentes visões sobre o futuro. Em geral o idoso não estabelece mais alvo de realização - quem não se realizou como adulto dificilmente o fará como velho embora existam exceções à regra. O autor coloca que, por suas limitações, o idoso tem uma consciência de estar mais perto da morte, o que para uns é motivo de paz e tranqüilidade (a fé de encontrar um outro mundo depois da morte) ou de pavor (a incerteza de um pulo no escuro).

Segundo Leger *et al.* (1994, p.32):

Alguns admitem que se envelhece como se viveu e para outros o velho não é um adulto em redução mas sim um ser diferente. Pensamos que esta aparente antinomia, continuidade-ruptura deve, em numerosos casos, ser superada para enfrentar a noção de crise, novas condições biológicas e ambientais que provocam uma inadequação atual entre as possibilidades da pessoa e as exigências do meio e que reativam, por isto, angústias passadas, podendo conduzir às descompensações que recorrem aos mecanismos de defesa depois de longo tempo abandonados.

Encarar a psico-afetividade do idoso apenas em termos de regressão de enfraquecimento do ego revela ênfase numa abordagem negativa dos aspectos do envelhecimento.



Segundo os mesmos autores, existem acontecimentos vitais e/ou modificações fisiológicas que podem se traduzir por rupturas da trajetória do desenvolvimento psico-afetivo, tais como:

1. Privações sensoriais, devidas principalmente à perda dos sistemas visual e auditivo;
2. Comprometimento da motricidade (lentificação motora, invalidez, imobilizações impostas);
3. Aposentadoria;
4. Privações sociais (lutos, separações familiares, rupturas dos laços positivos estabelecidos no meio ambiente profissional, etc.);
5. Fenômenos dolorosos (dores físicas);
6. Obrigações de permanência nas estruturas de albergamento ou no hospital;
7. Possibilidade de melhora na situação.

Os autores colocam o caráter momentâneo de tais itens acreditando que há esperanças de que, com a melhora da situação social, melhore a vida dos idosos.

Como a adaptação é a característica maior do ser humano e no ser vivo ela permite um retorno a um equilíbrio, mesmo que as transformações incessantes (internas ou externas) que ele sofre tendam a instaurar um desequilíbrio permanente, graças a ela a constância da pessoa está preservada apesar da mudança dela mesma e do que a cerca (Leger *et al.* 1994).

Os autores citados colocam que, no idoso, a ausência de motivação ligada à parada do trabalho profissional devido à aposentadoria constitui um empecilho importante, pois, retirado da vida ativa, não tem a obrigação de confrontar-se com as situações que devia enfrentar. Esta perda de treinamento, a redução das estimulações e a restrição de seu campo social e relacional o tornam menos apto a reagir corretamente a um acontecimento, sobretudo se ele não é habitual. (Leger *et al.* 1994).



Para superar esses obstáculos e outros como a dificuldade na capacidade motora e intelectual, o idoso deve reorganizar sua existência e encontrar um campo novo de interesses na dimensão de suas possibilidades para favorecer sua adaptação a novos acontecimentos. Alguns idosos tentam manter estável seu meio vital, observando-se a tendência para o conservadorismo, o fechamento sobre si, o peso dado ao passado e a distância tomada em relação às gerações mais jovens.

A maioria dos transtornos psíquicos do velho encontra sua origem nesta dificuldade em se adaptar às transformações do meio, principalmente devido aos acontecimentos que possuem caráter **interno** (conflito intrapsíquico) doença somática, invalidez sensorial, motora, intelectual, relacional) ou acontecimento **externo** (meio, ambiente) (Leger, Tessier, Mouty, 1994). Os autores colocam que o velho sofre com muito menor resistência a estas variações do meio. Sua fragilidade física e psíquica, sua marginalidade social, a ausência de motivações e de dinamismo explicam estes tipos de reações.

Capisano (1973) afirma que o homem vai se enganando com fantasias e, sobretudo, com ambições hipervalorizadas que encontram, na realidade, o tûmulo das decepções e das frustrações. O seu futuro, segundo o autor, vai depender da capacidade de suportar frustrações, o que é conseguido se o mesmo utilizar, em contato com a realidade, sua energia libídica.

Ainda segundo o autor, o homem pode encobrir sua fragilidade durante todo o período de prestígio profissional, social e familiar, mas quando entra na senescência não pode mais escondê-la e aí revela todos os seus traços neuróticos colhidos na infância. Expondo-se a contínuas rejeições vai ter melhor ou pior processo de envelhecimento, de acordo com a estrutura de personalidade que formou na infância.

Segundo Bruns & Abreu (1997) a maioria das pessoas ao se aposentar, independente das posições e classes sociais, não possuem projetos para serem concretizados, lhes o que causa angústia e solidão. O que ocorre

segundo os autores, é que a realização pessoal, fica sempre como num esboço de projeto para ser executada após a aposentadoria, e quando essa chega as pessoas se sentem surpresas e desencantadas, por não saberem gerenciar com prazer a existência sem uma ocupação profissional, mesmo quando essa atividade tinha sido executada com insatisfação.

2.3. O Envelhecimento e a Depressão

Gomes et al (1982), Stroppe & Louzã (1997), ao tratarem da afetividade do idoso, referem-se à tristeza não como uma fatalidade, não se devendo confundi-la como peso de uma vida longa e com suas respectivas dificuldades e perdas já suportadas. Os autores acreditam que temos a considerar a proximidade real da morte, sempre presente, e sobre a qual não se fala. Entre os fatores que alteram o humor do idoso, citam o isolamento, a solidão e a rejeição como efeitos do meio e não como consequência fisiológicas.

No jornal O Estado de São Paulo de 6 de junho de 1993, em artigo intitulado "Envelhecer Sem Depressão", o jornalista Guimarães cita a psicóloga Elvira Wagner, advertindo que as pessoas devem estar conscientes de que seu vigor vai diminuir, de que a musculatura se tornará flácida, de que o cabelo perderá a cor. O envelhecimento provoca várias perdas, mas, segundo a psicóloga Elvira Wagner, é preciso lembrar que pode haver muitas substituições.

Segundo Vignat (1985) apud Leger *et al.* (1994), no plano psicológico, vários elementos levam à depressão. Um acontecimento ou ruptura brutal em uma continuidade de vida é muito freqüentemente encontrada nas descompensações psíquicas do idoso. Com esse acontecimento, ele retorna a uma situação de perda, a qual pode se dar em três níveis-a perda do objeto, das pulsões e de si mesmo, sendo que as tentativas de reorganização psíquica podem levar a um estado depressivo autêntico. Leger (1994) coloca a redução



das capacidades adaptativas como outro fator que leva à depressão. A sociedade por si mesma pode, segundo o autor, intervir na gênese de estados depressivos. O status particular atribuído ao velho, a ambigüidade das atitudes de nossa sociedade em sua opinião sobre o velho, a aposentadoria que gera um corte definitivo com o mundo do trabalho e a entrada para uma existência ociosa e dependente podem também ser geradores desta patologia. É preciso, entretanto, segundo o autor, admitir que cada um destes fatores tomados isoladamente não podem ser considerados como responsáveis pela doença. Sua conjunção e mais uma fragilidade psico-afetiva hereditária ou adquirida, podem, em contrapartida, ter um efeito indutor.

Segundo Angulo, em artigo de Guimarães (1996), existem outras causas de depressão, como as doenças que aparecem com maior freqüência no idoso - perdas de pessoas próximas e também a chamada da síndrome do "ninho vazio"(os filhos crescem, saem de casa e os pais ficam sós). Outras causas citadas são a perda de *status* e do poder aquisitivo no momento em que se aposenta e a percepção de que, na atualidade, está relegado a segundo plano, até mesmo dentro de casa.

Wagner (1993) coloca que, para escapar da depressão, todos deveriam pensar em se preparar para um bom envelhecimento e que, caso esta se instale, com tratamento, ela tem cura. Cabe às pessoas que estão ao lado do idoso observá-lo sempre. Se surgem perturbações de sono, se dorme muito, se dorme pouco ou acorda várias vezes à noite, se o apetite mudou para mais ou menos, se fica muito parado e quieto, descuidando-se inclusive com a aparência física, se deixa de fazer as coisas que habitualmente realiza, esse se são sintomas de depressão. O que não se pode aceitar é dizer que isto é próprio da velhice. É necessário procurar tratamento adequado. A autora coloca que o sofrimento psíquico é outro sintoma comum de depressão e geralmente se manifesta através da expressão facial triste e ansiosa. O choro e as lágrimas

podem aparecer espontaneamente, sem qualquer razão aparente, sendo encontrado também o pessimismo.

"Melhor que o tratamento é a prevenção" afirma Wagner (1993, p.14). Para ela as pessoas precisam se preparar para o futuro, mantendo-se ativas, usando suas capacidades, cultivando um espírito mais sensato e escolhendo o que vão fazer. A autora coloca que, com a idade, podemos nos libertar de coisas menos agradáveis, trocando o tempo que gastávamos com o trabalho com atividades mais interessantes e prazerosas. Se as pessoas estiverem preparadas para as perdas e não estiverem muito apegadas aos valores de outras etapas anteriores, terão, provavelmente, a chance de uma velhice mais tranqüila, sem o fantasma da depressão.

Leger *et al.* (1994) percebem a solidão como um fenômeno complexo, resultado da conjunção de vários fatores individuais com os sociais e não apenas o isolamento ou a velhice. Os autores citam como condições da existência que estimulam um sofrimento maior frente ao isolamento:

- O Celibato. As pessoas que vivem sós se confrontam em diferentes épocas da sua vida com a solidão como, por exemplo, na ocasião da aposentadoria, com o desaparecimento mais ou menos completo das relações estabelecidas no curso de seu trabalho, acrescida da ausência de parentes próximos ou da morte de amigos íntimos;
- Divórcio e viuvez. Os viúvos e as viúvas são considerados população de risco em relação aos efeitos nocivos de solidão, observando-se elevação no número de suicídios neste grupo;
- Doença. A enfermidade desencadeia quase constantemente o medo de ser abandonado e ter de enfrentar o futuro solitariamente; principalmente as afecções físicas, sobretudo aquelas que causam a invalidez permanente (insuficiência cardíaca ou respiratória, os comprometimentos sensoriais como surdez, baixa de visão, os distúrbios

2.4. Sexualidade e Envelhecimento



motores ou da linguagem e os comprometimentos das funções intelectuais).

Os autores enumeram ainda, outros fatores que podem influenciar a depressão no idoso: a baixa renda, o nível e a interação sócio-cultural, e a inexistência anterior de atividades de lazer. Assim, ao envelhecer, tudo o que favorece as relações interindividuais constitui uma base importante da satisfação trazida pelo social. O sentimento de solidão, ao contrário, nasce da impossibilidade que a pessoa tem de dominar este tipo de troca.

Veras (1994) destaca que os problemas de depressão nos idosos representam uma importante preocupação de saúde pública, pois simbolizam um grande sofrimento humano, incapacitação e risco potencial de suicídio. Embora seu estudo tenha mostrado que não há relação entre depressão e idade, que há uma fraca relação com o sexo e com as classes sociais, há uma inegável relação com queixas de ordem somáticas, doenças físicas e incapacidade no desempenho das atividades da vida diária. Ele coloca também o caráter reversível da depressão com tratamentos específicos para tal patologia.

Segundo Gomes et al. (1982), a educação é um fator muito importante a ser considerado quando se fala em envelhecimento, seja a educação para a velhice, seja a educação do idoso e, se analisarmos com profundidade os aspectos do processo de envelhecimento, chegaremos à conclusão de que tais aspectos estão intimamente ligados. Através da educação se tornará possível uma interação dinâmica entre os membros da família, independente da idade e é também, a partir da educação, que será possível cultivar o interesse público pelos fatos ligados ao envelhecimento, analisar as sugestões, as medidas de caráter preventivo e terapêutico e, ainda, assumir atitudes com relação a problemas econômicos, políticos, culturais e sociais.

2.4. Sexualidade e Envelhecimento



Apesar de o tema sexualidade estar sendo um dos mais comentados na atualidade, em relação à terceira idade pouco se tem pesquisado sobre ele. Quando se focaliza algum casal com mais de sessenta anos que esteja namorando, as reações são de estranheza, como se fosse muito raro pessoas com essa idade se amarem. Talvez a maioria das pessoas, por viverem cercadas de tabus e estigmas, não se dêem conta de que o amor não tem idade e o sexo, o exercício da sensualidade, também não.

Os idosos de hoje, segundo Risman (1995), apesar da repressão com que foram criados, exercem fortemente sua sexualidade. O autor coloca que as senhoras idosas quando jovens (anos 40) viviam as fantasias de um romance, de um príncipe encantado que poderia surgir em bailes de formaturas ou aniversários. Preparavam-se para tais eventos com vestidos rodados, maquiagem, cuidados com os cabelos, acessórios - tudo isso fazia parte do processo de sedução, para chamar a atenção de alguém especial na festa, gerando grande expectativa de realização de um sonho ou desejo de um encontro amoroso.

Risman (1995) cita a prática da serenata, que era oferecida para a amada. Este costume fazia parte da conquista e também da demonstração de interesse pela mulher escolhida. Conclui, então, que o toque, a dança, o olhar, as fantasias e o mistério faziam, e fazem, parte da atividade sexual. A preocupação porém, com o conceito primário de relação sexual ainda é muito grande para ambos os sexos.

Para a maioria das pessoas idosas, a continuação normal das relações sexuais é um poderoso reforço psicológico. Sabe-se que a capacidade para o prazer sexual não se perde com a idade avançada. O que ocorre são variações na intensidade e na qualidade das respostas. Nas pessoas que possuem boa saúde ou que têm seus distúrbios orgânicos sob controle, a



capacidade sexual se manterá indefinidamente. Se o homem estiver educado e preparado para aceitar naturalmente as modificações fisiológicas decorrentes do processo de envelhecimento orgânico, chegará à velhice com a mente tranqüila e será capaz de exercer o pleno exercício de sua capacidade sexual. (Lima, 1978).

Risman (1995), entrevistando 128 pessoas entre 60 e 84 anos, constatou que 73% dos homens ouvidos praticavam sexo de uma a duas vezes por semana. Entre as mulheres, 64% disseram não ter mais vida sexual ativa, embora 73% admitam se masturbar, em média, uma vez por semana. A causa mais alegada por eles para a ausência de sexo foi a falta de parceiros disponíveis. Um dado que influenciou no resultado geral do estudo foi que a maioria das mulheres 60% eram viúvas ou desquitadas, enquanto a maioria dos homens, 80%, ainda estavam casados. Risman (1996) mostra esses dados ao justificar a inatividade sexual no universo feminino. "Para a mulher, de um ponto de vista puramente fisiológico, a libido teoricamente deveria aumentar durante a menopausa, porque a ação dos andrógenos que materialmente não é afetada pela menopausa, agora não é combatida pelo estrógeno". Kaplan (1974, p.119).

Os estudos nos mostram que a mulher não perde a capacidade sexual com o envelhecimento, porém, segundo Risman (1995), alguns fatores podem interferir neste processo do ciclo da resposta sexual, entre eles o social e o psicológico. O social, ligado aos preconceitos da sociedade em relação à atividade sexual em pessoas mais velhas e o psicológico, ligado à imagem corporal que esta mulher possui e as mudanças que ocorrem neste corpo, fazendo-as sentirem-se menos atraentes e incapazes de conquistar seus parceiros. Ainda, segundo o autor, encontra-se outra dificuldade que é a questão da falta de parceiro que, dependendo da educação que a mulher recebeu, não a levará a procurar sua satisfação sexual.

Já no homem, com idade entre 50 a 70 anos, na fase de excitação, a ereção não se estabelece tão rapidamente como na juventude. Às vezes, necessita da parceira no sentido da manipulação física de seu órgão. Se essa

diferença na ereção for observada de forma negativa e não como um processo natural do envelhecimento, esse homem poderá sentir-se incapaz de continuar sua atividade sexual, gerando assim uma possível “impotência”, segundo Risman (1995). Mas é importante ressaltar que, em homens saudáveis, biológica e psicologicamente, com 80 anos de idade ou mais, é possível haver ereção. Esse dado vem comprovar um estudo de Bretschneider (apud Morley e Kaiser 1989) demonstrando que, apesar da frequência de atividade sexual ser menor que nos jovens, em um grupo de homens saudáveis com mais de 80 anos de idade, 29% apresentavam relação sexual pelo menos 01 vez por semana, enquanto que 38% não tinha relações sexuais.

A demora da ereção no homem mais velho é comparada, segundo Masters e Johnson (1985), com a diminuição da lubrificação que a mulher idosa possui quando se encontra na fase de excitação. Os autores afirmam que ocorre um aumento do controle da ejaculação dos homens nesta faixa de 50-70 anos e este dado pode ser incluído como “vantagem” do processo de envelhecimento.

Na verdade, segundo Risman (1995), na terceira idade ocorrem modificações na resposta sexual. Quando a mulher inicia sua experiência sexual, geralmente o marido é o mais experiente e ajuda a parceira a conhecer seu próprio corpo e as sensações daí advindas. Com o passar dos anos, a mulher vai aumentando suas experiências sexuais, ficando mais segura, confiante e talvez com maior facilidade para chegar ao orgasmo. Kaplan (1974) localiza a maturidade sexual feminina aos 35-40 anos e afirma também que o pico sexual do homem está na faixa dos 18 anos. Este desencontro, segundo Risman (1995), faz com que os cônjuges mais velhos troquem seus papéis na hora da relação (assim a mulher em vez de ser “ajudada” pelo marido para atingir o orgasmo, neste momento, pelas transformações que ocorrem com o homem, é ela quem o ajuda para que a relação aconteça).

Para muitos homens, porém, segundo Risman (1995), a relação depende única e exclusivamente de uma boa ereção e acreditam que o coito seja



fundamental. Por causa disso, às vezes abandonam o exercício da sexualidade por terem medo de decepcionar ou de ficarem "impotentes". Como consequência, muitas mulheres entram em abstinência de forma secundária.

O autor enfatiza, então, a importância da informação preventiva. Se houvesse uma orientação para ambos os sexos sobre as modificações fisiológicas próprias do processo de envelhecimento, ainda numa idade mais jovem, o exercício sexual não seria abandonado, pois haveria uma visão mais ampla sobre o ato sexual. Como a relação sexual envolve magia ligada à entrega do corpo, às sensações que esse encontro possa proporcionar, através de beijos, abraços, carinhos e um clima propício, o casal chega a um estágio sublime de desejo e à realização independentemente da idade.

Sobre a visão da sexualidade na terceira idade, Fraga & Damasceno (1987) afirmam ser esta fortemente determinada pela aprendizagem social, sendo os idosos prejudicados devido aos preconceitos. Ainda que a sociedade incuta na cabeça de jovens, adultos e idosos que a sexualidade acaba na velhice, "que sexo não é coisa para velho", as autoras afirmam que o psicológico e o emocional são tão importantes quanto o lado orgânico para o desempenho sexual e que, havendo de antemão um condicionamento negativo, isso faz com que o idoso encare sua sexualidade como algo impróprio. Os órgãos genitais são, sem dúvida, necessários ao sexo, entretanto a sexualidade não se restringe a isso. Mais vale o desejo e a certeza de ser aceito sexualmente pelo parceiro do que possuir apenas órgãos genitais jovens.

Bruns (1996) coloca a dificuldade do humano, jovens e velhos, para vivenciar o prazer. Apesar de sermos um "ser-para-a-morte, vivemos fazendo de conta que somos eternos e nas palavras da autora, não só eternos mas preferencialmente jovens..." (Bruns 1996, p.13).

A autora afirma que o mito da eterna juventude camufla, na verdade, o medo de nossa finitude - a morte, e o quanto adiamos entender todo esse processo.



Nossa atitude cotidiana, segundo a autora, diante das metas e projetos é de sempre deixar para daqui a pouco ... Vamos deixando para o futuro nossos desejos, especialmente aqueles que estejam ligados ao prazer. Percebemos esses fatos quando não conseguimos encontrar tempo para fazer uma caminhada, degustar um café ou se permitir criar e vivenciar momentos eróticos com o parceiro. Estamos sempre adiando nossas fontes de prazer.

Acreditamos que a sexualidade, assim como o envelhecimento, seja um processo e que saber vivê-lo com qualidade e prazer é um aprender, um exercício constante, não devendo ser iniciado a partir dos 60 anos.

3. DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA E OBJETIVOS



Reconhecendo que o número de idosos não só no Brasil como no mundo aumentou significativamente e que a longevidade é maior a cada dia, a finalidade desta pesquisa é fazer um estudo sobre o conceito de envelhecimento através de relatos verbais, depoimentos dos próprios idosos. Desta forma registramos o que os sujeitos dizem pensar e fazer.

Serão observados também as seguintes variáveis: estado civil, escolaridade, profissão, recursos financeiros, saúde, sexo e conflitos familiares. Foram estudados dois grupos distintos de idosos, os idosos institucionalizados da Fundação Mansão Irmãos e os idosos não institucionalizados que mantinham o "Curso Aberto à Terceira Idade" da Faculdade de Medicina de Marília/SP.

Há tempo trabalhando com idosos não institucionalizados reunidos em grupos, foi observado que esses, em sua grande maioria, eram motivados para aprender, para conhecer, tinham humor e afeto normais, sendo raro encontrar um mais deprimido. Havia dúvidas se esse entusiasmo em viver era devido ao fato de os idosos morarem em suas próprias casas ou com seus familiares. Ao mesmo tempo, preocupavam-nos os idosos que não tinham onde e nem com quem morar e para quem restava apenas a instituição. O grupo institucionalizado frequentava o Curso Aberto à Terceira Idade e eram não institucionalizados? Quais seriam as semelhanças e as diferenças na percepção do envelhecimento entre ambos os grupos?

Se até o ano de 2025, segundo Veras (1994), 34% da população idosa do mundo estará vivendo em países menos desenvolvidos e o Brasil, que hoje é o 16º em população idosa no mundo, será o 6º com 31,8 milhões de idosos, apresentando o maior aumento proporcional entre os países mais populosos do mundo durante esse período, como ficará aquela idosa que não possui condições de morar com familiares ou mesmo de manter uma casa sozinha? A instituição ainda será uma boa opção? O conceito ou a percepção sobre o envelhecimento será diferente entre os idosos. Não

Reconhecendo que o número de idosos não só no Brasil como no mundo aumentou significativamente e que a longevidade é maior a cada dia, a finalidade desta pesquisa é fazer um estudo sobre o conceito de envelhecimento através de relatos verbais, depoimentos dos próprios idosos. Desta forma registramos o que os sujeitos dizem pensar e fazer.

Serão observados também as seguintes variáveis: estado civil, escolaridade, profissão, recursos financeiros, saúde, sexo e conflitos familiares. Foram estudados dois grupos distintos de idosos, os idosos institucionalizados da Fundação Mansão Ismael e os idosos não institucionalizados e que freqüentam o "Curso Aberto à Terceira Idade" da Faculdade de Medicina de Marília/SP.

Há tempos trabalhando com idosos não institucionalizados reunidos em grupos, foi observado que esses, em sua grande maioria, eram motivados para aprender, para conhecer, tinham humor e afeto normais, sendo raro encontrar um mais deprimido. Havia dúvidas se esse entusiasmo em viver era devido ao fato de os idosos morarem em suas próprias casas ou com seus familiares. Ao mesmo tempo, preocupavam-nos os idosos que não tinham onde e nem com quem morar e para quem restava apenas a instituição. O idoso institucionalizado perceberia o envelhecimento da mesma forma que os que freqüentavam o Curso Aberto à Terceira Idade e eram não institucionalizados? Quais seriam as semelhanças e as diferenças na percepção do envelhecimento entre ambos os grupos?

Se até o ano de 2025, segundo Veras (1994), 34% da população idosa do mundo estará vivendo em países menos desenvolvidos e o Brasil, que hoje é o 16º em população idosa no mundo, será o 6º com 31,8 milhões de idosos, apresentando o maior aumento proporcional entre os países mais populosos do mundo durante esse período, como ficarão aqueles idosos que não possuem condições de morar com familiares ou mesmo de manterem uma casa sozinhos? A instituição asilar ainda será uma boa opção? O conceito ou a percepção sobre o envelhecimento será diferente entre os idosos. Não

Institucionalizados e que freqüentam o Curso Aberto e os Idosos Institucionalizados?

A hipótese levantada e a ser testada é a de que, independente do local onde residam os idosos, o importante no conceito de envelhecimento seriam as condições anteriores e atuais no que tange a saúde, visão individual de vida e aspectos sociais.

Assim este estudo objetiva:

1. Caracterizar o conceito de envelhecimento que possuem dois grupos distintos de idosos: idosos institucionalizados e idosos não institucionalizados (os que freqüentam o Curso Aberto à Terceira Idade da Faculdade de Medicina de Marília);
2. Traçar perfis dos idosos (idosos institucionalizados e idosos não institucionalizados) quanto ao estado civil, nível de escolaridade, saúde, sexo, conflitos familiares e situação econômica;
3. Comparar os resultados obtidos no tocante às características de escolaridade, situação econômica, conflitos familiares e saúde;
4. Saber como as pessoas com mais de 60 anos vivenciam sua sexualidade.

Espera-se que, ao final deste trabalho, seja possível caracterizar esses dois grupos estudados e oferecer dados para um melhor conhecimento sobre essas duas populações de idosos.



A preocupação com a uniformidade na atenção dos dados levou-nos à confecção do instrumento de coleta de dados em forma de questionário, com setenta e oito perguntas, a maioria fechada (em forma de testes) e três abertas. A aplicação se deu na forma de entrevista individual. Este é um instrumento de coleta de dados adaptado de um questionário do Setor de Geriatria e Gerontologia do Centro de Estudos sobre o Envelhecimento da Escola Paulista de Medicina, atual Faculdade Federal de Medicina utilizado para estudar a população idosa da cidade de São Paulo (anexo II), acrescido de questões pertinentes aos objetivos deste estudo. As questões abertas propunham uma definição do que é envelhecimento, enquanto as fechadas e mistas abrangiam vários temas. As questões se agruparam da seguinte maneira:

1. Identificação;
2. Perfil social;
3. Saúde;
4. Saúde Mental;
5. Atividades diárias;
6. Integração social;
7. Conceito de envelhecimento.

4. MATERIAL E MÉTODO

O questionário na íntegra se encontra no anexo III.

A viabilização deste questionário se deu através da entrevista individual porque, segundo Veras *et al.* (1988), esta é a melhor maneira de aplicação, tendo como inconveniente, porém, o fato de ser um procedimento caro e demandar tempo.

Essa pesquisa é portanto quantitativa na primeira parte onde serão analisados através de porcentagens, gráficos e tabelas as questões em forma de teste. Na segunda parte ela é qualitativa quando analisa os relatos verbais, os conteúdos dos depoimentos dos entrevistados.

Foi realizado um estudo piloto onde se aplicou o instrumento de investigação em dois idosos da Instituição para testar a metodologia proposta e

A preocupação com a uniformidade na atenção dos dados levou-nos à confecção do instrumento de coleta de dados em forma de questionário, com setenta e oito perguntas, a maioria fechada (em forma de testes) e três abertas. A aplicação se deu na forma de entrevista individual. Este é um instrumento de coleta de dados adaptado de um questionário do Setor de Geriatria e Gerontologia do Centro de Estudos sobre o Envelhecimento da Escola Paulista de Medicina, atual Faculdade Federal de Medicina utilizado para estudar a população idosa da cidade de São Paulo (anexo II), acrescido de questões pertinentes aos objetivos deste estudo. As questões abertas propunham uma definição do que é envelhecimento, enquanto as fechadas e mistas abrangiam vários temas. As questões se agruparam da seguinte maneira:

1. Identificação;
2. Perfil social;
3. Saúde;
4. Saúde Mental;
5. Atividades diárias;
6. Integração social;
7. Conceito de envelhecimento.

O questionário na íntegra se encontra no anexo III.

A viabilização deste questionário se deu através de entrevista individual porque, segundo Veras *et al.* (1988), esta é a melhor maneira de aplicação, tendo como inconveniente, porém, o fato de ser um procedimento caro e demandar tempo.

Essa pesquisa é portanto quantitativa na primeira parte onde serão analisados através de porcentagens, gráficos e tabelas as questões em forma de teste. Na segunda parte ela é qualitativa quando analisa os relatos verbais, os conteúdos dos depoimentos dos entrevistados.

Foi realizado um estudo piloto onde se aplicou o instrumento de investigação em dois idosos da Instituição para testar a metodologia proposta e



para que fosse possível introduzir as modificações necessárias ao bom entendimento das questões e ao andamento da pesquisa.

A partir daí, foi possível a inclusão de itens, sobre o motivo que o levou à Instituição e sobre os prós e os contras da mesma percebidos pela grande necessidade do idoso falar tais assuntos.

Para o início da aplicação do questionário, foram contactados todos os participantes do Curso Aberto à Terceira Idade da Faculdade de Medicina de Marília (total de vinte) que tivessem sessenta anos ou mais, pedindo-lhes autorização para a entrevista e explicando-lhes os objetivos do trabalho. Também fomos à Instituição Fundação Mansão Ismael solicitar autorização à dirigente para que pudessem ser entrevistados os seus albergados de sessenta anos ou mais. A autorização nos foi dada por todos os entrevistados.

Houve padronização na forma de aplicação os mesmos horários sempre. Os quarenta questionários foram aplicados oralmente e as respostas dos testes anotados pela pesquisadora, pois, no grupo de Idosos Institucionalizados, a maioria era analfabeta. Todas as perguntas abertas em ambos os grupos foram gravadas e posteriormente transcritas. Foram mantidos os mesmos horários para a aplicação do questionário e buscou se utilizar do mesmo tom de voz e postura para todos.

As entrevistas abrangeram o período de 24 de março a 25 de junho de 1996. Foram realizadas duas entrevistas por dia, sempre no período da tarde, por ser esse o melhor período para ambos os grupos a pedido dos próprios idosos. O tempo médio de cada entrevista foi de 60 minutos, com extensão, em alguns casos, de até 15 minutos.

4.1. Local

Os idosos institucionalizados e os idosos não institucionalizados foram entrevistados no local onde residem. Desta forma, os idosos



institucionalizados responderam às perguntas em seus respectivos apartamentos e os Idosos não institucionalizados para não comprometer o andamento das aulas, em suas residências.

A Instituição Fundação Mansão Ismael, Abrigo de Idosos, se localiza em Marília/SP na Rua Paes Leme, 1110, bairro Alto Cafezal. Possui uma área de dois alqueires, havendo vinte e dois apartamentos individuais, todos térreos e quatro casas. Possui também refeitório, cozinha com fogão e outros utensílios industriais, ala de fisioterapia totalmente equipada, mantida por estagiários e supervisor, enfermaria para idosos que inspirem cuidados médicos, farmácia e um médico, contratado a partir de agosto de 1996, para dar-lhes assistência duas vezes por semana.

Esta instituição possui caráter beneficente, sendo que os 56 idosos abrigados doam 60% de seus salários para sua manutenção total (água, luz, alimentação, medicamentos, moradia e material de higiene). Considerando que a maioria desses idosos ganha um salário mínimo, o dinheiro arrecadado seria insuficiente para a manutenção satisfatória dos mesmos. A Instituição, porém, conta com doações de entidades espíritas, de clubes de serviço e da comunidade em geral para cobertura total das despesas.

A instituição funciona em regime aberto, isto é, os idosos podem ir e vir conforme seu desejo, sendo que a vigilância do portão geralmente é feita pelos próprios idosos do sexo masculino.

A rotina diária do idoso nesta instituição compreende café da manhã no refeitório, leitura do evangelho pela diretora da Instituição, duas vezes por semana aula de coral e de exercícios físicos. No período da tarde os idosos que necessitam vão à fisioterapia nas dependências da própria instituição, onde verificam também a pressão arterial.

Uma vez por mês são comemorados os aniversários com bolo, sucos e com a presença da banda do Tiro de Guerra.



Nota-se a preocupação, por parte da coordenação desta Instituição, em dar atividades a esses idosos. São fornecidos a eles material para tricô, crochê, pintura em tecidos, costura, além de jogos como dominó e cartas, pois não há recursos financeiros para contratação de um Terapeuta Ocupacional.

Como foi citado por Born & Abreu (1996), a "qualidade moral da instituição beneficente", isto de forma geral, é um grande patrimônio a preservar. Observamos "boa vontade" por parte da coordenação no sentido de procurar sempre melhorar as condições de vida e de assistência aos idosos. O cardápio, por exemplo, foi elaborado na Universidade de São Paulo (USP) de acordo com as características específicas da clientela, pois não há na instituição um nutricionista contratado, para esse fim. É evidente o empenho para que a alimentação dos idosos seja adequada e completa.

Os idosos têm sido levados a alguns passeios com ônibus da Prefeitura Municipal. Desse modo comparecem a festas, como a Festa das Cerejeiras de Garça, a 36Km de Marília, são conduzidos a restaurantes da cidade para comerem pizza, visitam feiras agropecuárias, etc.

Quanto aos idosos não institucionalizados e que freqüentam o Curso Aberto à 3ª Idade na Faculdade de Medicina de Marília; foram destacados alguns aspectos no desenvolvimento desta instituição que através do Departamento de Clínica Médica implantou tal atividade.

A Fundação Municipal de Ensino Superior, Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA), foi criada por Lei Estadual em 19 de Janeiro de 1966, como instituto de ensino superior, entrando em funcionamento em 30 de Janeiro de 1967 como instituição pública municipal.

Através de dispositivo de Lei nº 8.898 de 27 de Dezembro de 1994, o Governador Luís Antônio Fleury Filho transforma a FAMEMA em autarquia de regime especial, assumindo os encargos correspondentes às atividades de docência, pesquisa e assistência à saúde desenvolvidas pela Faculdade, mantida pela Fundação Municipal de Ensino Superior, assim como seus funcionários.



Como unidades assistenciais da FAMEMA fazem parte o Hospital de Clínicas de Marília, com 200 leitos; o Hospital Municipal de Marília desde 1988, com 139 leitos e o Hemocentro desde 1991, onde também ocorrem as Residências específicas.

O Hospital de Clínicas de Marília abrange as áreas de Medicina Interna e Clínica Médica especializada (endocrinologia, hematologia, geriatria, dermatologia, oncologia, neurologia, cardiologia e nefrologia). Oferece internações em ginecologia e obstetrícia, pediatria, berçário, cirurgia, otorrinolaringologia, unidade de terapia intensiva e psiquiatria.

Possui ambulatórios de medicina interna, clínica especializada, pediatria, ginecologia e obstetrícia, além de atendimento de urgência emergência materno infantil.

O Hospital Municipal de Marília abrange as áreas Clínicas Cirúrgicas (geral, vascular, urológica, gastro-enterológica, plástica, torácica, cabeça e pescoço, oftalmologia, ortopédica, neurológica, unidade de terapia intensiva e pronto socorro geral).

A Faculdade de Medicina de Marília possui também o Curso de Enfermagem, sendo que o mesmo na época da pesquisa era ministrado na Faculdade de Filosofia e Ciências da UNESP - Campus de Marília, onde também era oferecida o Curso Aberto à 3ª Idade da Faculdade de Medicina de Marília.

4.2. Sujeitos

Os sujeitos foram quarenta idosos, de ambos os sexos, sendo considerado idoso o indivíduo com sessenta (60) anos ou mais, conforme critério citado pela Organização Mundial de Saúde (O.M.S., 1974).

No período de coleta de dados as idades dos sujeitos variaram de 60 a 92 anos.



A população dividiu-se em dois grupos de 20 idosos. Um grupo, o dos idosos institucionalizados, composto pelos idosos residentes na Fundação Mansão Ismael, Abrigo de Idosos, e o outro, o dos idosos não institucionalizados, freqüentadores do Curso Aberto à Terceira Idade da Faculdade de Medicina de Marília, que moram com seus familiares ou sozinhos.

A seleção da população alvo dos idosos não institucionalizados se deu apenas por idade, sendo que não foram entrevistadas somente as pessoas com menos de 60 anos na época, num total de 20 idosos participantes. Quanto aos Idosos Institucionalizados, foram excluídos aqueles acamados nas enfermarias da Instituição, os impossibilitados de responder as perguntas por problemas mentais (demência senil, confusão mental) ou problemas orgânicos como seqüelas graves de AVC, surdez, etc. e os que tivessem menos de 60 anos, participando da pesquisa 20 idosos.

É importante salientar que as pessoas que procuram o curso da Terceira Idade só são aceitas quando possuem autonomia funcional, isto é, movimentam-se independentemente de auxílio externo e apresentam lucidez para efetuar a aprendizagem no decorrer do curso.

A distribuição por sexo nos Idosos Institucionalizados foi de 11 mulheres e 9 homens. Nos Idosos Não Institucionalizados, o número de mulheres foi maior, sendo de 18 mulheres e 2 homens. O baixo número de idosos do sexo masculino nos Idosos Não Institucionalizados deve-se ao fato da baixa participação destes no Curso Aberto, sendo portanto, a população idosa feminina predominante.

O presente estudo buscou conhecer 02 grupos já existentes na comunidade sem a preocupação de formá-los. Desta forma foi verificado que os idosos que estão institucionalizados são em média 10 anos mais velhos do que os que frequentam o curso aberto à terceira idade.



eng
a-se

ao
iún

do o

DISTRIBUIÇÃO DAS PESSOAS ENTREVISTADAS DE 60 ANOS OU MAIS SEGUNDO LOCAL DE DOMICÍLIO, IDADE, ESTADO CIVIL E SEXO

	Sexo	MASCULINO				SUB-TOTAL	FEMININO				SUB-TOTAL	TOTAL DE COLUNAS	
	Estado Civil	Solt	Ca sado	Viúvo	Sepa rado	Mas culino	Sol teiro	Casa do	Viúvo	Sepa rado	Femi nino	Nº	%
	Idade												
Local Instituição li	60 70	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	2,5%
	71 80	1	0	0	3	4	2	0	7	1	10	14	35%
	81	1	0	2	2	5	0	0	0	0	0	5	12,5%
Sub-Total dos li	Nº %	2 10%	0 0	2 10%	5 25%	9	3 15%	0 0	7 35%	1 5%	11	20	
Idosos do Curso In	60 70	0	1	0	0	1	0	8	4	0	12	13	32,5%
	71 80	0	0	0	0	0	0	3	3	0	6	6	15%
	81	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	2,5%
Sub-Total dos In	Nº %	0 0	2 10%	0	0	2	0	11 55%	7 35%	0	18	20	
Total da Linha	Nº %	2 5%	2 5%	2 5%	5 12,5%		3 7,5%	11 27,5%	14 35%	1 2,5%		40 TOTAL GERAL 100%	

Total de Coluna = Soma Sub-Total M + Sub-Total F

Total de Linha = Soma Sub-Total Inst + Sub-Total In



O envelhecimento tem sido tema de investigações e pesquisas científicas no Brasil e no mundo. Apesar de a população idosa crescer rapidamente, ainda se pode considerar a situação científica sobre este tema (Vieira, 1995).

O envelhecimento populacional no Brasil é um desafio para o qual será preciso encontrar respostas. Como, por exemplo, dar a esses idosos instituições ou aos que moram em suas casas condições dignas com o mínimo de qualidade de vida para que possam desfrutar dessa última etapa de suas vidas. Esperando contribuir para isso através deste estudo e pesquisa foram entrevistados, conforme citado anteriormente 40 idosos, 20 que perenizam ao Curso Aberto à Terceira Idade da Faculdade de Medicina de Marília e 20 que moram na Instituição Maria João Lemus.

Vários dados significativos expostos a seguir são resultado deste trabalho.

O fato de ter filhos, pelo presente estudo, parece não ser de grande importância no fato de pessoas serem institucionalizadas ou não, a maioria 12, (60%) dos idosos institucionalizados têm um ou mais filhos, enquanto 8, (40%) não possuem filhos. Entre os idosos não institucionalizados, 18, (90%) têm filhos e apenas 2 (10%), não têm.

5. RESULTADOS

No item Saúde Mental ao ser-lhes perguntado se sentiam-se felizes a maior parte do tempo, foi verificado que, dos idosos institucionalizados, 16, (80%), sentiam-se felizes e 4, (20%), que não, sendo que desses a metade justificou a resposta alegando doenças e dores como motivo de infelicidade.

Entre os idosos não institucionalizados, 18, (90%), afirmaram sentir-se felizes a maior parte do tempo e 2, (10%), responderam que não, sendo que 1, (5%), justificou o sentimento de infelicidade pela perda do cônjuge e os outros 1, (5%), por possuírem doença grave (neoplasia).

Sobre a sensação de solidão, mesmo quando acompanhado de outras pessoas, 17, (85%), dos idosos institucionalizados afirmaram não a sentir enquanto 1, (5%), deles referem que já a sentiam enquanto moravam com as

O envelhecimento tem sido tema de investigações e pesquisas científicas no Brasil e no mundo. Apesar de a população idosa estar crescendo rapidamente, ainda se pode considerar escassa e restrita a produção científica sobre este tema (Veras, 1995).

O envelhecimento populacional no Brasil é um desafio para o qual será preciso encontrar respostas. Como, por exemplo, dar a esses idosos das instituições ou aos que moram em suas casa condições dignas com o mínimo de qualidade de vida para que possam desfrutar dessa última etapa de suas vidas. Esperando contribuir para isso através deste estudo e pesquisa, foram entrevistados, conforme citado anteriormente 40 idosos, 20 que pertencem ao Curso Aberto à Terceira Idade da Faculdade de Medicina de Marília e 20 que moram na Instituição Mansão Ismael.

Vários dados significativos expostos a seguir são resultado deste trabalho.

O fato de ter filhos, pelo presente estudo, parece não ser de grande importância no fato da pessoa ser institucionalizada ou não, pois a maioria 12, (60%), dos idosos institucionalizados têm um ou mais filhos, enquanto 8, (40%), não possuem filhos. Entre os idosos não institucionalizados 18, (90%); têm filhos e apenas 2 (10%), não têm.

No item Saúde Mental ao ser-lhes perguntado se sentiam-se felizes a maior parte do tempo, foi verificado que, dos idosos institucionalizados, 16, (80%), sentiam-se felizes e 4, (20%), que não, sendo que desses a metade justificou a resposta alegando doenças e dores como motivo de infelicidade.

Entre os idosos não institucionalizados, 18, (90%), afirmaram sentir-se felizes a maior parte do tempo e 2, (10%), responderam que não, sendo que 1, (5%), justificou o sentimento de infelicidade pela perda do cônjuge e os outros 1, (5%), por possuírem doença grave (neoplasia).

Sobre a sensação de solidão, mesmo quando acompanhado de outras pessoas, 17, (85%), dos idosos institucionalizados afirmam não a sentir enquanto 1, (5%), deles referem que já a sentiam enquanto moravam com as



esposas por incompatibilidade de gênio. O restante 3,(15%), dos Idosos Institucionalizados admitem sentir solidão.

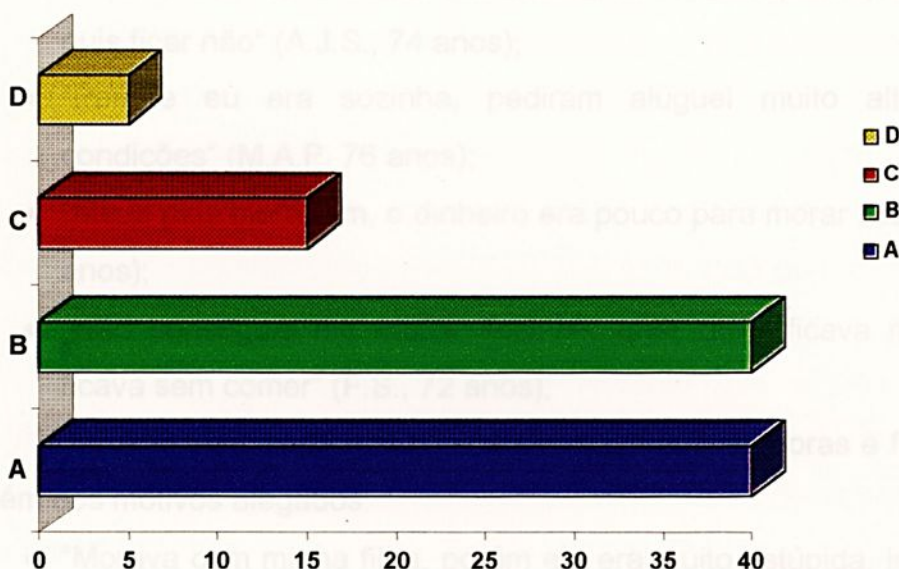
Entre os idosos não institucionalizados, 18,(90%), declaram não sentir, solidão, 2,(10%), sentem e 1,(5%), desses justifica esse sentimento pela morte do cônjuge.

Apresentação das razões que levaram os entrevistados a se institucionalizar.

Gráfico 01 - PERFIL SOCIAL - Apresentação das razões que levaram os idosos a se intituciobalizar.

- A. Terem ficado sozinhos;
- B. Por decisão própria e não "querer" atrapalhar os filhos;
- C. Incompatibilidade de gênio com noras e ou filhos;
- D. Falta de dinheiro.

Motivos Alegados



Sobre as razões que levaram os entrevistados a institucionalizar-se foram encontrados os seguintes dados: 8,(40%), admitem que foram para a instituição porque ficaram sozinhos, 8,(40%); que foram por decisão própria e não

queriam “atrapalhar” os filhos, 3,(15%); referiram a incompatibilidade de gênio com novas e ou filhos e 1,(5%); alegaram falta de dinheiro.

Veras *et al.*(1987) cita como dificuldade para o idoso permanecer nos grandes centros com seus familiares os aluguéis muito caros, fazendo com que os mais jovens procurem residências pequenas que, conseqüentemente, não possibilitam a acolhida do idoso, aumentando os conflitos entre estes. Os autores citam também o aumento do número de separações de casais contribuindo para que o idoso sinta a redução do apoio familiar.

Estes foram alguns depoimentos dos idosos sobre os motivos que os levaram a morar na Instituição:

- “Porque morava sozinho e tinha muito medo de ficar sozinho, por isso vim para cá” (M.G., 80 anos);
- “Vim para a instituição graças ao meu sobrinho, Dr. X, pois vendo que minha companheira morreu e eu já tinha tido derrame, percebeu que não tinha quem cuidasse de mim” (J.M., 78 anos);
- “Meu filho único foi morar em Cuiabá, lá é muito quente, sozinha eu não quis ficar não” (A.J.S., 74 anos);
- “Porque eu era sozinha, pediram aluguel muito alto, não tinha condições” (M.A.P. 76 anos);
- “Meus pais morreram, o dinheiro era pouco para morar sozinha” (A.S. 72 anos);
- “Não conseguia me cuidar sozinho, quer dizer ficava magro, porque ficava sem comer” (F.S., 72 anos);

A queixa de incompatibilidade de gênio com noras e filhos faz parte também dos motivos alegados:

- “Morava com minha filha, porém ela era muito estúpida, implicante, não deu certo” (S.F., 77 anos);
- “Sabe, vim para não ter desarmonia, eu não combinava com a nora” (M.S.C., 78 anos).

• “Outros idosos fizeram questão de dizer que estavam ali por opção própria.

- “Vim por escolha, quando eu era mais jovem, trabalhava como voluntária nesta instituição. Quando minha mãe morreu, não quis morar com nenhuma filha, quis vir para a mansão, eu quis uma vida mais regrada” (I.M.A., 76 anos);
- “Eu que quis, por opção, gosto de ter meu canto, estou muito bem aqui” (O.C., 73 anos).

Neri (1993) afirma que os depoimentos dos idosos levam a questionar se o seu afastamento da família é motivado por comportamento inadequado de sua parte ou se seria, além disso, reflexo da crise econômica por que passa o país, ou sintoma de decadência da família no que diz respeito a valores morais e comportamento ético. A autora coloca a dificuldade em afirmar qual é o fator predominante, tendo em vista a complexidade da inter-relação dos diversos fatores, porém salienta que a crise econômica tem provocado reflexos nos hábitos e no comportamento nas relações sociais.

Durante a coleta de dados encontramos vários depoimentos que nos remetem a pensar nos dois autores acima citados. (Veras, 1994 e Neri, 1993). Por um lado, constatamos algumas pessoas não querendo atrapalhar a vida de filhos e netos, talvez sentindo a rejeição com que eram tratados. Por outro lado, depoimentos que refletem dificuldade econômica: “A casa que minha filha alugou tem dois quartos, não cabe eu, para alugar de três quartos é muito caro”. Encontramos falas que simbolizam o isolamento que alguns idosos ficam submetidos mesmo morando com seus familiares: “mesmo morando com minha filha sentia-me muito sozinha, ficando muito deprimida, os netos saíam, a filha e o genro também”, encarando o fato de ir para a instituição como uma solução. A falta de dinheiro também era motivo alegado várias vezes.

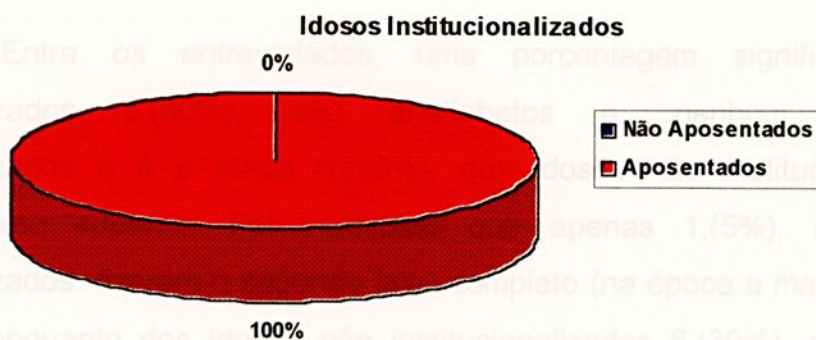
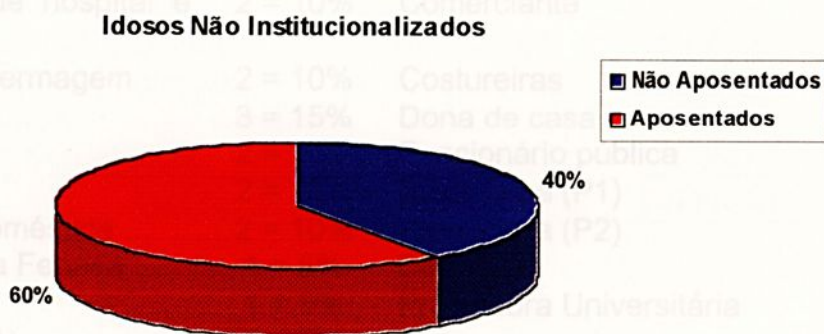
- “Eu quis vir para a Mansão por ser um ambiente de repouso” (F.E., 82 anos);

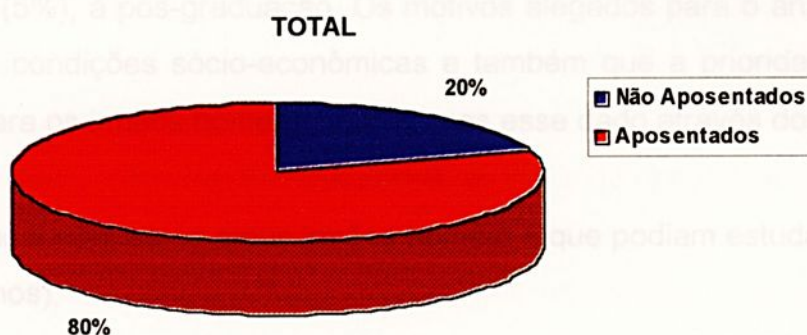
- “Quis vir para cá porque não gostava de São Paulo, em Marília é mais fácil, tem fisioterapia na Mansão e médico mais fácil” (M.O., 66 anos).

Quanto à questão de aposentadoria, constatamos que 20,(100%), dos Idosos Institucionalizados são aposentados e apenas 1,(5%), tem algum tipo de trabalho remunerado além da aposentadoria. Neste caso trata-se de uma senhora 75 anos que faz colchas e tapetes de retalhos e os vende para as pessoas que vão à Instituição.

Nos Idosos Não Institucionalizados 12,(60%), são aposentados e 3, (15%), desses têm trabalho remunerado atualmente. Os restantes 8,(40%), não são aposentados e possuem apenas atividades voluntárias.

Gráfico 02 - Distribuição da quantidade de pessoas idosas aposentadas referentes a idosos não institucionalizados e idosos institucionalizados.





As atividades profissionais principais exercidas anteriormente pelos idosos eram:

Quadro 01:

Ii		In	
Autônomo (comércio)	3 = 15%	Advogado, Contador	1 = 5%
Arrumadeira de hospital e lavadeira	2 = 10%	Comerciante	2 = 10%
Auxiliar de enfermagem	2 = 10%	Costureiras	2 = 10%
Braçal	3 = 15%	Dona de casa	5 = 25%
Costureira	2 = 10%	Funcionário pública	3 = 15%
Dona de casa	2 = 10%	Professora (P1)	3 = 15%
Empregada doméstica	2 = 10%	Professora (P2)	2 = 10%
Funcionário da Fepasa	1 = 5%	Diretora	1 = 5%
Jóquei	1 = 5%	Professora Universitária	1 = 5%
Professora (P1)	1 = 5%		
Subgerente de Hotel	1 = 5%		
TOTAL	20 = 100%	TOTAL	20 = 100%

Entre os entrevistados, uma porcentagem significativa dos institucionalizados 6,(30%), são analfabetos e, nenhum dos não institucionalizados o é e ainda 6,(30%), dos idosos não institucionalizados possuem curso superior. Foi verificado que apenas 1,(5%), dos idosos institucionalizados fizeram o segundo grau completo (na época a maioria fazia o magistério) enquanto dos idosos não institucionalizados 6,(30%), chegaram à

faculdade e 1,(5%), à pós-graduação. Os motivos alegados para o analfabetismo foram as más condições sócio-econômicas e também que a prioridade para os estudos era para os irmãos homens. Verificamos esse dado através dos seguintes depoimentos:

- “Estudei não, só os meus irmãos homem é que podiam estudar” (M.S.C., 78 anos);
- “Não deu para estudar porque cedo fui para a roça” (S.F., 77 anos);

Tabela 01 - Distribuição dos Idosos Institucionalizados e Não Institucionalizados Segundo Grau de Escolaridade

ESCOLARIDADE - TABELA li e In		
	li	In
Analfabetos	6(30%)	0(00%)
Sabem Ler e Escrever	5(25%)	3(15%)
Primário Completo	4(20%)	3(15%)
Ginásio Incompleto	3(15%)	2(10%)
Ginásio Completo	0(00%)	2(10%)
Colegial Incompleto	1(5%)	0(00%)
Colegial Completo	1(5%)	3(15%)
Curso Superior Completo	0(00%)	6(30%)
Pós Graduação	0(00%)	1(5%)
TOTAL %	20(100%)	20(100%)

li = Idosos Institucionalizados

In = Idosos Não Institucionalizados

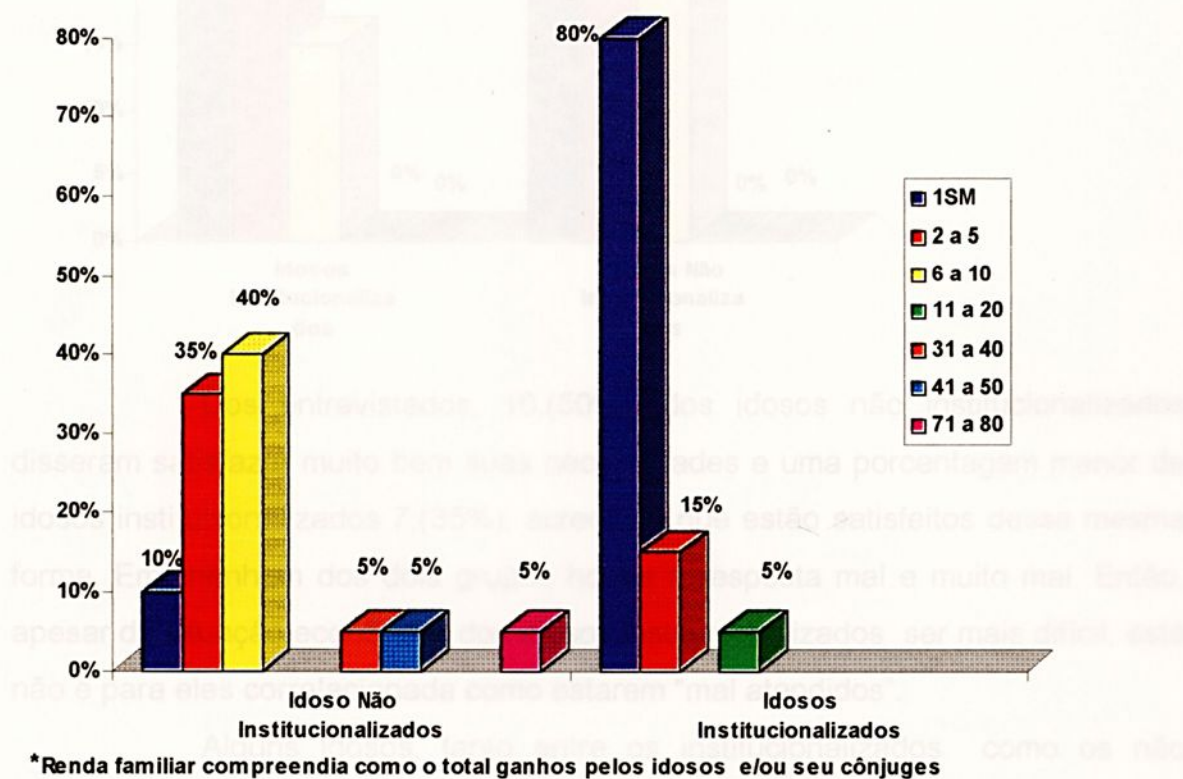
Na verdade, segundo Marin(1995), o sistema educacional do início do século era privilégio das elites e do sexo masculino.

A escolaridade se reflete nos recursos econômicos atuais, pois a maior aposentadoria dos idosos institucionalizados é a da idosa que conseguiu o maior grau de estudo, no caso formar-se professora (segundo grau) e a maior aposentadoria dos idosos não institucionalizados da mesma forma é a de quem possui maior grau de escolaridade, no caso a pós-graduação.

Gráfico 04 Foi verificado, portanto, que o grau de instrução nestes dois grupos estudados está ligado a melhores condições sócio-econômicas atuais.

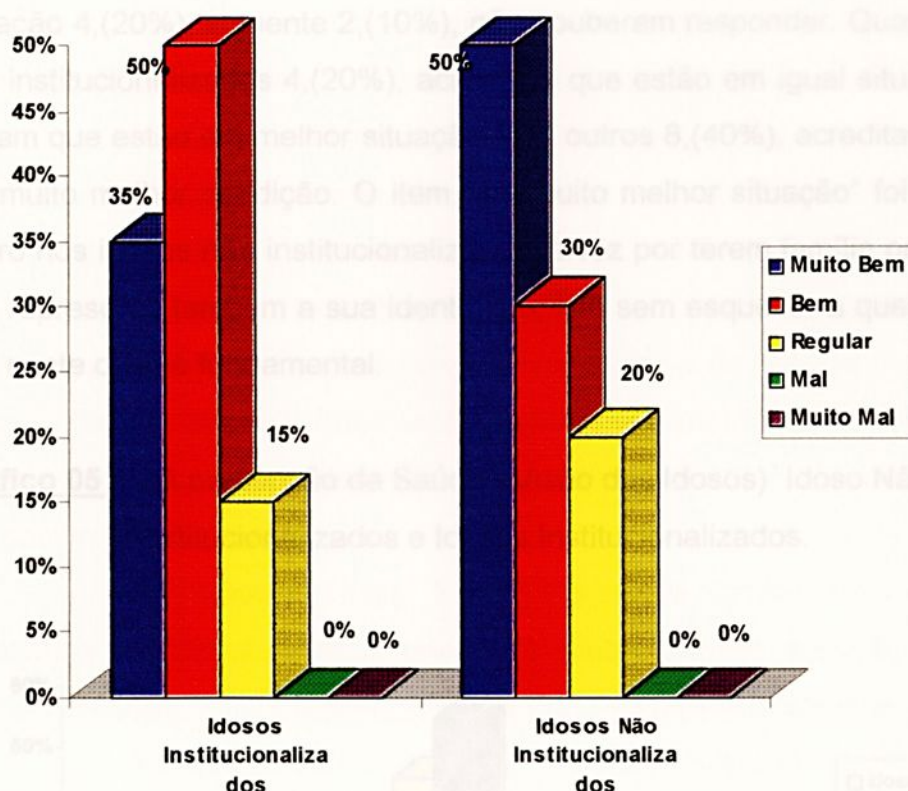
Na questão relativa aos recursos financeiros, foi observada a renda familiar dos idosos não institucionalizados e a renda individual dos idosos institucionalizados. Foi estabelecida essa subdivisão, pois havia idosos não institucionalizados com alto padrão de vida apesar de receberem aposentadorias ínfimas, contanto com grandes recursos econômicos do marido.

Gráfico 03 - Distribuição das Pessoas Idosas entrevistadas de 60 anos ou mais segundo a renda familiar e a procedência (Idosos Não Institucionalizados e Idosos Institucionalizados).



De acordo com a situação econômica de cada idoso, foi-lhe perguntado como o mesmo satisfazia suas necessidades básicas (alimentação, moradia, saúde, etc.) e foram obtidos os seguintes resultados:

Gráfico 04 - Distribuição da satisfação das necessidades básicas (alimentação, moradia, saúde, etc.), dos idosos não institucionalizados e idosos institucionalizados segundo sua própria percepção.

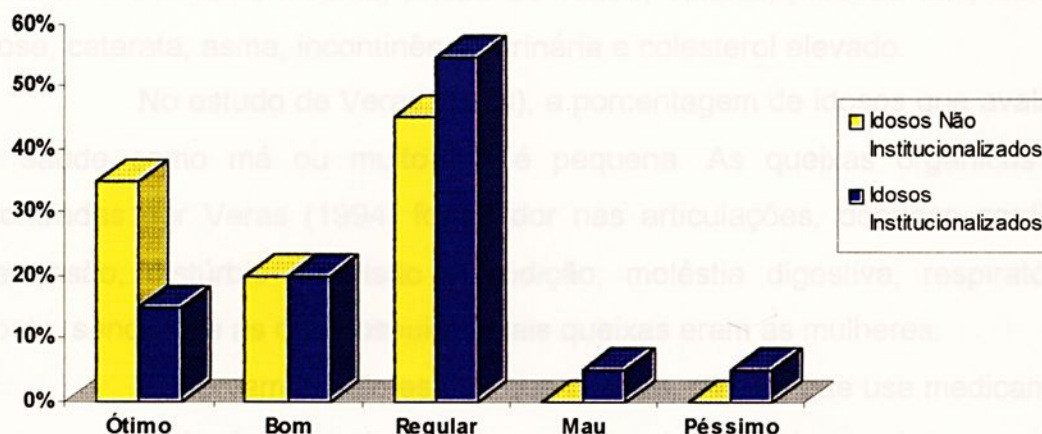


Dos entrevistados, 10,(50%), dos idosos não institucionalizados disseram satisfazer muito bem suas necessidades e uma porcentagem menor de idosos institucionalizados 7,(35%), acreditam que estão satisfeitos dessa mesma forma. Em nenhum dos dois grupos houve a resposta mal e muito mal. Então, apesar da situação econômica dos idosos institucionalizados ser mais difícil, está não é para eles correlacionada como estarem “mal atendidos”.

Alguns idosos, tanto entre os institucionalizados como os não institucionalizados, recebem alguma ajuda familiar em dinheiro sendo que 3,(15%), entre os idosos não institucionalizados recebem este auxílio enquanto 6,(30%), dos idosos institucionalizados o recebem.

Aos idosos institucionalizados foi perguntado como viam sua situação econômica quando comparada com a maioria das outras pessoas da sua idade. Eles responderam da seguinte maneira: “me sinto em igual situação 3,(15%), “Estou em melhor situação” 11,(55%), e “me sinto em muito melhor situação 4,(20%), somente 2,(10%), não souberam responder. Quanto aos idosos não institucionalizados 4,(20%), acreditam que estão em igual situação, 8,(40%), acham que estão em melhor situação e os outros 8,(40%), acreditam que estejam em muito melhor condição. O item “em muito melhor situação” foi exatamente o dobro nos idosos não institucionalizados talvez por terem família presente, um lar que representa também a sua identidade, isto sem esquecer a questão financeira que neste caso é fundamental.

Gráfico 05 - A percepção da Saúde (Visão dos Idosos) Idoso Não Institucionalizados e Idosos Institucionalizados.



Em ambos os grupos, no item saúde, houve predominância da resposta “Regular” o que demonstra que apesar de estarem em contextos sociais diferentes, neste sentido, possuem a mesma visão e sentimento. Apesar deste ponto em comum, as respostas “má” e “péssima” estiveram presentes apenas nos Idosos Institucionalizados.

As respostas “má” e “péssima” foram verificados em dois idosos do sexo masculino que moram na Instituição, sendo respectivamente o primeiro com dificuldade para andar e o segundo que, com 92 anos de idade na época, queixava-se de que, há quarenta e cinco anos, retirou grande parte do estômago devido à neoplasia e que então, em função disto, comia muito pouco; outra queixa apresentada pelo mesmo é a necessidade do uso de bengala e óculos. De modo geral, as queixas mais freqüentes encontradas foram, por ordem, insônia, problemas de coluna, pressão alta, catarata, prisão de ventre, varizes, bronquite, obesidade e diabetes. A resposta “saúde ótima” só foi encontrada em três idosos institucionalizados, do sexo feminino, sendo que apenas uma não apresentava nenhuma queixa e as outras duas tinham queixa de insônia esporádica. Nos idosos não institucionalizados sete disseram ter “saúde ótima”, sendo que dois desses tem queixas, o primeiro de insônia e catarata e o segundo osteoporose e reumatismo.

As queixas mais freqüentes deste grupo foram, por ordem, problemas de coluna, insônia, prisão de ventre, varizes, pressão alta, diabetes, artrose, catarata, asma, incontinência urinária e colesterol elevado.

No estudo de Veras (1994), a porcentagem de idosos que avaliavam sua saúde como má ou muito má é pequena. As queixas orgânicas mais encontradas por Veras (1994) foram dor nas articulações, doenças cardíacas, hipertensão, distúrbio da visão e audição, moléstia digestiva, respiratória e diabete, sendo que as que possuíam mais queixas eram as mulheres.

Observamos pelo estudo que o idoso, mesmo que use medicamento, não apresentando sintomas da doença no momento, considera-se bem ou regular. Encontramos nos idosos as seguintes afirmações sobre sua saúde:

- “Totalmente sem dor na coluna não fico, porém acho que aprendi a conviver com ela”.
- “Olha, eu tomo remédio “para” pressão alta, coluna, reumatismo, mas eu não quero nem saber, passeio, me divirto - eu e o meu marido”.

Os dados encontrados mostram que a população idosa do presente estudo apresenta de maneira geral a presença de pelo menos uma patologia, (vide gráfico 03).

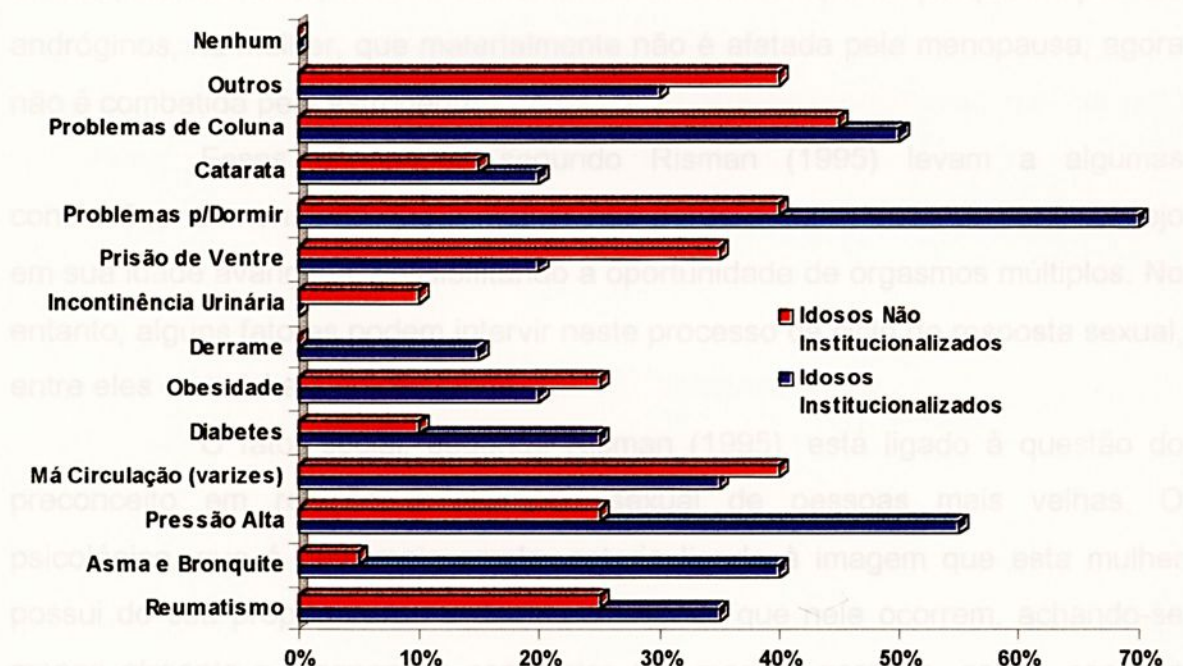
Sobre a relação com a família foi perguntado o quanto existia de tensão, conflito ou desentendimento e foram encontrados, entre as cinco alternativas, os seguintes dados: 11,(55%), dos idosos institucionalizados declararam não terem nenhum conflito e 6,(30%), dos idosos não institucionalizados responderam da mesma forma. Um pouco de conflitos foi a resposta de 3,(15%), dos idosos institucionalizados e de 12,(60%), dos idosos não institucionalizados. Moderados conflitos apareceram em 3,(15%), dos idosos institucionalizados e de 2,(10%), dos idosos não institucionalizados. Bastantes e demasiados conflitos aparecem somente nos idosos institucionalizados com 2,(10%), e 3,(15%), respectivamente nas respostas. Ainda sobre relações familiares, foi pedido aos idosos que comparassem a relação atual com a de três anos atrás e respondessem se a mesma piorou ou melhorou. "Permaneceu igual" foi a resposta da maioria dos dois grupos, sendo 15,(75%), dos idosos institucionalizados e 10,(50%), dos idosos não institucionalizados.

Aos idosos foi perguntado qual o problema mais sério naquele momento que o tornaria insatisfeito em sua vida diária: 3,(15%), dos idosos não institucionalizados e 1,(5%), dos idosos institucionalizados disseram ser o problema econômico. A saúde pessoal é considerada problema no presente estudo para 2,(10%), dos idosos não institucionalizados e 4,(20%), dos idosos institucionalizados. A moradia é considerada problema em 1,(5%), dos idosos não institucionalizados e em zero dos idosos institucionalizados. A alimentação é problema para 1,(5%), dos idosos não institucionalizados como dificuldade em manter dieta adequada. Os problemas familiares foram resposta de 1,(5%), dos idosos institucionalizados e 5,(25%), dos idosos não institucionalizados. Solidão aparece como maior problema para um 1,(5%), dos idosos institucionalizados e zero nos idosos não institucionalizados. Não ter problema foi resposta de 8,(40%), dos idosos não institucionalizados e 7,(35%), dos idosos institucionalizados.



A categoria "outros problemas" aparece em 5,(25%), dos idosos não institucionalizados e 1,(5%), dos idosos institucionalizados, compreendendo-se entre esses, a perda de entes queridos, limites físicos impostos pela idade, e a entrada de ladrão na residência várias vezes, fato esse encarado como resultante da violência urbana.

Gráfico 06 - Distribuição percentual de problemas de saúde apresentados pelo idosos institucionalizados e idosos não institucionalizados no período de Março a Junho/1996.



Sobre a atividade sexual na terceira idade e a frequência com que os idosos mantinham relações sexuais ou outras práticas sexuais, os resultados encontrados foram bastante diferentes nestes dois contextos. Assim, 17,(85%), dos idosos institucionalizados disseram não manter mais relações sexuais e os

3,(15%), restantes disseram que nunca haviam tido relações sexuais. O fato de não morarem casais na instituição talvez seja a variável mais significativa, pois as relações sexuais entre os habitantes da instituição são proibidas.

Nos idosos não institucionalizados 9,(45%), referem ter relações sexuais semanalmente e 11,(55%), afirmam não terem mais relações sexuais.

Kolondny *et al.* (1982) e Kensey apud Risman (1995), ao pesquisarem o comportamento sexual dos americanos, constataram que a questão de menopausa tem “pouco efeito direto na resposta sexual da mulher” (p.110).

Segundo Kaplan (1974), de um ponto de vista puramente fisiológico, a libido, teoricamente, deveria aumentar durante a menopausa porque a ação dos andrógenos, na mulher, que materialmente não é afetada pela menopausa, agora não é combatida pela estrógeno.

Essas afirmações segundo Risman (1995) levam a algumas conclusões: demonstram que a mulher não perde a capacidade de sentir desejo em sua idade avançada, possibilitando a oportunidade de orgasmos múltiplos. No entanto, alguns fatores podem intervir neste processo de ciclo de resposta sexual, entre eles o social e o psicológico.

O fator social, segundo Risman (1995), está ligado à questão do preconceito em relação à atividade sexual de pessoas mais velhas. O psicológico, que é bem mais amplo, estaria ligado à imagem que esta mulher possui do seu próprio corpo e das modificações que nele ocorrem, achando-se menos atraente e incapaz de conquistar seu marido, gerando, assim, conflitos emocionais.

Segundo Risman (1995), outra dificuldade é a falta de parceiros sexuais para a mulher que, devido à educação geralmente rígida, não os procura. Uma possível abstinência pode ocorrer até mesmo quando esta possui um parceiro, pois com as modificações fisiológicas do processo de envelhecimento masculino, o homem, por muitas vezes, se abstém de suas relações sexuais. Quando o homem atinge a idade de 50-70 anos, na fase da excitação, a ereção

não se estabelece tão rapidamente como na juventude, ocorrendo, segundo o autor, a necessidade de manipulação física de seu órgão genital pela parceira. Se essa diferença na aquisição da ereção for observada de forma negativa e não como um processo natural do envelhecimento, este homem poderá se sentir incapaz de continuar a sua atividade sexual, gerando assim uma possível "impotência".

É importante ressaltar que a possibilidade de adquirir ereção, tendo o homem boa saúde biológica e psicológica, continua até a faixa etária de 80 anos ou mais (Risman, 1995).

Os dados encontrados vêm confirmar o estudo de Risman (1995), sendo que as mulheres da instituição não possuem relações sexuais, mesmo tendo boa saúde, muito provavelmente pela forma de educação repressora, auto-imagem alterada e a proibição de tal ato na instituição, sentindo-se inibidas para procurarem parceiros fora da Instituição. Os homens, da mesma maneira, dizem também não ter mais interesse pelo sexo.

5.1. O Conceito de Envelhecimento

Quando perguntamos aos idosos qual a melhor definição para o envelhecimento, obtivemos os seguintes resultados: 60%,(12), dos idosos institucionalizados e 60%,(12), dos idosos não institucionalizados acreditam que envelhecimento é mais uma fase de vida, com ganhos e perdas e que, se vivida naturalmente, pode ser muito boa. Os dois grupos enfatizaram a palavra "naturalmente" como algo que não se evita e nem deve se evitar e que tem ganhos e perdas. Chamamos essa definição de envelhecimento de "Envelhecimento ligado ao Curso de Vida" por lembrar Neri (1995), definindo o envelhecer.

Outros idosos afirmaram não se sentirem velhos, pois eram independentes em todas suas atividades, conseguiam se cuidar sem auxílio externo, (foram 15%,(3), dos idosos institucionalizados e 30%, (6), dos idosos não institucionalizados). Essa definição foi chamada, no presente estudo, de "Envelhecimento ligado à Autonomia Funcional".

Dos idosos institucionalizados, 15%,(3), e dos idosos não institucionalizados, 10%,(2), disseram acreditar que o envelhecimento tenha ligação com o emocional. Sendo assim, esses idosos referiam que o mais importante é "cabeça" (sic) no sentido do pensamento estar bom.

Dos idosos institucionalizados 10%,(2), e zero dos idosos não institucionalizados negaram o envelhecimento, isto é, acreditavam que as pessoas não deveriam fazer mais que 60 anos, morrendo nesta idade.

Eis algumas das respostas encontradas nos depoimentos dos idosos e a classificação do conceito de envelhecimento. (Todos os depoimentos na íntegra encontram-se no anexo IV).

- "Os anos passaram, os anos pesaram nos ombros, mas não me sinto velha, talvez porque não estou acamada. Ando, vou de um lado para o outro, tenho memória boa". (M.A.P. 76 anos, idoso institucionalizado envelhecimento ligado a autonomia funcional).
- "Envelhecimento humano é a coisa mais natural do mundo, quando a gente nasce já começa a envelhecer então eu acho que é uma coisa que acontece para todo mundo e todo mundo tem que achar muito natural. Cada um tem que se adaptar e se conformar e se alegrar de ter vivido mais tempo, porque quem não envelhece morre cedo, então não há vantagem de não passar por esta fase. Sempre vivi naturalmente, aproveitando cada pedaço, cada coisa que aparecia sem me preocupar com isso, nunca imaginei coisas da velhice. Aconteceu naturalmente. Envelhecimento é uma fase rica, que a gente já aproveitou e quer aproveitar todos os minutos da vida, a gente tem mais condescendência, muito mais compreensão para as coisas que nos rodeiam, muito mais

- tolerância, porque a gente já aprendeu que a vida tem diferença, então a gente fica mais tolerante, mais agradável. Para mim, eu acho que o envelhecimento me agrada, inclusive cada coisa que eu vou fazer eu já sei que tenho que fazer desta maneira, porque é mais fácil, e quando eu era moça eu não sabia que isto era mais fácil, eu fazia de outra maneira. Os anos nos trazem mais sabedoria, experiência, mais garra para viver, para melhorar". (E.G., 76 anos, idoso não institucionalizado, envelhecimento ligado ao curso de vida).
- "Envelhecimento é coisa natural: quem não morre de moço, de velho não escapa. Não me sinto deprimida por estar ficando velha, aceito com naturalidade. É uma conscientização íntima, talvez por eu ser espírita, estudo muito até hoje, acho a velhice natural. Sei que se estiver viva envelhecerei dia-a-dia por dia, e isto não me deixa aborrecida". (I.M.A., 75 anos, idosa institucionalizada, envelhecimento ligado ao curso de vida).
 - "Envelhecimento são as limitações que a pessoa com o correr do tempo, vai tendo, você vai ficando limitada, complica tudo. O limite da pessoa faz com que ela deixe de dançar, passear, porque tudo vai ficando difícil. Por exemplo, excursão à Europa, aonde eu sempre tive muita vontade de ir, hoje não posso, porque tem que andar, caminhar e eu não posso subir e descer ladeira. Não posso, então sou limitada, não é? E isto é assim com tudo porque eu acredito que um dia nem dirigir dará, porque você vai ficando com os reflexos mais diminuídos. Então na vida de hoje que é uma corrida infernal, você tem que estar muito ativa. Problema de audição eu não tenho, mas o envelhecimento traz essas diminuições todas. Eu tenho muita disposição, mas sou limitada porque tenho dores, se eu não tivesse dores eu seria ótima! Hoje tive uma aula de Tai Shi Chuam mas tive dores, sei que não posso fazer porque tenho dores, então já é um limite". (C.F.A., 74 anos, idosa não institucionalizada, envelhecimento ligado à autonomia funcional).

- “Envelhecimento eu acho que é acúmulo de anos (risos), porque não me preocupa estar chegando ao término de um período de vida, não tenho preocupação nenhuma, não penso na morte, não penso em nada, quero viver sempre o momento. Nunca pensei na velhice, não penso que sou idosa, engraçado isso né? devia pensar que eu estou idosa, mas eu me esqueço que eu tenho idade, é tão natural que para mim o correr dos anos é normal, como se fosse na minha juventude; continua do mesmo jeito, felizmente eu não tenho preocupação. Eu acho que as pessoas deviam deixar de pensar no final, no término de uma existência, porque isto às vezes acabrunha muito as pessoas. Ficam pensando.... Ah! já estou idoso, estou no fim da vida, eu acho que não é por este caminho, a gente tem que pensar que vai viver amanhã, vai viver depois e vamos continuar até o dia em que Deus disser: basta, hoje terminou sua caminhada, sem preocupação com o tempo, com a velhice, eu acho que é viver, procurar viver”. (N.G.A, 75 anos, idosa não institucionalizada, envelhecimento ligado ao curso de vida).
- “Envelhecimento é a cuca da gente que faz. Se a gente acha que está velho está, mas eu não estou, tô andando, costurando, tô feliz da vida. Então eu acho que não sou velha. Tem moço que é velho porque só pensa bobagens. Nunca pensei na velhice, pensara só em trabalhar”. (A.J.S., 74 anos, idosa institucionalizada, Envelhecimento ligado ao Emocional).
- “Envelhecimento eu acho uma coisa muito triste, não me conformo em ficar velha. Acho que as pessoas deveriam parar de envelhecer aos 50 anos, pois deste jeito elas seriam mais felizes. Eu não pensava na velhice, já ganhei bem na vida, podia ter guardado dinheiro e nunca guardei. Nunca fiz planos senão poderia ter comprado até um apartamento”. (D.S.B., 73 anos, idosa institucionalizada, negação do envelhecimento).

- “Envelhecimento é o dia-a-dia na vida da gente que cai aos poucos, a gente vai conseguindo enfrentar todos os problemas maiores ou menores, temos que administrá-los. Agora, acontece que o envelhecimento na vida do ser humano depende também do seu interior, porque a gente tendo o interior sadio e uma fé muito grande a gente enfrenta com mais disposição e com menos sofrimento né? *Ou toda hora*
O meu envelhecimento tem sido muito bom, porque eu ponho sempre alguém na frente desse meu envelhecimento que é Deus, porque sem ele eu não conseguiria enfrentar o que me acontece de bom ou de ruim, tenho uma fé muito grande que tem me ajudado nesta caminhada a enfrentar os perigos, o que passei na vida e continuo passando. Nunca pensei na velhice, nunca fiz planos”. (A.E, 70 anos, idosa não institucionalizada, envelhecimento ligado ao emocional). *Quando eu posso*
- Envelhecimento pode ser até físico, porque esse não dá para gente esconder, mas o psíquico, espiritual ele é sempre enriquecido, mesmo quando a pessoa não tem uma boa escolaridade, a prática vale mais do que a gramática. Então essa prática da vida vai servir muito de experiência e experiência eu sei que é uma coisa que não se transfere é uma coisa que a gente adquire e a velhice é rica em experiência. Então vai contrabalançar essa perda da beleza humana que vai acontecer não é? Porque a vida é isso aí, nós não podemos segurar o passar do tempo, a velhice sobre nosso corpo material, eu acho isso, que se a gente perde de um lado, fisicamente a gente ganha muito espiritualmente, principalmente se a gente souber aproveitar as leituras e as experiências de vida, se enriquecendo a cada dia, se burilando a cada dia, perdendo aquelas arestas, se a gente for capaz de ser humilde, de aprender com todos eu acho que a velhice pode ser aproveitada com alegria. *Quando como se o mundo fosse acabar amanhã*

Minha vida foi muito rica, todo dia aprendendo com alguém, às vezes uma pessoa simples mas que nos passa uma experiência tal, né? Uma experiência de vida que às vezes eu nem esperava, apreendendo as vezes com um analfabeto, com uma criança, é só parar para pensar e ver como a gente pode adquirir riquezas espirituais todos os dias. Sabe é difícil o dia em que eu não vou ao dicionário, porque estou toda hora escrevendo e aparecem palavras novas; eu tenho que saber se aquele acento existe ainda ou se continua a mesma ortografia, ainda mais aqueles acentos diferenciais que caíram, então todo dia eu estou aprendendo e parece que eu nunca sei nada.

Sabe, já te falei que tenho medo da velhice, medo assim de não poder me mexer por mim mesma. Eu queria ser sempre uma pessoa leve como sou hoje, com autonomia, fazendo o que quero, por enquanto eu posso fazer tudo, tudo o que um jovem pode fazer eu acho que ainda posso fazer, dentro de alguns limites claro, mas eu não sei até quando vai isso, então eu me preocupo, acho que ainda tem tanta coisa para ser feita que eu não fiz, tanta coisa para ver que eu ainda não vi, será que vai dar tempo de fazer tudo e ver tudo?

Eu espero que o Brasil, que já está sendo um país de velhos e não mais de jovens, procure recursos para que daqui a alguns anos, os velhos não sofram, pois a maioria vai ter alguém velho dentro de sua casa, a maioria vai ter um problema com seus velhos, então devemos educar nossa gente para cuidar bem de seus velhos, que um dia fizeram as primeiras coisas para eles e lembrar que todo mundo vai ficar velho um dia e que se não ficar velho vai ser pior ainda, porque vai morar antes de ficar velho.

Eu não pensava na velhice quando jovem. A vida era tão risonha, tão vibrante, eu queria viver tudo como se o mundo fosse acabar amanhã, um processo da herança genética, sorte deles, porque eu não fiz nada.

eu não pararei para pensar na velhice. (R.T.A., 66 anos, idosa não institucionalizada, envelhecimento ligado ao curso de vida).

- “Envelhecimento: não é grande coisa ficar velho, que Deus permita a morte de todos antes dos 70 anos. Dos 70 anos para frente não é grande coisa porque a gente depende dos outros e o bom é não depender dos outros para nada, fazer tudo sozinho. Quando eu era jovem pensava na velhice, pedia a Deus para não depender de ninguém, pensava em trabalhar, para ter uma renda de dinheiro na velhice, com muito sacrifício consegui ter uma renda para velhice. (A.F., 92 anos, idoso institucionalizado, envelhecimento ligada à autonomia funcional).
- Envelhecimento é a gente que faz, é a cabeça da gente. Eu estraguei os meus, fiquei viúva, só cuidei da minha filha, não pensava em mim. Hoje eu pensaria diferente, acho errado o jeito que eu era. Vendi a casa para estudar a minha filha, não dormia enquanto minha filha não chegava. Minha filha é professora de línguas e hoje tem duas lojas, nem gosta do que fez. Nunca pensei na velhice, fui sempre muito alegre. Pensava apenas no presente no que eu estava fazendo. (O.M.S., 72 anos, idoso institucionalizado, envelhecimento ligado ao emocional).
- “Envelhecimento é apenas uma condição que a natureza nos impõe. Porque a pessoa nasce, cresce, envelhece e morre, então até agora não se inventou nada que evitasse a velhice; se envelhece e pronto. Não é nenhum problema social, nenhum problema psicológico, não é nada disso é simplesmente da natureza. Sabe eu sou perfeitamente conformado com isso, embora eu brinque muito e me queixe assim aparentemente da velhice e coisa e tal, eu aceito a velhice. Sobre a longevidade eu não sei se existe segredo e se existe é atávico, isso é um processo genético que a gente recebe quando nasce e a gente desenvolve enquanto vive, então aqueles que foram beneficiados com um processo de herança genética, sorte deles, porque eu não fiz nada,

enregistram na tabela a seguir:

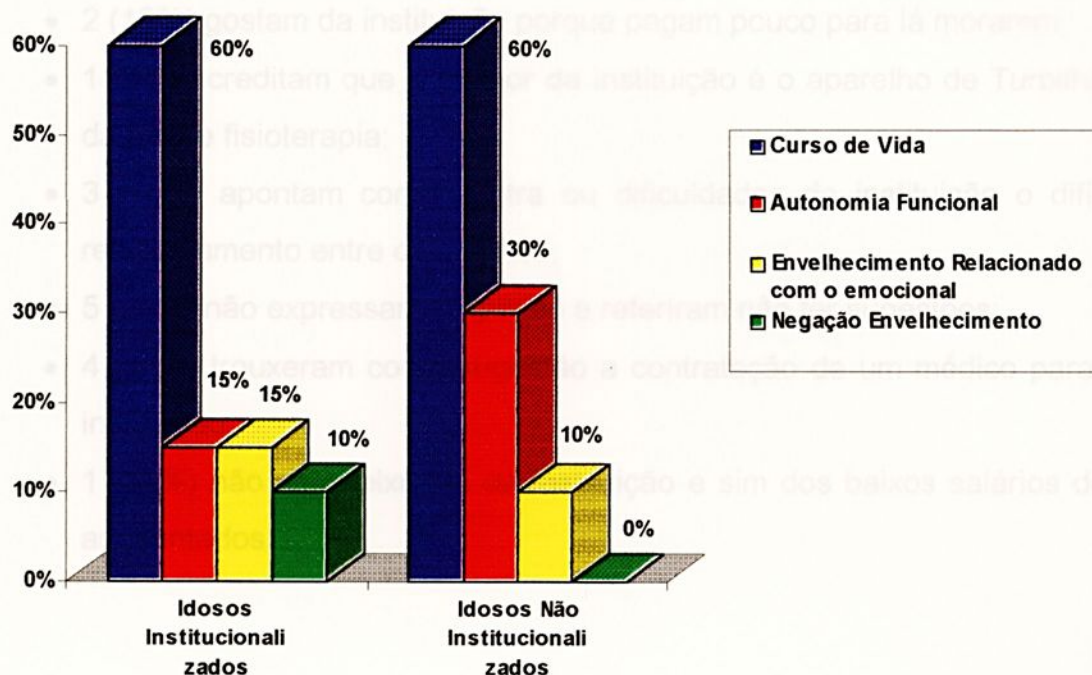


nada, para chegar nos 83, eu vivi simplesmente, deixei a coisa correr, muitas vezes eu abusei, muitas vezes eu exorbitei de minhas funções e cheguei. Você pode estar certa de que na vida, não adianta ter ilusão sobre as coisas da vida, por exemplo: eu agora me lembrei de uma passagem do Einstein, ele foi a uma conferência lá no Estados Unidos, onde tinha uma porção de cientistas e cada vez que estavam lá discutindo, um companheiro lá da mesa, pegava um caderninho, pegava o caderninho e anotava, pegava o caderninho e anotava e ele perguntou então, porque que o Sr. faz tantas anotações? Ele falou: são tantas idéias que eu tenho, então na hora eu preciso anotar senão eu esqueço. O Einstein falou: então o Sr. tem sorte porque a única idéia que eu tive foi a da relatividade. Eu não pensava na velhice, eu acho que todas as pessoas quando mais jovens são pessimistas, em geral elas pensam que vão viver muito menos do que elas podem viver, a tendência é assim: Se eu chegar aos 60 anos, que maravilha. Isso eu também pensava e acabei ficando 20 e tantos anos depois dos 60, então eu penso assim, pode ser que eu esteja enganado eu penso que a tendência de todas as pessoas é ser moderada nas pretensões de vida". (J.G., 83 anos, idoso não institucionalizado, envelhecimento ligado ao curso de vida).

- "Envelhecimento depende muito de como ele é visto. Para mim foi passar mais uns anos da minha vida pois as modificações são normais mesmo, os filhos crescem, a gente vai ficando sem eles, mas em compensação, tem as compensações, a gente passa a ter os netos que alegram bastante, aumenta a família, tem outras pessoas que entram para família, como os genros. Eu acho que o envelhecimento é uma felicidade, porque feliz daquele que chega na velhice. Quando jovem eu nunca pensei em velhice, eu vivia o momento". (A.V.A. 61 anos, idosa não institucionalizada, envelhecimento ligado ao curso da vida).

Os dados totais referentes ao conceito de envelhecimento se encontram na tabela a seguir:



Gráfico 07

Foi observado que não existe correlação entre as variáveis propostas, ou seja, no presente estudo, o conceito que o idoso tem sobre envelhecimento independe de morar no lar ou na instituição, segundo o teste de Fisher.

Ao perguntarmos para os idosos institucionalizados sobre os prós, contras, sugestões e soluções para a instituição em que viviam obtivemos as seguintes respostas:

- 1 (5%) apontam como prós ou qualidade de instituição: Não fazerem diferença pela religião, ou seja, independente da religião que tenham os idosos, eles são bem tratados, mesmo a instituição tendo todos os seus coordenadores espíritas;
- 3 (15%) acham a alimentação ótima e elogiam a dinâmica institucional com palestras diárias, variando o conteúdo entre religião, saúde,

importância do exercício físico para o idoso, fisioterapia diária, canto, passeios, etc.;

- 2 (10%) gostam da instituição porque pagam pouco para lá morarem;
- 1 (5%) acreditam que o melhor da instituição é o aparelho de Turbilhão da ala de fisioterapia;
- 3 (15%) apontam como contra ou dificuldades da instituição o difícil relacionamento entre os internos;
- 5 (25%) não expressaram opinião e referiram não ter sugestões;
- 4 (20%) trouxeram como sugestão a contratação de um médico para a instituição;
- 1 (15%) não se queixaram da instituição e sim dos baixos salários dos aposentados.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Acreditando ser o idoso e o estudo do seu envelhecimento altamente significativo e relevante num país como o Brasil que já não é "país da juventude", a proposta deste trabalho é identificar o que seria o Envelhecimento a partir da percepção do próprio idoso. Decidimos estudar dois grupos de idosos já existentes, sendo um os que moram em instituição (no presente estudo a instituição escolhida foi a Fundação Manoel Israel - Abrigo de Idosos) e o outro os que frequentam o Curso Aberto à Terceira Idade da Faculdade de Medicina de Marília.

Participaram do estudo um total de 40 idosos, em condições de fornecer informações necessárias, ou seja, com capacidade de ouvir e responder oralmente as perguntas. Foram 20 idosos da Instituição Manoel Israel e 20 idosos do Curso Aberto da Faculdade de Medicina de Marília.

Nos idosos institucionalizados participaram 11 mulheres e 9 homens, com idade que variou de 60 a 82 anos, a maioria na faixa etária de 70 a 79 anos. A distribuição por sexo nos idosos não institucionalizados foi 18 mulheres e 2 homens, acreditando-se que o baixo número de homens esteja ligado à pequena participação desses no Curso Aberto. A idade variou de 60 a 84 anos, sendo o predomínio na faixa etária de 60 a 69 anos. A diferença na idade média entre os dois grupos foi de 10 anos e mais nos idosos institucionalizados. Apesar dessa diferença na faixa etária o objetivo maior da pesquisa o conceito do envelhecimento, não foi alterado.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O instrumento de coleta de dados utilizado foi um questionário com 75 perguntas envolvendo dados referentes à identificação, o perfil social, a escolaridade, os recursos financeiros, à saúde, à saúde mental, integração social e ao conceito de envelhecimento.

Os resultados foram apresentados em gráficos e tabelas com estudo estatístico, de acordo com o Teste de Fischer, sendo que os dados mais significativos foram os seguintes:

Sobre os motivos que levaram os idosos a morarem na instituição encontramos os seguintes dados: 1,(5%), atribuído isso ao fato de ter ficado

Acreditando ser o idoso e o estudo do seu envelhecimento altamente significativo e relevante num país como o Brasil que já não é "país de jovens", a proposta deste trabalho é identificar o que seria o Envelhecimento a partir da percepção do próprio idoso. Decidimos estudar dois grupos de idosos já existentes, sendo um os que moram em instituição (no presente estudo a instituição escolhida foi a Fundação Mansão Ismael - Abrigo de Idosos) e o outro os que freqüentam o Curso Aberto à Terceira Idade da Faculdade de Medicina de Marília.

Participaram do estudo um total de 40 idosos, em condições de fornecer informações necessárias, ou seja, com capacidade de ouvir e responder oralmente as perguntas. Foram 20 idosos da Instituição Mansão Ismael e 20 idosos do Curso Aberto da Faculdade de Medicina de Marília.

Nos idosos institucionalizados participaram 11 mulheres e 9 homens, com idade que variou de 60 a 92 anos, a maioria na faixa etária de 70 a 79 anos. A distribuição por sexo nos idosos não institucionalizados foi 18 mulheres e de 2 homens, acreditando-se que o baixo número de homens esteja ligado à pequena participação desses no Curso Aberto. A idade nos idosos não institucionalizados variou de 60 a 84 anos, sendo o predomínio na faixa etária de 60 a 69 anos. A diferença na idade média entre os dois grupos foi de 10 anos a mais nos idosos institucionalizados. Apesar dessa diferença na faixa etária o objetivo maior da pesquisa o conceito do envelhecimento, não foi alterado.

O instrumento da coleta de dados utilizado foi um questionário com 78 perguntas envolvendo dados referentes à identificação, o perfil social, à escolaridade, os recursos financeiros, à saúde, à saúde mental, integração social e ao conceito de envelhecimento.

Os resultados foram apresentados em gráficos e tabelas com estudo estatístico, de acordo com o Teste de Fischer, sendo que os dados mais significativos foram os seguintes:

Sobre os motivos que levaram os idosos a morarem na instituição encontramos os seguintes dados: 1,(5%), atribui isso ao fato de ter ficado



sozinho, 3,(15%), afirmam que estão lá por decisão própria e que não queriam atrapalhar os filhos, 8,(40%), alegam a incompatibilidade de gênio com noras, genros e ou filhos (as) e 8,(40%), justificam como falta de dinheiro. Percebemos que não houve como resposta a decisão dos familiares em institucionalizar o idoso e atribuímos a isso à grande dificuldade emocional do idoso em se colocar nesta situação porque, através de dados da coordenação, temos conhecimento de um idoso que se encontra nesta situação e que deu como resposta o “não querer atrapalhar os filhos”. Talvez esse dado esteja ligado a uma limitação da pesquisa.

Detectamos, quanto à escolaridade, diferenças significativas: 30% dos Idosos Institucionalizados eram analfabetos e nenhum dos idosos não institucionalizados o eram. Dos idosos institucionalizados 5,(25%), e 3,(15%), dos idosos não institucionalizados sabiam ler e escrever. Tinham o primário completo 4,(20%); dos idosos institucionalizados 3,(15%), dos idosos não institucionalizados, ginásio completo zero dos idosos institucionalizados e 2,(10%), dos idosos não institucionalizados. O colegial completo 1,(5%), dos idosos institucionalizados e 3,(15%), dos idosos não institucionalizados.

O curso superior completo, zero entre os idosos institucionalizados enquanto 30% dos idosos não institucionalizados o possuíam. Nos idosos não institucionalizados encontramos 1,(5%), com curso de pós-graduação e nos idosos não institucionalizados, nenhum, zero.

Os recursos financeiros destes dois grupos eram assim divididos: um salário mínimo era a renda de 16,(80%), dos idosos institucionalizados e de 2,(10%), dos idosos não institucionalizados, para 3,(15%), dos idosos institucionalizados a renda variava de 2 a 5 salários mínimos e 7,(35%), dos idosos não institucionalizados possuíam tal renda. Renda de 11 a 20 salários mínimos era a de 1,(5%), dos idosos institucionalizados. De 31 a 40 salários mínimos a de 1,(5%), dos idosos não institucionalizados e 1,(5%), possuía renda de 41 a 50 salários mínimos. A renda maior encontrada foi a de uma idosa não



institucionalizada na faixa de 71 a 80 salários mínimos, sendo esta a que possuía maior escolaridade, a pós graduação.

Quanto à escolaridade foi observada a relação direta com a questão financeira. Desta forma os idosos que alcançaram maior nível de escolaridade são os que têm, isoladamente, a maior renda financeira. Vale ressaltar que algumas idosas apesar do pouco nível de instrução, possuem alta renda, pois essas vivem com a renda financeira do esposo geralmente.

Durante a pesquisa, na questão financeira, foi considerada a renda familiar, pois do contrário ficaria incoerente, uma idosa com aposentadoria de três salários mínimos, morar em uma grande casa, com piscina, no melhor bairro da cidade.

A saúde, na visão dos próprios idosos, estava “ótima” em 7,(35%), dos idosos institucionalizados e 3,(15%), dos idosos não institucionalizados. A categoria “boa” aparece igualmente em 4,(20%), dos idosos institucionalizados e 4,(20%), dos idosos não institucionalizados. A resposta “regular” aparece 9,(45%), dos idosos institucionalizados e 11,(55%), dos idosos não institucionalizados. A resposta “Má” e “Péssima” aparece apenas nos idosos não institucionalizados com 1,(5%), em cada uma delas e nos idosos institucionalizados essa resposta teve frequência zero.

Sobre a solidão, entre os idosos não institucionalizados, 2,(10%), afirmam ter tal sentimento e nos idosos institucionalizados, 3,(15%).

Quanto à questão sexual na terceira idade foram encontrados resultados distintos. Dos idosos institucionalizados, 17,(85%); afirmam não mais manterem relações sexuais e os 3,(15%), restantes dizem nunca terem tido. Nos idosos institucionalizados, 9,(45%), referem ter relações sexuais semanalmente e 11,(55%), afirmam não terem mais relações sexuais.

Concordamos com Risman(1995) sobre a questão de educação repressora principalmente da mulher que, quando não tem parceiros sexuais dificilmente os procura, sendo este provavelmente o caso das idosas institucionalizadas, além do fato de a instituição proibir envolvimento sexuais

naquele local. Apesar dos idosos não institucionalizados terem em sua maioria parceiros (maridos e esposas), 11,(55%), desses afirmam não terem mais relações sexuais. Novamente Risman (1995) parece ter razão ao sugerir que o homem não sabe lidar com as diferenças que vão ocorrendo em sua vida sexual e passa a evitar tal situação.

Questionamos neste estudo qual seria a forma para as pessoas lidarem melhor com as modificações fisiológicas inerentes ao processo do envelhecimento. Seria importante e necessário um trabalho preventivo neste sentido durante a trajetória de vida das pessoas de forma geral? Acreditamos que seria um trabalho a ser feito não só na Instituição, visto que 11,(55%), dos idosos não institucionalizados também não praticam relações sexuais.

Observamos a importância de pensarmos no perfil de Instituição Asilar que queremos para o século XXI. Será importante que, neste espaço institucional, se tenha a possibilidade de haver namoros, pois este fato está diretamente ligado a prazer e criatividade, forçando o idoso a conservar bom humor, asseio e capricho na vestimenta, melhorando sua auto-estima e auto-imagem.

Interrogamos também os idosos sobre seus conflitos familiares, se os tinham e com que intensidade os sentiam 11,(55%), dos idosos institucionalizados responderam que não tinham nenhum conflito e 6(30%) dos idosos não institucionalizados deram a mesma resposta. "Um pouco de conflito" foi a resposta de 3,(15%), dos idosos institucionalizados e de 12,(60%), dos idosos não institucionalizados. A resposta "moderados conflitos" foi de 3,(15%), dos idosos institucionalizados e de 2,(10%), dos idosos não institucionalizados. "Bastantes e demasiado conflitos" apareceram somente nos idosos institucionalizados com 2,(10%), e 3,(15%), respectivamente nas respostas. Observamos um predomínio dos idosos institucionalizados que se sentem sem conflitos 11,(55%), e 8,(40%), dos idosos não institucionalizados que se sentem e com um pouco de conflitos.

comportando Com 12,(60%), dos idosos institucionalizados sem conflito familiares, esbarramos no preconceito, pois é difícil imaginarmos um idoso morando só numa instituição tendo familiares com os quais não possua tensões, conflitos ou desentendimentos. Será um mecanismo de defesa de negação para suportar com maior facilidade a institucionalização? Ou uma dificuldade de verbalizar sentimentos tão íntimos?

Ao perguntarmos aos idosos institucionalizados quais eram os prós, contras, sugestões e soluções para a instituição que viviam, obtivemos os seguintes dados: 1,(5%), apontam como "prós" todos os idosos serem tratados igualmente sem distinção por religião, apesar de a instituição ser coordenada por pessoas espíritas, 3,(15%), elogiaram a alimentação e dinâmica da instituição que compreende palestras diárias de vários conteúdos, fisioterapia diária, canto, passeios, etc., 2,(10%), gostam da instituição porque pagam pouco para lá morarem; 1,(5%), acham que o melhor da instituição é o aparelho Turbilhão de fisioterapia, 3,(15%), apontam como dificuldade ou "contras", da instituição o difícil relacionamento entre os internos. Não expressam opinião nem sugestões 5,(25%). Trouxeram como sugestões a contratação de um médico para a instituição 4,(20%). Não se queixaram da instituição mas sim dos baixos salários dos aposentados 1,(5%).

Sinal prático de bom resultado deste estudo foi a Instituição Mansão Ismael contratar um médico a partir de Agosto/1996, após a aplicação dos questionários (Junho/1996) e termos comunicado a coordenação que a única queixa referente à instituição era esta.

Ao trabalharmos com os idosos institucionalizados e com os não institucionalizados, verificamos quatro tipos distintos de conceito a respeito do envelhecimento. O primeiro, com a maior porcentagem em ambos os grupos, foi o de Envelhecimento ligado ao Curso de Vida, com 60% do total de respostas nos idosos institucionalizados e também nos idosos não institucionalizados. Agrupamos nesta categoria todas as respostas que concebessem o envelhecimento como algo natural, fazendo parte do desenvolvimento humano,



comportando simultaneamente ganhos e perdas. Não encontramos correlações entre morar no lar ou na instituição para essa definição.

Os resultados obtidos confirmam Neri(1995), segundo a qual envelhecer satisfatoriamente depende do delicado equilíbrio entre as limitações e as potencialidades do indivíduo, o qual lhe possibilita lidar com diferentes graus de eficácia, com as perdas inevitáveis do envelhecimento. A autora nos mostra que no idoso a existência das perdas é compensada por alguma forma de ganho, como, por exemplo, a qualidade dos julgamentos que tendem a ser mais abertos e relativos comparando-se ao de pessoas mais jovens, tendo ambos o mesmo nível educacional.

Nos depoimentos encontramos idosos que deixavam registradas as perdas e os ganhos que obtiveram neste período da vida. Referiram-se aos filhos que cresciam e não mais ficavam com seus pais, mas traziam mais vidas nesta relação que, a partir de então, compreendia genros, noras e netos. Os idosos falaram das perdas físicas principalmente, mas, concomitantemente, diziam dos ganhos emocionais às vezes citados como “ganhos espirituais”, adquiridos com as experiências de vida que só possui em boa quantidade quem envelhece.

Foram encontrados idosos também nesta categoria (Curso de Vida) que definiram envelhecimento como algo natural que acontece desde o momento que nascemos, sendo que já foi citado em “aos idosos (1991)” como uma etapa do desenvolvimento humano que se inicia no momento a união do óvulo com o espermatozóide.

Neri (1995), quando cita as Proposições da Teoria de Curso de Vida sobre o Desenvolvimento, constata que a proporcionalidade entre os ganhos e as perdas no desenvolvimento sofre alterações ao longo do curso de vida e que na infância preponderam ganhos e, na velhice, as perdas. Nas falas dos idosos do presente estudo percebemos um certo temor de focalizar mais diretamente as perdas. Assim, talvez como mecanismo de defesa, ao se referirem a alguma perda ou ameaça da mesma, sempre referiam que, “apesar” de tais dificuldades, no momento estavam bem.

Talvez essa aparente coincidência na porcentagem das definições de envelhecimento ligado ao Curso de Vida se explique através de uma proposição de Neri (1995, p.35) a respeito de velhice bem-sucedida numa perspectiva de Curso de Vida, que diz o seguinte:

O envelhecimento é uma experiência heterogênea, dependente de como cada pessoa organiza seu curso de vida, a partir de suas circunstâncias histórico-culturais, da incidência de diferentes patologias durante o envelhecimento normal e da interação entre fatores genéticos e ambientais, sendo desta forma independente do local atual em que se mora.

Encontramos também uma segunda categoria para conceituar Envelhecimento, onde as respostas valorizaram a independência nas atividades diárias, a manutenção da autonomia, sendo vistos como “velhos” os que dependessem dos outros e “velhice” as limitações que vão se impondo às pessoas. Essas definições lembram Kalache et al (1987) que destacam a importância da capacidade funcional para manutenção da autonomia e qualidade de vida. As respostas apareceram sob duas formas: a primeira com os idosos dizendo não se sentirem velhos, pois conseguiam fazer todos os serviços necessários, saíam e se cuidavam sozinhos e a segunda afirmando o quanto era difícil depender dos outros ou apresentar alguma limitação que dificultasse seu dia-a-dia. Dos idosos institucionalizados 3,(15%), apresentam essa visão e dos idosos não institucionalizados 6,(30%). Um grande medo dos idosos não institucionalizados é o de depender de alguém, pois até a coleta destes dados, nenhum deles era dependente para alguma atividade diária. Na instituição, 2,(10%), dos idosos sentiam-se limitados devido à necessidade de óculos de elevado grau e dificuldade para deambulação; outro, apesar de também possuir alguma limitação no caminhar, não a sente da mesma forma, percebendo o limite como algo natural desta fase do desenvolvimento humano.

Encontramos uma outra definição de Envelhecimento que o correlaciona diretamente com os aspectos emocionais, ou seja, a forma como cada um vivencia e sente esta fase do desenvolvimento humano. Os idosos

acreditam que até jovens que não conseguem organizar bem sua vida emocional ou que possuam muitos pensamentos depressivos destrutivos são velhos. Desta forma, mesmo os idosos tendo setenta ou oitenta e poucos anos mas estando com humor e afeto adequados ou vivendo satisfatoriamente, apesar da idade, não se sentem velhos. Nas definições dadas, será que poderíamos pensar em uma fantasia não expressa de que velho, para eles, são os que não produzem, não constroem, não têm objetivo de vida? Observemos a frase de uma idosa institucionalizada de 74 anos: "Envelhecimento é a cuca da gente que faz, se a gente acha que está velho está, mas eu não estou, tô andando, costurando, tô feliz da vida! Então eu acho que não sou velha". Novamente os resultados foram parecidos, pois dos idosos institucionalizados 3,(15%), e dos idosos não institucionalizados 2,(10%), percebem o envelhecimento desta maneira.

As vantagens de se ter trabalhado com grupos já existentes na comunidade é que os mesmos refletem a realidade, não foram criados artificialmente para a pesquisa.

A faixa etária que, em média, é de 10 anos a mais nos idosos institucionalizados, prevalecendo nesses a idade de 70 a 79 anos e nos idosos não institucionalizados dos 60 a 69 anos, trouxe ao estudo ganhos. Considera-se como ganho saber que, independentemente de idade, 60% dos idosos de cada grupo concebem o envelhecimento da mesma forma. Esses idosos conceituaram o envelhecimento como algo natural, mais uma fase da vida e focalizaram seus ganhos e perdas.

A maior discrepância na definição do envelhecimento foi verificada em 10%, (2), dos idosos institucionalizados, que deixam claro que não deveria existir envelhecimento. Dois aspectos foram observados nesses depoimentos: a dificuldade de lidar com a retrospectiva que se faz da vida na velhice: "Eu não pensava na velhice, já ganhei bem na vida, poderia ter guardado dinheiro e nunca guardei". "Nunca fiz planos, senão poderia ter comprado até um apartamento". Outro aspecto é a dificuldade em aceitar a realidade - velhice em uma instituição - pois ambos os depoimentos referem com pesar a impossibilidade de se manterem

sozinhos morando em uma casa onde se tenha como despesas básicas aluguel, água, luz e alimentação pelo o salário insuficiente para tal.

Consideramos que 90%, (18), dos idosos institucionalizados lidam com maior facilidade com o fato de morar em instituição e acreditamos ser este um fator interno que esteja ligado à capacidade ou à tolerância à frustração, conforme Capisano (1973) a respeito de vivenciar satisfatoriamente a velhice ou o envelhecimento.

Gostaríamos de discutir neste momento o problema idoso com o seu local de moradia, ou seja o lar X a instituição. Não temos dúvida de que o melhor lugar para o idoso é junto de sua família, cercado de todo conforto, amor e carinho. Mas o que fazer quando isto não é possível, quando seus familiares passam o dia fora trabalhando e o idoso, às vezes, com dificuldade em sua autonomia permanece inerte e solitário o dia todo? Quando a instituição passa a ser uma boa opção e quando é nociva ao idoso?

Concordamos com Canineu que, em 1996, afirmou como vantagem da institucionalização a regularidade na alimentação e na assistência médica, um maior convívio com pessoas da mesma idade e com realidades semelhantes à sua, possibilidades de atividades de lazer, passeios, ginástica e talvez a maior vantagem-a perda da preocupação com a automanutenção. Para a família, principalmente as carentes, a vantagem seria a menor despesa financeira e maior facilidade nos trabalhos domésticos.

As desvantagens entretanto, aparecem também em grande número e Canineu, durante o Curso de Geriatria em 1996, também as citou iniciando com o fato de o idoso ficar longe da família, propiciando sensação de perda dupla, para o idoso e para os familiares, dificuldades de adaptação, ociosidade, ruptura com o mundo exterior, com a realidade atual, distúrbios de comportamento transitórios, diminuição da resistência imunológica, havendo, portanto, maiores possibilidades de doenças orgânicas, desentendimento entre familiares e falta de fiscalização dos Municípios do Estado.

ser donas. Por um lado cita-se a perda de preocupação com a automanutenção e, por outro, a ruptura com o mundo externo ou com a realidade. Estamos diante de um impasse, pois, se para o idoso preocupar-se com o dia-a-dia, com seus familiares, com os baixos salários da aposentadoria, é muito difícil e sofrido, ainda assim o obriga a estar atualizado, reivindicar seus direitos, exercer sua cidadania. Estar na “tranquilidade” de uma instituição faz o idoso despreocupar-se do que fazer, do que comer, pois o pagamento da mensalidade lhe garante esses benefícios, embora não o faça refletir ou pensar o que seria mais apetitoso para o almoço ou jantar, também lhe tira a possibilidade de convívio diário com seus familiares sejam este filhos, netos, sobrinhos etc.

No sentido Lar X Instituição, embora não tenhamos respostas prontas, percebemos que aprendemos muito com nossos sujeitos idosos. Há pessoas que estão na Instituição por opção, fazem atividades fora dela, passeiam e viajam. Outras, ao contrário, verbalizam que lá estão devido à precária situação financeira, sendo, portanto, a única forma de terem suas necessidades básicas satisfeitas, cuidados e assistência médica. Desta forma, pensar a respeito da institucionalização só é possível de forma individual. Só conseguiremos perceber quando a instituição é uma boa escolha a partir do estudo da realidade familiar, social e econômica do idoso e levarmos em conta os aspectos biológicos e psicológicos envolvidos. Parece-nos que somente desta forma pode-se estabelecer um critério, no sentido de enumerar vantagens e desvantagens de qualquer uma das escolhas.

Acreditamos ser necessário pensar sobre as instituições, sobre o que haverá de bom para se fazer por elas. É de nossa responsabilidade pensarmos, estudarmos sobre melhores modelos para essas instituições. Afinal a vida passa tão rapidamente que de repente, o amanhã vira hoje. Como estará nosso país daqui a 20 ou 30 anos? Não demora muito e nós seremos os idosos. Como seremos e como nos sentiremos caso delas necessitemos?

Temos consciência de que outras populações idosas deveriam ser estudadas como aquelas que formam um grande grupo e que têm como função

ser donas de casa, esposas, mãe e avós. Como se sentem e como percebem a sua trajetória de vida, o seu envelhecimento?

Como o conceito sobre o envelhecimento não é estático, talvez a melhor forma de torná-lo cada vez mais positivo seja investir na educação dessa população seja através de cursos, de grupos, pela mídia, procurando levá-la a uma melhor qualidade de vida.

Neste espaço talvez seja importante falar do que não foi respondido e nem estudado, pois acredita-se ser esse o caminho da ciência.

Além dos dois grupos estudados, como vivem o restante dos idosos? Como encaram os problemas e dificuldades do envelhecer? Do aposentar-se? Qual a situação atual do idoso no âmbito familiar?

Gostaríamos de ressaltar a importância da criança, que mensagem nos adultos lhe passamos sobre os velhos? E as escolas? Se ensinam à criança tantos fatos da vida e da atualidade, tais como educação sexual e a ecologia, porque não mostram a dificuldade de ser velho, de viver com o dinheiro da aposentadoria? De ser rejeitado pela família?

Durante todo o trabalho realizado não encontramos tanto a nível federal, estadual e municipal uma iniciativa específica voltada ao idoso, principalmente ao idoso de classes de baixa renda. Organismos como as secretarias estaduais e municipais voltam sua atenção quase que totalmente à infância e ignoram o velho. Sem entrarmos no mérito da importância deste trabalho voltado a infância e juventude gostaríamos de frisar a necessidade de que o idoso também fosse incluído neste universo de atenção.

Estas e muitas outras questões sobre o idoso e o envelhecimento estão lançados e devem necessariamente merecer a atenção dos pesquisadores da área.

Segundo Neri (1997), existe um caminho para esses ideais sociais que seria o investimento na divulgação de conhecimentos científicos, o que resultaria na formação de uma nova cultura sobre a velhice, mostrando outras possibilidades para a mesma.



ANZOLA PÉREZ, E., ed. *Enfermería gerontológica: conceptos para la práctica*. Washington: OPAS, 1993. 79p. (Série Pallex para ejecutores de programas de salud, n.31).

AOS IDOSOS com carinho. *Med. Soc.*, v.8, n.66, p.10-12, 1991.

ASSUNÇÃO FILHO, A. O normal e o patológico no idoso: como avaliar. *Neurobiologia*, v.53, n.1/2, p.5-12, 1990.

BALTES, P.B., REESE, H.W., LIPSITT, E.P. Life-span developmental psychology. *Ann. Rev. Psychol.*, v.31, p.65-110, 1980.

BARROS LAZAETA, C. Aspectos sociales del envejecimiento. In: ANZOLA PÉREZ, E. *La atención de los ancianos: un desafío para los años noventa*. Washington: OPS, 1994. p.57-66.

BEAUVOIR, S. A velhice. Rio de Janeiro: **7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

BERQUÓ, E.S., LEITE, V. M. Algumas considerações sobre a demografia da população idosa no Brasil. *Ciência Cult.*, v.40, n.7, p.679-688, 1988.

BOECHAT, N.S. Institucionalização. *Arq. Geriatr. Geront.*, v.0, n.0, p.58-60, 1996.

BORN, T., ABREU, G. M. G. O cuidado ao idoso em instituição de longa permanência. *Gerontologia*, v.4, n.4, p.7-14, 1996.

BOSI, E. *Memória e sociedade: lembranças de velha*. 3.ed. São Paulo: Companhia das Letras, 1994, 484p.

ANZOLA PÉREZ, E., ed. **Enfermaria gerontologica: conceitos para la practica.** Washington: OPAS, 1993. 79p. (Série Paltex para ejecutores de programas de salud, n.31).

BRUNS, M.A.T., ABREU, A.S. O envelhecimento: o dilema humano.

AOS IDOSOS com carinho. **Med. Soc.**, v.8, n.66, p.10-12, 1991.

ASSUNÇÃO FILHO, A. O normal e o patológico no idoso: como avaliar. **Rev. Neurobiologia**, v.53, n.1/2, p.5-12, 1990.

BALTES, P.B., REESE, H.W., LIPSITT, L.P. Life-span developmental psychology. **Ann. Rev. Psychol.**, v.31, p.65-110, 1980.

Profissionais ABOP, v.1, n.1, p.5-33, 1997.

BARROS LAZAETA, C. Aspectos sociales del envejecimiento. In: ANZOLA PÉREZ, E. **La atención de los ancianos: un desafio para los años noventa.** Washington: OPS, 1994. p.57-66.

BEAUVOIR, S. **A velhice.** Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990. 711p.

CHELALA, C.A. La salud de los ancianos: uma preocupação de todos.

BERQUÓ, E.S., LEITE, V. M. Algumas considerações sobre a demografia da população idosa no Brasil. **Ciênc. Cult.**, v.40, n.7, p.679-688, 1988.

COHEN, C., LOUZÃ, J.R. Estudo de avaliação da depressão em idosos. **RBM**

BOECHAT, N.S. Institucionalização. **Arq. Geriatr. Geront.**, v.0, n.0, p.58-60, 1996.

ELSEN, I., SANTOS, L.L.C., GONÇALVES, L.H.T. Significado do envelhecimento.

BORN, T., ABREU, C. M. G. O cuidado ao idoso em instituição de longa permanência. **Gerontologia**, v.4, n.4, p.7-14, 1996.

BOSI, E. **Memória e sociedade: lembranças de velho.** 3.ed. São Paulo: Companhia das Letras, 1994, 484p.



BRANDÃO, H. São Paulo dá exemplo com o trabalho do GAPI. In: _____. **Guia brasileiro da 3ª idade**. São Paulo: HB, s.d. p.22-25.

BRUNS, M.A.T., ABREU, A.S. O envelhecimento: o dilema humano.

Gerontologia, v.2, n.4, p.188-190, 1994.

BRUNS, M.A.T. O envelhecimento: essa incontornável realidade humana. **Rev.**

Viver Psicologia, ano 4, n.43, p.11-13, 1996.

BRUNS, M.A.T., ABREU, A.S. O envelhecimento: encantos e desencantos da aposentadoria. **Rev. da Associação Brasileira de Orientadores**

Profissionais ABOP, v.1, n.1, p.5-33, 1997.

CAPISANO, H.F. Aspectos psicológicos da envelhecimento. In: SILVA, W.N.

Temas de clínica geriátrica. São Paulo, Fundo Editorial Bik-Prociencx, 1973. p.13-71.

CHELALA, C.A. **La salud de los ancianos**: uma preocupação de todos.

Washington: OMS/OPAS, 1992. 30p. (Comunicacion para la salud, n.3).

COHEN, C., LOUZÃ, J.R. Escala de avaliação de depressão em idosos. **RBM**

Rev. Bras. Med., v.47, n.9, p.414-416, 1990.

ELSEN, I., SANTOS, L.L.C., GONÇALVES, L.H.T. Significado do envelhecimento e da saúde para o idoso. **Rev. Ciênc. Saúde**, v.7/8, n.1/2, p.71-85,

1988/1989.

J. SCHULZ, R. A life-span theory of control. **Psychol. Rev.**

v.102, n.2, p.284-304, 1995.



FERRARI, M.A.C. **Geriatrics**: aspectos educacionais e de terapia ocupacional.

São Paulo, 1975. 93p. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.

FERRARI, M.A.C. Instituições que abrigam idosos: propostas de padrões mínimos para seu funcionamento. **Rev. Ter. Ocup.**, v.2, n.2/3, p.86-99, 1991.

FRAGA, M.N.O., DAMASCENO, R.N. Idoso: um ser que envelhece. **O Povo**, p.2-7, abr. 1987. Supl.

FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA.

Anuário estatístico do Brasil. Rio de Janeiro, 1991. 1024p.

GOMES, F.A., CURSINO, M.A., SEIBEL, S.D., FERNANDES, F.S., VELOSO, E.B. Aspectos psicossociais da terceira idade. **Ars. Cvrandi**, v.15, n.10, p.14-23, 1982.

GOMES, F.A.A., FERREIRA, P.C.A. **Manual de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: EBM, 1985. 361p.

GUIMARÃES, B. Envelhecer sem depressão. **O Estado de São Paulo**, São Paulo, 6 jun. 1993. Suplemento Feminino n.2067, p.14.

HADDAD, E.G.M. **A ideologia da velhice**. São Paulo: Cortez, 1986, 134 p.

HECKHAUSEN, J., SCHULZ, R. A life-span theory of control. **Psychol. Rev.** v.102, n.2, p.284-304, 1995.



HOMEM faz mais sexo que mulher na 3. idade. **O Estado de São Paulo**, São Paulo, 16 jun. 1996. Geral, p.A14.

KALACHE, A.; VERAS, R.P.; RAMOS, L.R. Envelhecimento da população mundial: um desafio novo. **Rev. Saúde Pública**, v.21, n.3, p.200-210, 1987.

KAPLAN, H.I., SADOCK, B.J., BREBB, J.A. Idade adulta tardia (velhice). In: _____. **Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997, p.73-84.

NERI, A.L., org. **Qualidade de vida e idade madura**. Campinas: Papirus, 1993.

KAPLAN, H.S. **A nova terapia do sexo**. 6.ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1974. 494p.

OMS. **Comitê de Expertos en Planificación de los Servicios Geriátricos**

LÉGER, J.M., TESSIER, J.F., MOUTY, M.D. **Psicopatologia do envelhecimento: assistência às pessoas idosas**. Petrópolis: Vozes, 1994. 296p.

QUEIROZ, L.R.S. **Estatística comprova aumento de idosos em São Paulo**. O

LOUZÃ NETO, M.R., LOUZÃ, S.P.R., COHEN, C., LOUZÃ, J.R. O idoso, as instituições totais e a institucionalização. **Rev. Paul. Hosp.**, v.34, n.7/9, p.135-142, 1986.

MARIN, M.J.S. **Levantamento de problemas dos pacientes idosos no momento da alta hospitalar**. Ribeirão Preto, 1995. 137p. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

PAULO. **Atividade sexual na terceira idade**. In: VERAS, R.P. **Terceira**

MASTERS, W.H., JOHNSON, V.E. **A inadequação sexual humana**. Rio de Janeiro: Roca, 1985. 364p.



MORLEY, J.E., KAISER, F.E. Função sexual com o avanço da idade. **Clin. Méd. Am. Norte**, v.6, p.1625-1637, 1989.

NERI, A.L. Atitudes em relação à velhice: evidências de pesquisas no Brasil. **Gerontologia**, v.5, n.3, p.130-139, 1997.

NERI, A.L., org. **Psicologia do envelhecimento**: temas selecionados na perspectiva de curso de vida (Viva idade). Campinas: Papirus, 1995. 276p.

NERI, A.L., org. **Qualidade de vida e idade madura**. Campinas: Papirus, 1993. 285p.

OMS. Comité de Expertos en Planificación de los Servicios Geriátricos. **Planificación y organización de los servicios geriátricos**: informe de um comité de expertos. Ginebra, 1974. 51p. (Série de informe técnicos, n.548).

QUEIROZ, L.R.S. Estatística comprova aumento de idosos em São Paulo. **O Estado de São Paulo**, São Paulo, 15 jul. 1996. Geral, p.A14.

QUEIROZ, Z.P.V. **O mundo da saúde**. v.21, n.4, p.204-207, 1997.

RAMOS, L.R., VERAS, R.P., KALACHE, A. Envelhecimento populacional: uma realidade brasileira. **Rev. Saúde Pública**, v.21, n.3, p.211-224, 1987.

RISMAN, A. Atividade sexual na terceira idade. In: VERAS, R.P. **Terceira idade**: um envelhecimento digno para o cidadão do futuro. Local: Relume Dumará/UNATI/UERJ, 1995. p.49-64.



ROZOESTRATEN, R.J.A. Aprendizagem e comportamento no transito. Cap.7.

In: WITTER e J.F.B. Lomônaco (orgs), Psicologia da aprendizagem. Áreas de aplicações. EPV., São Paulo (1987).

SALGADO, M.A. **Velhice**: uma nova questão social. São Paulo: SESC/CET, 1980. 134p.

SANTOS, M.F.S. **Identidade e aposentadoria**. São Paulo: EPU, 1990, 80 p.

SCHNABI, S. **Amor e sexualidade**: da infância à 3ª Idade. Lisboa, Século XX, 1981, 216 p.

SKINNER, B.F., VAUGHAN, M.E., **Viva bem a velhice**: aprendendo a programar sua vida. São Paulo: Sumus, 1985, 141 p.

THORNTON, E.W. Promotion of health in old age. In: BROCKLEHURST, J.C., TALLIS, R.C., FILLIT, H.M., eds. **Text book of geriatric medicine and gerontology**. 4 ed. Edinburg, Churchill Livingstone, 1992, cap. 80, p.1021-1028.

VARGAS, H.S. Equilíbrio psicológico do idoso. **Geriatr. Sint.**, v.2, n.1, p.11-14, s.d., 1985.

VERAS, R.P. **País jovem com cabelos brancos**: a saúde do idoso no Brasil. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1994. 224p.

VERAS, R.P., RAMOS, L.R., KALACHE, A. Crescimento da população idosa no Brasil: transformações e consequências na sociedade. **Rev. Saúde Pública**, v.21, n.3, p.225-233, 1987.



VERAS, SOUZA, C.A.M., CARDOSO, R.F., MILIOLI, R., SILVA, S.D.

Pesquisando populações idosas: a importância do instrumento e o treinamento da equipe: uma constituição metodológica. **Rev. Saúde Pública**, v.22, n.6, p.513-518, 1988.

WAGNER, E.C.A.M. Velhos e sociedade: um confronto entre visões recíprocas de moradores da cidade de São paulo. **Gerontologia**, v.4, n.1, p.19-26, 1996.

WALDON, V.R. A aprendizagem na velhice. **Rev. Gaucha Enfermagem**, v.3, n.1, p.71-80, 1981.

8. ANEXOS



ANEXO - I

SUBSIDIOS PARA ELABORAÇÃO DE NORMAS
E PADRÕES PARA FUNCIONAMENTO
DE ESTABELECIMENTOS QUE ABRIGUEM
IDOSOS

8. ANEXOS


CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA


FACULDADE DE MEDICINA
DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO

ANEXO - I

**SUBSÍDIOS PARA ELABORAÇÃO DE NORMAS
E PADRÕES PARA FUNCIONAMENTO
DE ESTABELECIMENTOS QUE ABRIGUEM
IDOSOS**

CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA

SUBS-SP
SERVIÇO DE SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO
BOITACOS DE SÃO PAULO



**SUBSÍDIOS PARA ELABORAÇÃO DE NORMAS E PADRÕES PARA
FUNCIONAMENTO DOS ESTABELECIMENTOS QUE ABRIGUEM IDOSOS**

SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE
DR. JOSÉ ARISTODEMO PINOTTI

DIRETORA TÉCNICA DO CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA
ENIR GUERRA MACÊDO DE HOLANDA

DIRETOR DA DIVISÃO TÉCNICA DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE
DR. IVOMAR GOMES DUARTE

DIRETOR DO GRUPO TÉCNICO MÉDICO-HOSPITALAR
DR. ANTONIO PIRES BARBOSA

Redação final e revisão do texto

Elizabeth Hamano

Leura Cristina Pimentel Dumbauld

Capa

Eduardo Dalton Freire

**CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA – SUDS-SP
1989**



APRESENTAÇÃO

A questão da idade – especialmente os aspectos relativos à proteção da sua saúde e à oferta de serviços condizantes com as características físicas e psico-sociais dessa faixa etária – vem sendo tratada tanto no âmbito das instituições quanto no âmbito das entidades da sociedade civil.

GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO**ORESTES QUÉRCIA – Governador****SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE****DR. JOSÉ ARISTODEMO PINOTTI****DIRETORA TÉCNICA DO CENTRO DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA****ENIR GUERRA MACÊDO DE HOLANDA****DIRETOR DA DIVISÃO TÉCNICA DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE****DR. IVOMAR GOMES DUARTE****DIRETOR DO GRUPO TÉCNICO MÉDICO-HOSPITALAR****DR. ANTONIO PIRES BARBOSA****Redação final e revisão do texto****Elizabeth Hermano****Laura Cristina Pimentel Dumbra****Capa****Eduardo Dalton Prete**

ELABORAÇÃO

APRESENTAÇÃO

A questão do idoso – especialmente os aspectos relativos à proteção de sua saúde e à oferta de serviços condizentes com as características físicas e psico-sociais dessa faixa etária – vem sensibilizando tanto os organismos públicos como as entidades da sociedade civil.

O Centro de Vigilância Sanitária – CVS, entre cujas prioridades inclui-se a de contribuir para a eficácia dos serviços relacionados à saúde, inclusive estabelecendo normas e padrões reguladores da qualidade desses serviços, não poderia ausentar-se deste empenho coletivo em favor do idoso.

É nesse sentido que se coloca a edição do presente documento, que representa o esforço conjunto de técnicos sanitaristas e representantes de entidades civis. Ele corresponde, também, às propostas da Secretaria de Estado da Saúde, quanto à revisão das normas de vigilância sanitária e às mudanças no modelo de assistência à saúde coletiva.

Albertina José da Costa Filho	– Confederação Brasileira dos Aposentados e Pensionistas
Prof. Antonio Jordão Netto	– Secretaria Estadual de Saúde
Cecília Pedro M. de Souza	– Fórum Nacional de Idosos
Helena Maria Rogh F. Marcucci	– Fórum Nacional de 3ª Idade
José Luis da Silva Ferraes	– Grupo Assistencial Pró-Auxílio – Guarulhos
Prof.ª Maria Auxiliadora M. Ferrari	– Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia
Irma Maria Luiza Nogueira	– Associação Luiza de Marillac – São Paulo
Groxina Aparecida Costa	– Grupo Assistencial Pró-Auxílio – Guarulhos
Irma Maria Teresa Nolasco	– Cidade dos Velhinhos – São Paulo
Zelly P. Vasconcelos de Gueiros	– Legião Brasileira de Assistência

27 de setembro, Dia Nacional do Idoso

Colaboração

Rachel Helena de Paula Leite	– SES-CVS-SERSA-GTAMH
Elizabeth O. Painter	– SES-CVS-SAMA
Silvana Maria Sandoiro	– Grupo Assistencial Pró-Auxílio – Guarulhos
Tânia Sandoiro Ferraes	– Grupo Assistencial Pró-Auxílio – Guarulhos
Hermelinda Bordinhon	– Conselho Regional do Idoso da Sociedade Sanista

SIGLAS

- SES – Secretaria de Estado da Saúde
- CVS – Centro de Vigilância Sanitária
- GTAMH – Grupo Técnico Médico-Hospitalar
- SERSA – Divisão de Vigilância Sanitária dos Serviços de Saúde
- SAMA – Divisão de Ações sobre o Meio Ambiente
- ERSA-3 – Escritório Regional de Saúde

ELABORAÇÃO

Equipe Técnica

Elzira Vilela	- SES-CVS-SERSA-GT3/MH
Laura Cristina Pimentel Dumbra	- SES-CVS-SERSA-GT3/MH
Lúcia Massae Nakano	- SES-CVS-SERSA-GT3/MH
Marla Célla Guerra Medina	- SES-GEPRO DO IDOSO
Maura Regina Pino	- SES-CVS-SERSA-GT3/MH
Roberto Moreira	- SES-ERSA-3
Vicente Mandia	- SES-CVS

Entidades

Albertino José da Costa Filho	- Confederação Brasileira dos Aposentados e Pensionistas
Prof. Antonio Jordão Netto	- Secretaria Estadual da Promoção Social
Cecília Pedro M. de Souza	- Fórum Nacional da 3ª Idade
Helena Maria Rogê F. Marcucci	- Fórum Nacional da 3ª Idade
José Luiz da Silva Ferrante	- Grupo Assistencial Pró-Auxílio - Guarulhos
Profª Marla Auxiliadora M. Ferrari	- Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia
Irmã Maria Luíza Nogueira	- Associação Luíza de Marillac - São Paulo
Orozina Aparecida Costa	- Grupo Assistencial Pró-Auxílio - Guarulhos
Irmã Maria Tereza Notarnicola	- Cidade dos Velhinhos - São Paulo
Zelly P. Vasconcelos de Queiroz	- Legião Brasileira de Assistência

Colaboração

Rachel Helena de Paula Leite	- SES-CVS-SERSA-GT3/MH
Elizabeth O. Palmieri	- SES-CVS-SAMA
Silmara Maria Seminário	- Grupo Assistencial Pró-Auxílio - Guarulhos
Tânia Seminário Ferrante	- Grupo Assistencial Pró-Auxílio - Guarulhos
Herminio Bordinhon	- Conselho Regional do Idoso da Baixada Santista

SIGLAS

- SES - Secretaria de Estado da Saúde
- CVS - Centro de Vigilância Sanitária
- GT3/MH - Grupo Técnico Médico Hospitalar
- SERSA - Divisão de Vigilância Sanitária dos Serviços de Saúde
- SAMA - Divisão de Ações sobre o Meio Ambiente
- ERS-3 - Escritório Regional de Saúde



ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO**2. TERMINOLOGIA****2.1. Estabelecimentos com Finalidade de Abrigo****2.2. Estabelecimentos com Finalidade de Assistência Médica****3. ORGANIZAÇÃO****3.1. Administração****3.2. Funcionamento****3.2.1. LICENÇAS****3.2.2. ADMISSÃO DE INTERNOS/RELAÇÃO MÍNIMA DE DOCUMENTOS****3.2.2.1. Livro de Registro dos Internos****3.2.2.2. Prontuário****3.2.2.3. Termo de Responsabilidade****3.2.2.4. Exame Médico****3.2.2.5. Entrevista de Admissão****3.2.2.6. Relatórios e Estatísticas****3.3. Medicamentos: Uso e Controle****3.4. Aspectos Éticos-Sociais****4. ÁREA FÍSICA****4.1. Circulação Externa****4.2. Circulação Interna****4.2.1. HORIZONTAL****4.2.2. VERTICAL****4.2.2.1. Escadas****4.2.2.2. Rampas****4.2.2.3. Elevadores e Monta-Cargas****4.3. Instalações Sanitárias****4.4. Comunicação, Ar Condicionado, Ventilação Mecânica, Proteção e Combate a Incêndio, Caldeiras, Instalações Elétricas e Hidráulicas****4.5. Tipos de Materiais de Construção e Acabamento****4.5.1. TETOS, PISOS E PAREDES****4.5.2. ESQUADRIAS****4.6. Lixo e Procedimentos de Limpeza****4.6.1. COLETA INTERNA****4.6.2. COLETA EXTERNA****4.6.3. LIMPEZA E HIGIENIZAÇÃO****4.7. Iluminação/Ventilação****4.8. Áreas Mínimas****4.9. Outras Especificações**

5. RECURSOS HUMANOS

5.1. Serviço de Apoio Administrativo

5.2. Serviço de Assistência Médica

5.3. Serviço de Enfermagem

5.4. Serviço de Nutrição

5.5. Serviço Social

5.6. Serviço de Psicologia

5.7. Serviço de Terapia Ocupacional

5.8. Serviço de Fisioterapia

5.9. Serviços de Apoio Técnico

5.10. Voluntários

5.11. Responsabilidades

6. RECURSOS MATERIAIS

6.1. Sistema de Administração de Materiais

6.2. Sistema de Contabilidade Gerencial e de Custos

6.3. Serviço de Manutenção

6.4. Serviço de Zeladoria

6.5. Serviço de Pessoal

6.6. Serviços Gerais

BIBLIOGRAFIA

ANEXOS

1. Estudo para Posto/Sala de Serviço/Sala de Curativos

2. Estudo para Lavanderia



1. INTRODUÇÃO

Em face das propostas atuais da Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo, principalmente no que concerne à revisão das normas de vigilância sanitária e às mudanças no modelo de assistência à saúde, e frente às constatações de funcionamento precário e inadequado das atuais instituições que abrigam idosos, o Centro de Vigilância Sanitária formou um grupo de trabalho com a finalidade de estudar e elaborar normas para o funcionamento desses estabelecimentos.

O grupo de trabalho foi designado oficialmente, sendo publicada sua formação no Diário Oficial do Estado, edições de 30/12/88 e 23/2/89, com a finalidade de:

- a) Coletar informações e efetuar visitas para verificar as condições presentes nas casas de repouso para idosos, existentes no Estado de São Paulo.
- b) Propor, estudar e estabelecer meios para a formalização de uma legislação referente ao funcionamento das casas de repouso para idosos.
- c) Propor as bases de uma programação permanente para a fiscalização dos referidos estabelecimentos, visando a uma ação uniforme dos SUDS-R.

Na composição do referido grupo de trabalho buscou-se, através da representação de entidades da sociedade civil com atuação voltada para o atendimento aos idosos, garantir os subsídios e informações de quem concretamente conhece o dia-a-dia do problema.

Após a normatização destas casas e instituições, ficarão sob a responsabilidade dos SUDS-R a fiscalização, a inspeção e a prestação da assistência complementar em cada instituição que abrigar idosos, enquadrando-as nas determinações normativas.

Os subsídios aqui apresentados foram elaborados levando-se em conta as peculiaridades bio-psico-sociais dos idosos, objetivando uma melhor adequação do ambiente em que estes são assistidos.

- ni Residências para idosos;
- ii Congêneras.

2.2. Estabelecimentos com Finalidade de Assistência Médica

São os estabelecimentos de saúde destinados a prestar assistência médica a cidadãos permanentes de enfermagem e idosos, em regime de internação ou não, por tempo indeterminado, que necessitem de assistência geriátrica contínua e serviços especializados de diagnóstico e tratamento, próprios ou mediante manutenção de convênios.

Podem apresentar-se como:

- a) Ambulatório Geriátrico;
- b) Centro-Dia Geriátrico ou Centro Diário Geriátrico (CDG/CDGG);
- c) Clínica Geriátrica;
- d) Hospital Geriátrico;
- e) Serviço de Geriatria em Hospital Geral;
- f) Serviço de Geriatria em Hospital Psiquiátrico.

2. TERMINOLOGIA

As instituições específicas para idosos funcionam sob diferentes denominações e desenvolvem suas atividades em locais físicos que dispõem de equipamentos para abrigar pessoas geralmente maiores de 60 anos, fisicamente independentes ou não, de ambos os sexos, sob regime de internato ou semi-internato, mediante pagamento ou não, durante um período indeterminado, e que dispõem de quadro de funcionários para atender as necessidades de alimentação, repouso, cuidados com a saúde, higiene e lazer dos internos e para outras atividades características da vida institucional.

Essas instituições classificam-se em: estabelecimentos com finalidade de abrigo e estabelecimentos com finalidade de assistência médica.

Com o presente texto objetiva-se estabelecer critérios mínimos para funcionamento dos estabelecimentos para idosos, com finalidade de abrigo. As instituições com finalidade de assistência médica deverão obedecer às normas estaduais e federais relativas a clínicas, hospitais e congêneres.

2.1. Estabelecimentos com Finalidade de Abrigo

São aqueles que fornecem hospedagem permanente e residência individual e coletiva, além de alimentação, cuidados de enfermagem em caráter permanente ou não, assistência à saúde de forma direta ou indireta, atividades ocupacionais e de lazer. Podem apresentar-se como:

- a) Abrigo;
- b) Asilo;
- c) Casa (dos Velhos, do Vovô, da Vovó, do Ancião, de Idosos etc.);
- d) Cidade (dos Velhos, dos Velhinhos etc.);
- e) Lar (dos Velhos, da Velhice, do Vovô, da Vovó etc.);
- f) Recanto (do Vovô, da Vovó, do Idoso, da Terceira Idade);
- g) Pensionato ou Pensão para Idosos;
- h) Residências para Idosos;
- i) Congêneres.

2.2. Estabelecimentos com Finalidade de Assistência Médica

São os estabelecimentos de saúde destinados a prestar assistência médica e cuidados permanentes de enfermagem a idosos, em regime de internação ou não, por tempo indeterminado, que necessitem de assistência geriátrica contínua e serviços complementares de diagnósticos e tratamento, próprios ou mediante manutenção de convênios.

Podem apresentar-se como:

- a) Ambulatório Geriátrico;
- b) Centro-Dia Geriátrico ou Centro Diurno Geriátrico (*Day Center*);
- c) Clínica Geriátrica;
- d) Hospital Geriátrico;
- e) Serviço de Geriatria em Hospital Geral;
- f) Serviço de Geriatria em Hospital Psiquiátrico.



3. ORGANIZAÇÃO

3.1. Administração

Toda instituição de assistência ao idoso deverá possuir um estatuto, um regimento interno e/ou contrato comercial, nos quais estejam explicitados os seus objetivos, a estrutura da sua organização e os níveis de responsabilidade.

As funções deverão ser caracterizadas pelo seu conjunto de atribuições e conferida a cada categoria profissional dentro da instituição. Os serviços existentes deverão ter suas próprias rotinas detalhadas preferencialmente em manuais de procedimentos.

3.2. Funcionamento

3.2.1. LICENÇAS

Todo estabelecimento deverá, obrigatoriamente, obter a licença para utilização concedida pela autoridade sanitária competente, após a aprovação do projeto para o fim a que se destina. A licença para o funcionamento será concedida após a vistoria realizada pela autoridade sanitária. Ambas as licenças serão instrumentadas pelos respectivos alvarás.

A licença de funcionamento será revalidada anualmente até 31 de março, devendo constar, do respectivo alvará, número de leitos da instituição, bem como o nome do responsável.

A licença de funcionamento poderá ser cassada pela autoridade sanitária a qualquer momento, desde que tenha sido infringida qualquer disposição normativa.

3.2.2. ADMISSÃO DE INTERNOS/RELAÇÃO MÍNIMA DE DOCUMENTOS

3.2.2.1. Livro de Registro dos Internos

O estabelecimento deverá manter um livro de registro dos internos, que será rubricado pela autoridade sanitária competente. Este livro deverá ter termo de abertura e de encerramento assinados pelo responsável e pela autoridade sanitária. Neste livro serão registradas todas as pessoas assistidas ou internadas, anotando-se, para estas, o nome completo, a idade e o sexo, bem como o nome, endereço e telefone para contatos de emergência, do responsável pelo idoso.

3.2.2.2. Prontuário

Deverá conter todos os documentos individuais, os dados de identificação (incluindo os sócio-econômicos e de saúde) e relatórios de saúde ou de situação especial.

Conterá, quando necessário, relatório periódico da evolução de vários tratamentos, bem como, se houver, listagem de convênios individuais do interno.

3.2.2.3. Termo de Responsabilidade

No momento da admissão, os familiares, responsáveis ou, ainda, um curador ou representante do poder público deverão assinar um termo de responsabilidade no qual o nível de detalhamento seja condizente com a complexidade da instituição.

3.2.2.4. Exame Médico

Por ocasião da admissão, todas as instituições deverão exigir, dos familiares ou responsáveis, relatório de antecedentes médicos do paciente, quando esse documento não for realizado na própria instituição.



3.2.2.5. Entrevista de Admissão

No momento da entrevista de admissão deverá ser fornecido aos familiares ou responsáveis pelo idoso, e ao próprio, um impresso com os dias e horários de visitas, horários da instituição, os direitos e deveres dos usuários, principalmente quanto ao uso dos serviços, equipamentos e instalações da instituição.

3.2.2.6. Relatórios e Estatísticas

Os relatórios indispensáveis que deverão ser produzidos pelas instituições dividem-se em:

a) Relatório dos internados: são documentos contendo dados de identificação, dados sócio-econômicos, dados de saúde dos internados, relatórios periódicos da evolução dos vários tratamentos e relatórios de situações especiais quando estas ocorrerem.

b) Relatórios administrativos: dependem do tamanho e da complexidade da instituição. No entanto, devem registrar os principais dados e fatos referentes aos recursos materiais e aos processos financeiros.

3.3. Medicamentos: Uso e Controle

Os medicamentos de qualquer tipo ou categoria deverão ser guardados em armários de metal ou de madeira providos de chaves. Tais armários deverão estar localizados em ambiente fresco e arejado.

Será vedado o uso de material transparente ou de vidro nas paredes dos armários destinados à guarda de medicamentos.

O uso de medicamentos sob controle especial somente poderá ser feito com a autorização de médico responsável pela instituição, ou de médico responsável pelo interno; a receita ou cópia será arquivada no prontuário do paciente.

O uso dos medicamentos psicotrópicos deverá ser registrado em livro apropriado, não se permitindo o estoque desses medicamentos, salvo a quantidade prescrita para uso individual.

3.4. Aspectos Éticos-Sociais

O idoso terá garantida a sua individualidade quanto a seus objetos de uso pessoal, vestuários, armários, cama, mesa de cabeceira e material de higiene.

O idoso será respeitado em sua liberdade e, para tanto:

- a) terá trânsito livre em todas as dependências da casa;
- b) terá direito de usufruto do amor físico e do companheirismo;
- c) terá direito de usufruir união matrimonial por sua livre iniciativa, independentemente da interferência da família ou de terceiros.

O idoso terá assegurado o direito de opinião na organização administrativa e funcional da casa (Conselho Interno de Gerenciamento e Assessoria).



4. ÁREA FÍSICA

Os estabelecimentos para abrigo de idosos deverão obedecer às normas gerais e específicas de edificações previstas no Decreto nº 12.342/78.

4.1. Circulação Externa

Os estabelecimentos que abriguem idosos deverão possuir, no mínimo, dois acessos independentes: um para serviços e outro para os pacientes.

4.2. Circulação Interna

4.2.1. HORIZONTAL

Os corredores de circulação para os idosos deverão possuir largura mínima de 1,20m (para estabelecimentos com até 30 leitos) e 1,50m (estabelecimentos até 150 leitos), não podendo ser os mesmos utilizados como salas de espera.

Todas as circulações internas do estabelecimento deverão possuir corrimão com as mesmas especificações previstas para as escadas.

4.2.2. VERTICAL

Somente serão permitidas escadas em construções existentes (regularizações) ou em edificações adaptadas, e desde que as mesmas obedeçam às exigências normativas.

As edificações novas deverão possuir rampas de acesso em todas as mudanças de nível, seja de um andar para outro, seja de uma dependência para outra.

4.2.2.1. Escadas

As escadas destinadas ao uso de pacientes deverão ter largura mínima de 1,20m (estabelecimentos até 30 leitos) e 1,50m (estabelecimentos até 150 leitos), dotadas obrigatoriamente de corrimão em ambos os lados, não devendo existir vão livre entre o piso dos degraus; deverão ser revestidas de material antiderrapante e de coloração uniforme, para que não causem dificuldade quanto à visualização. As escadas não poderão apresentar trechos em leque.

Os degraus não terão espelhos com mais de 0,14m. As variações possíveis deverão obedecer à fórmula: $0,60 \leq 2.e + p \leq 0,65m$.

Nenhum lance de escada deverá vencer mais que 2,00m sem patamar intermediário.

As escadas deverão, ainda, quando possível, possuir iluminação e ventilação natural e adequada, segundo o Decreto nº 12.342/78 (Código Sanitário), no que se refere a esses aspectos.

4.2.2.2. Rampas

As rampas não poderão apresentar declividade superior a 10%; deverão possuir piso antiderrapante e proteções laterais de ambos os lados, com as mesmas características previstas para escadas.

A largura das rampas utilizadas por idosos não será inferior a 1,50m. Serão permitidas rampas com 1,20m de largura no mínimo e declividade máxima de 15%, para uso exclusivo do pessoal de serviço, aplicando-se as normas relativas às rampas de idosos no que couberem.



O pé direito não será inferior a 2,00m em nenhum ponto da rampa.

Os patamares das rampas deverão possuir dimensão igual ou superior àquela adotada como largura e permitirão a parada temporária de macas e cadeiras de roda.

4.2.2.3. Elevadores e Monta-Cargas

Obedecerão às normas estabelecidas pela Portaria nº 400, do Ministério da Saúde, de 6 de dezembro de 1977.

4.3. Instalações Sanitárias

Os sanitários deverão ser separados por sexo, possuir acessos independentes e deverão estar, obrigatoriamente, equipados com barras de segurança a uma altura constante, tanto no lavatório como no vaso sanitário e no box do chuveiro. Nos boxes deverá haver espaço suficiente para banhos em posição assentada.

De ambos os lados do vaso sanitário deverão existir alças fixadas nas paredes para servirem de apoio no momento de sentar ou levantar.

No caso de as paredes laterais estarem afastadas do vaso sanitário (impossibilitando a colocação das alças), deverão ser colocados, de ambos os lados do vaso, apoios de ferro com angulação de 90°, fixados na parede posterior ao vaso sanitário.

Os lavatórios deverão ter, igualmente, uma barra para apoio na parede em frente.

Os compartimentos dos chuveiros deverão ter, ao longo de uma parede, uma barra de material resistente colocada horizontalmente, com espaço suficiente de apoio.

As portas dos sanitários deverão se abrir para fora, ou estar colocadas de forma a deixar vãos livres de 0,15m de altura na parte inferior e de 0,30m na parte superior; deverão ser dotadas de ferragens especiais para abertura, pelo lado externo.

As maçanetas das portas não deverão ser arredondadas ou em outro formato que dificulte a abertura das mesmas.

As bacias sanitárias deverão ter suas alturas aumentadas de 15cm em relação ao piso.

As banheiras de imersão só serão permitidas nas salas de fisioterapia. As instalações sanitárias, inclusive os vestiários e sanitários de uso exclusivo dos funcionários, deverão observar o Decreto nº 12.342/78, no que este for referente ao assunto.

4.4. Comunicação, Ar Condicionado, Ventilação Mecânica, Proteção e Combate a Incêndio, Caldeiras, Instalações Elétricas e Hidráulicas

Deverão ser obedecidas as normas técnicas da ABNT – correspondentes às instalações de água e esgoto –, o Decreto nº 12.342/78 – no que couber – e as normas específicas do Corpo de Bombeiros.

4.5. Tipos de Materiais de Construção e Acabamento

4.5.1. TETOS, PISOS E PAREDES

As paredes e tetos deverão ser perfeitamente lisos, sem frestas ou saliências que possam abrigar partículas, resíduos e sujidades; a pintura deverá ser feita com cores claras.



O acabamento do local para serviço de nutrição e dietética, copa e expurgos não deverá permitir frestas, saliências, cantos e aberturas que possam abrigar insetos, roedores e sujidades.

Não serão permitidas paredes de material inflamável para divisões de ambientes utilizados pelo idoso.

O piso dos corredores, passagens e circulações, bem como de todas as áreas utilizadas pelos idosos, inclusive instalações sanitárias, deverá ser de material lavável e antidegrapante.

4.5.2. ESQUADRIAS

As portas das dependências utilizadas pelo idoso deverão ter largura mínima de 0,80m, inclusive nos sanitários.

As janelas do serviço de nutrição e dietéticos, lavanderia, enfermagem e refatório deverão ser teladas, bem como as dos quartos sujeitos à entrada de mosquitos e outros insetos.

4.6. Lixo e Procedimentos de Limpeza

Todo o lixo deverá ser acondicionado em sacos plásticos apropriados, conforme Norma Técnica da ABNT.

O lixo deverá ser separado na própria unidade. O lixo séptico (restos de material de curativos, bandagens, seringas etc.) deverá ser acondicionado em sacos brancos leitosos (conforme Norma Técnica da ABNT).

Os materiais cortantes e perfurantes, tais como agulhas, lâminas etc., deverão ser acondicionados em recipientes resistentes e depois colocados em sacos apropriados.

4.6.1. COLETA INTERNA

Deverá ser previsto local para o lixo que aguarda remoção (sala de material sujo) em todas as alas/andares, dotado de piso liso e impermeável, ralo de esgoto, ventilação adequada, aberturas teladas e recipientes próprios para lixo. Quando a área da unidade/andar não ultrapassar 80m², este local poderá ser facultativo, e, neste caso, os resíduos poderão ser encaminhados diretamente à lixeira.

4.6.2. COLETA EXTERNA

Deverá ser prevista lixeira ou abrigo de lixo externo à edificação, para armazenamento dos resíduos até a coleta por serviço público.

O abrigo de lixo ou lixeira deverá possuir acesso impedido para insetos e animais. As aberturas deverão ser teladas; as portas não deverão possuir frestas e serão dotadas de chave, para que permaneçam fechadas até o momento da coleta; as superfícies internas, pisos e paredes deverão ser de material liso e resistente a lavagens; o piso deverá possuir calçamento adequado, com ralo ligado à rede de esgoto; o local deverá ser dotado de torneira de lavagem.

4.6.3. LIMPEZA E HIGIENIZAÇÃO

Todas as dependências deverão ser mantidas em perfeitas condições de higiene e asseio. Todos os produtos de limpeza, desinfecção e desinsetização deverão ser guardados em armários providos com chave, em compartimentos próprios.



4.7. Iluminação/Ventilação

Deverá ser observado o Decreto nº 12.342/78, naquilo que se referir ao assunto.

4.8. Áreas Mínimas

COMPARTIMENTO	ÁREAS MÍNIMAS (m ²)	
	até 30 leitos	até 150 leitos
Hall entrada/espera	25	40
Recepção	-	12
Sanitário para público (ambos os sexos)	2	2
Sala para administração (recepção, secretaria, chefia) ...	9	-
Sala para secretaria/contabilidade	-	24
Sala para diretoria	-	9
Sala para serviço social	-	9
Sala para Psicologia	-	9
Sala para entrevistas	9	-
Fisioterapia	-	40
Terapia Ocupacional	20	40
Consultório Médico e/ou Sala de Exames	p/50 leitos ou mais	9
Sala de Observação (1 leito)	-	9
WC anexo à Sala de Observação	-	3
Posto de Enfermagem/Sala de Serviços/Curativos	15m ² (estudo anexo) – Anexo 1	
Rouparia	4*	-
Sala para guarda de equipamentos	8*	-
Expurgo	9*	-
Depósito de material de limpeza	2*	-
Quarto 1 leito	8	8
Quarto 2 leitos ou mais		5m ² /leito
Sanitário anexo aos quartos contendo 1 bacia, 1 lavatório e 1 chuveiro	3	3
Sanitário para funcionários (ambos os sexos)	2*	-
Serviço de alimentação	Portaria nº 400 do Ministério da Saúde	
Almoxarifado	9	0,80m ² /leito
Área de estar/lazer (interna)		1m ² /leito
Abrigo para veículos	15	-
Vestiário para funcionários anexo aos chuveiros		0,35m ² /funcionário
Lavanderia (áreas p/ lavagem/secagem/rouparia/costura)	20	1,20m ² /leito
	(estudo anexo) – Anexo 2	

* Por unidade de 30 leitos, pavilhão ou andar.

4.9. Outras Especificações

As regras relativas à área física complementam-se com as seguintes disposições:

- os quartos deverão ter medida linear mínima de 2,50m.
- Nos quartos, o maior número de leitos permitido será seis.



- c) Será vedado o uso de camas tipo beliche ou camas de armar.
- d) Os pacientes sem condições de locomoção deverão contar, na cabeceira de seus leitos, com um botão de campainha ao alcance da mão.
- e) As unidades deverão ter, no máximo, 30 leitos. Deverão ser previstas, para cada unidade de 30 leitos: rouparia, sala para guarda de equipamentos, expurgo, depósito de material de limpeza e sanitários para funcionários.
- f) Dado às características das casas de repouso, o posto de enfermagem/sala de serviço/curativos poderão ser instalados em ambiente único, desde que este possua a área mínima prevista e também: duas bancadas distintas, uma para medicação e outra para curativos, lavatório, carro de curativos e carro de serviço (ver Anexo 1).
- g) O expurgo destina-se ao despejo de resíduos e à remoção de materiais provenientes dos internos (comadres etc.). Deverá possuir cuba de despejo, lavatório e recipientes para roupa suja e lixo.
- h) A sala para guarda de equipamentos destina-se a abrigar aparelhos, equipamentos e acessórios de uso eventual (suporte para soro, biombos, cadeira de rodas, macas etc.).
- i) Para a área destinada à Sala de Observação, poderá ser utilizado um quarto (leito), devendo este, porém, estar próximo ao posto de enfermagem.
- j) A proporção de sanitários e peças sanitárias para funcionários deverá obedecer ao Decreto nº 12.342/78, no capítulo referente a Normas Gerais dos Locais de Trabalho, e a proporção por leito, Capítulo IV, Seção II das Normas Específicas das Edificações, constantes no mesmo código.
- k) Será obrigatório que os chuveiros possuam instalações para fornecimento de água quente.
- l) A área para recreação e lazer externa deverá obedecer ao Decreto nº 12.342/78 do Código Sanitário; deverá, também, ser provida de bancos fixos em número suficiente para acomodar todos os internos, com cobertura ou proteção de árvores.
- m) Para Casas de Repouso de 30-150 leitos, a área de fisioterapia deverá possuir áreas específicas para: depósito, guarda de aparelhos, vestiários, sala e boxes para aplicação de massagens, de eletroterapia, de mecanoterapia etc. No cálculo do número de boxes deverá ser considerado um box para cada grupo de 15 a 20 internos.
- n) Os serviços de lavanderia poderão ser contratados de terceiros e deverão estar adequados à legislação sanitária estadual e federal.
- o) A sala para terapia ocupacional deverá conter pia com bancada, mesa grande para os trabalhos ali efetuados, armário para guarda de material e equipamentos ali manipulados e sanitário anexo ou próximo; excepcionalmente, poderão ser utilizadas, para essa atividade, as áreas da sala de estar ou do refeitório.
- p) O Serviço de Nutrição deverá obedecer, além do Código Sanitário (item referente a Estabelecimentos Comerciais), a Portaria nº 400 do Ministério da Saúde, no que couber.
- q) Os móveis e utensílios utilizados pelos idosos deverão ter, preferencialmente, os cantos arredondados; os móveis deverão estar dispostos de modo a não prejudicar a circulação dos idosos.



5. RECURSOS HUMANOS

5.1. Serviço de Apoio Administrativo

A estrutura das instituições de assistência ao idoso deverá incluir serviços de apoio administrativo, que se resumem na coordenação de recursos humanos, materiais e financeiros. Estes serviços compreendem: gerenciamento de pessoal, compras e almoxarifado, contabilidade, finanças, zeladoria, lavanderia, manutenção, comunicação e serviços gerais, e deverão ser dimensionados em conformidade com o número de leitos.

Essa estrutura deverá estar provida de pessoal qualificado e em número suficiente para atender a todos os setores subordinados à administração da instituição.

5.2. Serviço de Assistência Médica

As instituições de assistência ao idoso deverão contar com assistência médica própria ou conveniada, desde que atenda às necessidades dos internos em sua totalidade. As entidades sem fins lucrativos (filantrópicas) deverão ser assistidas por profissionais do SUDS-SP, nos termos do Programa Estadual de Atendimento ao Idoso.

5.3. Serviço de Enfermagem

As peculiaridades de cada uma das instituições, bem como o grau de dependência da clientela são fatores determinantes no dimensionamento qualitativo e quantitativo da assistência de enfermagem prestada ao idoso.

As instituições que abriguem clientela com alto grau de dependência, bem como aquelas com mais de 30 leitos, deverão ter no seu quadro de pessoal um enfermeiro contratado, responsável pelos cuidados de enfermagem prestados pela instituição.

As entidades sem fins lucrativos (filantrópicas) deverão ser assistidas por profissionais do SUDS-SP, nos termos do Programa Estadual de Atendimento ao Idoso.

A equipe de enfermagem se faz necessária, pois é ela que atenderá ao interno, promovendo o socorro necessário e imediato e aplicando, quando necessário, medidas urgentes de pronto atendimento, até que este receba atendimento médico.

O número de auxiliares de enfermagem deverá ser definido em função das peculiaridades de cada instituição, bem como do grau de dependência de sua clientela.

As instituições deverão observar atentamente a Lei Federal nº 7.498/86, de 26/6/86, principalmente seu artigo 23.

5.4. Serviço de Nutrição

O serviço de nutrição em instituições que abriguem idosos deverá estar sob responsabilidade de nutricionista profissional, de nível universitário, capacitado para atuar em todas as áreas nas quais a alimentação e a nutrição constituam fatores de promoção, manutenção e recuperação da saúde.

O nutricionista poderá ser contratado pela instituição. Caso haja a contratação de serviços de terceiros na área de nutrição, no ato da vistoria da instituição deverá ser exigido o contrato de prestação de serviços. As entidades sem fins lucrativos (filantrópicas) poderão ser assistidas por profissionais do SUDS-SP. As instituições deverão, ainda, prever cozinheira, copeira e ajudante de cozinha, de acordo com as necessidades.



5.5. Serviço Social

As instituições que abriguem idosos deverão contratar, para jornada determinada segundo suas necessidades, um assistente social.

As entidades sem fins lucrativos (filantrópicas) deverão ser assistidas por profissionais do SUDS-SP, nos termos do Programa Estadual de Atendimento ao Idoso.

A presença do assistente social nestas instituições se faz necessária, pois é este profissional que está qualificado para identificar as distorções que ocorrem nas relações sociais entre o indivíduo e o seu meio (família, trabalho, comunidade, sociedade). Caberá a ele elaborar diagnóstico social da pessoa idosa que procure uma instituição, bem como facilitar o processo de relacionamento interpessoal entre os internos, criando grupos de convivência social e propiciando, desta forma, a adaptação dos idosos às novas condições de vida.

5.6. Serviço de Psicologia

As instituições deverão contratar, para jornada condizente com suas necessidades, um psicólogo que preste assistência ao idoso neste âmbito. As entidades sem fins lucrativos (filantrópicas) deverão ser assistidas por profissionais do SUDS-SP, nos termos do Programa Estadual de Atendimento ao Idoso.

As atividades desenvolvidas por este profissional deverão estimular as potencialidades bio-psico-sociais dos idosos, bem como propiciar a aproximação entre parceiros, tendo em vista a realização afetiva, emocional e sexual dos mesmos. Caberá também a esse profissional estimular a participação dos idosos junto à comunidade, dentro e fora da instituição, como também promover seu entrosamento saudável de origem.

5.7. Serviço de Terapia Ocupacional

As entidades que abriguem idosos deverão ter um projeto terapêutico-ocupacional para os seus assistidos. Para tanto, deverão contar com um profissional de terapia ocupacional atuando dentro da instituição em período adequado às necessidades da mesma. As entidades sem fins lucrativos (filantrópicas) deverão ser assistidas por profissionais do SUDS-SP, nos termos do Programa Estadual de Assistência ao Idoso.

O profissional em terapia ocupacional terá como função primordial habilitar o idoso para que este possa desenvolver diferentes atividades cotidianas e outras complexas; deverá também, através de recursos como, por exemplo, a ludoterapia, instrumentalizá-lo para que se integre ao meio e à sociedade sem sentir-se inferiorizado, ou incapaz de exercer atividades afins com sua faixa etária.

5.8. Serviço de Fisioterapia

As instituições poderão contar com fisioterapeuta em seu quadro de pessoal, contratado para jornada determinada pelas mesmas. Não haverá obrigatoriedade de contratação deste profissional, desde que a instituição utilize o serviço de outras clínicas ou entidades afins.

A função do fisioterapeuta será a de manter o idoso o mais independente possível, estimulando a sua percepção corporal, prevenindo o agravamento das alterações normais de envelhecimento e atuando na cura e reabilitação das possíveis patologias.



5.9. Serviços de Apoio Técnico

Além dos já mencionados, as Instituições, de acordo com suas peculiaridades, poderão ter seu quadro de pessoal acrescido dos seguintes outros profissionais: dentista, advogado e professor de educação física. Poderá contar também com responsáveis por serviços religiosos.

5.10. Voluntários

As instituições que se utilizarem do trabalho de voluntários deverão fornecer treinamento básico para ação em geriatria e treinamentos específicos, conforme a área de atuação. Os voluntários deverão ter conhecimento dos objetivos e diretrizes das entidades onde se engajem. As instituições precisarão incluir, em seus regimentos internos, uma definição clara das funções dos voluntários, com atribuições das tarefas e situações destes dentro da hierarquia.

5.11. Responsabilidades

O Diretor e/ou Presidente e/ou Sócio Proprietário será o responsável pelo estabelecimento perante as autoridades sanitárias.

A responsabilidade técnica será definida de acordo com as funções técnicas efetivamente exercidas dentro da Instituição.

Por ocasião da solicitação de alvará de funcionamento, os responsáveis pelo estabelecimento deverão nominar os respectivos responsáveis técnicos pela assistência médica, pelo serviço de enfermagem (se houver), pelo serviço de nutrição e outros.

No caso de contratação de prestação de serviços técnicos de terceiros, deverão ser apresentados, por ocasião da vistoria, os respectivos contratos, nos quais constará a assumpção da respectiva responsabilidade técnica.

O SUDS-SP assumirá a responsabilidade técnica das entidades filantrópicas e sem fins lucrativos que não tenham recursos suficientes para fazê-lo.

5.5. Serviço de Pessoal

O serviço de pessoal exerce o controle dos recursos humanos em exercício na instituição.

Esse serviço deve:

a) agrupar o trabalho de mesma natureza ou especialidade;

b) garantir que as principais tarefas operacionais sejam desenvolvidas por pessoas habilitadas e que as principais tarefas de gerência sejam atribuídas a profissionais habilitados;

c) desenvolver todas as exigências que uma estrutura organizacional burocratizada exige do ponto de vista operacional e do ponto de vista jurídico.

6. RECURSOS MATERIAIS

6.1. Sistema de Administração de Materiais

A administração dos recursos materiais da instituição deve assegurar a presença, no momento e local adequado, dos suprimentos, componentes e equipamentos necessários para o eficiente funcionamento da entidade. Essa administração inclui também a guarda física e o controle dos estoques e equipamentos, bem como a distribuição dos insumos aos usuários. Esse sistema deve possuir, independentemente do trabalho da instituição: um fichário ou cadastro de fornecedores e de pedidos; um controle de entrada de mercadorias e consistência de pedidos/entregas; um controle dos estoques no almoxarifado.

6.2. Sistema de Contabilidade Gerencial e de Custos

Esse sistema controla os recursos financeiros, a produção de relatórios de movimentos diários e os balancetes mensais. Realiza as rotinas de contas a pagar e de contas a receber, além do fluxo de caixa. O sistema de custos conjuga as informações dos vários setores da instituição como estatística dos vários serviços, administração de pessoal, gerência de materiais e contabilidade, para fazer os cálculos de receita e despesa e dos custos individualizados dos vários setores ou serviços. O pessoal necessário vai depender do tamanho da instituição; no entanto, recomenda-se a existência do serviço em todas as instituições. Caso não haja pessoal, recomenda-se a contratação de uma empresa de prestação de serviços de contabilidade.

6.3. Serviço de Manutenção

Esse serviço tem por finalidade planejar, dirigir e executar todas as atividades relacionadas com a conservação dos imóveis, instalações e equipamentos da instituição, mantendo-os em condições de operação contínua, confiável, segura e econômica.

Este serviço poderá ser atendido através de contratação de firmas especializadas.

6.4. Serviço de Zeladoria

Esse serviço tem a responsabilidade sobre as atividades relacionadas com a sanificação do imóvel e instalações, controle de portaria e vigilância, jardinagem e eventualmente de controle e operação dos sistemas de comunicação dentro da instituição. O pessoal necessário dependerá não somente do tamanho da instituição, mas também da sua política, pois muitas das mencionadas funções nesse serviço poderão ser realizadas pelos próprios internos, quando possível.

6.5. Serviço de Pessoal

O serviço de pessoal exerce o controle dos recursos humanos em exercício na instituição.

Esse serviço deve:

- a) agrupar o trabalho da mesma natureza ou especialidade;
- b) garantir que as principais tarefas operacionais sejam desenvolvidas por pessoas habilitadas e que as principais tarefas de gerência sejam atribuídas a profissionais habilitados;
- c) desenvolver todas as exigências que uma estrutura organizacional burocratizada exige do ponto de vista operacional e do ponto de vista jurídico.



6.6. Serviços Gerais

Cabe a esse serviço o assento, a limpeza e a arrumação geral da instituição. Também é responsável pela coleta, lavagem e distribuição das roupas na instituição, bem como pela conservação das mesmas e pelo controle das rouparias.

O quadro de pessoal para esses serviços deverá ser dimensionado de acordo com as peculiaridades de cada instituição.

Caso haja a contratação de serviços de tercelros para lavanderia, no ato da vistoria ou fiscalização da instituição, esta deverá apresentar o contrato de prestação de serviços.

U.S. DEPARTMENT OF HEALTH, EDUCATION AND WELFARE. *Nursing home standards guide*. Public Health Service Publication nº 827. Washington, 1963.

CENTRO DE DOCUMENTAÇÃO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Normas e padrões de concepções e instalações de serviços de saúde*. 2ª ed., Brasília, 1981. 130 p.

BARBOSA, A. P.; DUMBRA, L. C. P. & CAMPOS, M. S. A. *Proposta para elaboração de normas para consultórios e clínicas especializadas*. São Paulo, SERISA, s.d.p. 41 p.

NETTO, A. J. e outros. *Projeto de normas e padrões mínimos para o funcionamento de estabelecimentos de atendimento ao idoso*. São Paulo, 42 p. (mimeografiado).

Decreto nº 12.342, de 27 de setembro de 1978 -- *Regulamentação da promoção, prevenção e recuperação da saúde no campo de competência da Secretaria de Estado de Saúde*. São Paulo, 1978. 380 p.



BIBLIOGRAFIA

BASTIAN, E. M. *Estudo sobre acreditação de internatos para pessoas idosas na área metropolitana de Porto Alegre - RS*. São Paulo, 1979 (Tese de Livre Docência - Faculdade de Saúde Pública - USP).

SECRETARIA ESTADUAL DA PROMOÇÃO SOCIAL. *Estabelecimento de atendimento ao idoso sob diferentes denominações*. (mimeografado).

GANDRA, Y. R. et al. *Avaliação de serviços de nutrição e alimentação*. Servier, São Paulo, 1983.

U.S. DEPARTMENT OF HEALTH, EDUCATION AND WELFARE. *Nursing home: standards guide*. Public Health Service Publication nº 827. Washington, 1983.

CENTRO DE DOCUMENTAÇÃO DO MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Normas e padrões de construções e instalações de serviços de saúde*. 2ª ed., Brasília, 1983. 120 p.

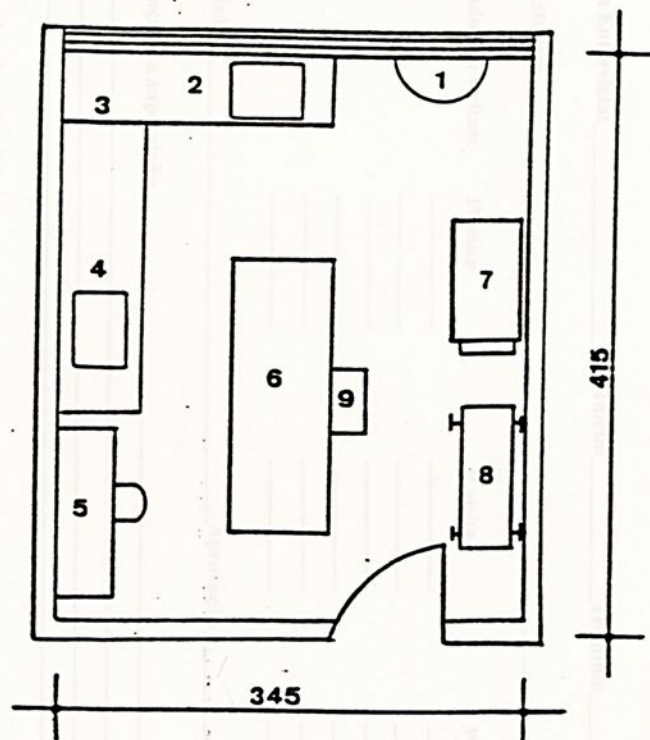
BARBOSA, A. P.; DUMBRA, L. C. P. & CAMPOS, M. B. A. *Proposta para elaboração de normas para consultórios e clínicas especializadas*. São Paulo, SERSA, s.a.p. 41 p.

NETTO, A. J. e outros. *Projeto de normas e padrões mínimos para o funcionamento de estabelecimentos de atendimento ao idoso*. São Paulo, 42 p. (datilografado).

Decreto nº 12.342, de 27 de setembro de 1978 - *Regulamentação da promoção, prevenção e recuperação da saúde no campo de competência da Secretaria de Estado da Saúde*. São Paulo, 1978. 350 p.



ANEXO 1



- 1-LAVATÓRIO
- 2-BANCADA COM GAVETAS E PIA (MEDICAÇÃO)
- 3-ARMÁRIO ALTO
- 4-BANCADA COM GAVETAS E PIA
- 5-BALCÃO E CADEIRA
- 6-MESA DE CURATIVOS
- 7-CARRO DE CURATIVOS
- 8-CARRO DE SERVIÇO

ESTUDO PARA POSTO/SALA DE SERVIÇO/
SALA DE CURATIVOS
-CASAS DE REPOUSO PARA IDOSOS-

ANEXO 1



SETOR DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA
CENTRO DE ESTUDOS SOBRE ENVELHECIMENTO
ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA

PROJETO TEMÁTICO DE EQUIPE - FAPESP

EPIDEMIOLOGIA DO ENVELHECIMENTO:
ESTUDO LONGITUDINAL COM UMA POPULAÇÃO DE IDOSOS RESIDENTES NO
MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

NÚMERO DO QUESTIONÁRIO _____
SUBDISTRITO SAÚDE

IDENTIFICAÇÃO DO DOMICÍLIO

COLE A ETIQUETA

Telefone: _____ Tel. contato: _____ Recados com: _____

Data da Entrevista: _____ Início: _____ Término: _____

Entrevistador: _____

Resultado das visitas:	1ª visita	2ª visita	3ª visita	
	_____	_____	_____	Realizada
	_____	_____	_____	Negou
	_____	_____	_____	Ausente
	_____	_____	_____	Mudou
	_____	_____	_____	Faleceu
	_____	_____	_____	outros

Supervisão _____ Aprovação _____

Observação da supervisão _____

Observações do entrevistador _____

I - IDENTIFICAÇÃO

1) Sexo: (1) Masculino (2) Feminino

2) Data de nascimento: ____/____/____

Portanto, o (a) senhor(a) está com ____ anos(completos)

3) Cor (observar a cor que predomina na aparência) (1) Branca (2) Intermediária
(3) Preta (4) Amarela
(5) Outra

4) Local de nascimento:

(1) Cidade _____ (1) URB (2) RURAL (9) NS (0) NR

(2) Estado _____

(3) País _____

5) Há quanto tempo o senhor(a) está morando na cidade de São Paulo? _____ anos completos
(99) NS
(00) NR6) E neste endereço? _____ anos completos
(99) NS
(00) NR7) Qual o seu estado conjugal? (1) Nunca se casou ou morou com companheiro(a) (Passe para questão 10)
(2) Mora com esposo(a) ou companheiro(a)
(3) Viúvo(a)
(4) Separado(a), desquitado(a) ou divorciado(a)
(9) NS
(0) NR

8) Há quanto tempo? _____ anos (completos) (8) NA (9) NS (0) NR

9) Quantas vezes o sr(a) se casou, legalmente ou não legalmente ? _____ vezes
(8) NA
(9) NS
(0) NR10) Tem filhos, tidos ou criados? (1) Sim. Quantos _____ Quantos estão vivos? _____
(2) Não
(9) NS
(0) NR

II- PERFIL SOCIAL

11) O idoso mora só?

(1) Sim

(2) Não

(3) Instituição

Identificação de todas as pessoas que moram, atualmente, com o idoso:

Nome	Idade	Sexo	Estado Civil	Relação de parentesco com o idoso	Grau de Escolaridade	Profissão	Remuneração mensal	Tempo que reside com o entrevistado

Identificação dos filhos vivos que não moram com o entrevistado.

Nome	Idade	Sexo	Grau de escolaridade	Estado Civil	nº de filhos	Onde reside	Qto. tempo saiu da casa dos pais

Códigos:

	SEXO	Estado Civil	Parentesco	Escolaridade	Profissão	Onde reside
1	Masculino	Nunca se casou ou morou c/ companheiro(a)	Pai, mãe, sogro(a), tio(a)	Analfabeto	Dono de Casa	mesmo terreno
2	Feminino	Mora com esposo(a) ou companheiro(a)	Conjuge	Sabe ler/escrever, primário incompleto	Operário	mesma rua
3		Vivo(a)	Irmãos, primos, cunhados	Primário Completo	Cargo Técnico/Administr. Profissional Liberal	mesmo bairro
4		Separado(a), desquitado(a) ou divorciado(a)	Filhos, enteados	Ginásio	Empregada Doméstica	mesma cidade
5			Genro, nora	Colegio/Superior	Outro	mesmo estado
6			Netos			outro estado
7			Bisnetos			outro país
10			Amigo, conhecido			
11			Outros			
8			NA			
9		NS	NS	NS	NS	NS
0		NR	NR	NR	NR	

12. Escolaridade:

- (1) Analfabeto
- (2) Sabe ler /escrever ou primário incompleto
- (3) Primário completo
- (4) Ginásio
- (5) Colégio/curso superior
- (9) NS
- (0) NR

13) O sr(a) tem trabalho remunerado atualmente?

- (1) Sim, exercendo atividade
- (2) Sim, também aposentado
- (3) Sim, afastado (na caixa)
- (4) Não, só pensionista (Passe para a questão 15)
- (5) Não, só aposentado (Passe para a questão 15)
- (6) Não, só dona de casa (Passe para a questão 15)
- (7) Outra situação (especifique _____)
- (9) NS
- (0) NR

14) Atividade profissional principal exercida atualmente :

- (1) Operário
- (2) Cargo técnico ou administrativo/profissão liberal
- (3) Empregada doméstica
- (4) Outro (especifique _____)
- (8) NA
- (9) NS
- (0) NR

15) Atividade profissional principal exercida anteriormente:

- (1) Dona de casa
- (2) Operário
- (3) Lavrador
- (4) Cargo técnico ou administrativo/profissão liberal
- (5) Empregada doméstica
- (6) Outro (especifique _____)
- (9) NS
- (0) NR

16) Seus recursos financeiros atualmente são provenientes de (múltipla escolha):

- (1) Salário (CR\$ _____)
- (2) Aposentadoria (CR\$ _____)
- (3) Pensão (CR\$ _____)
- (4) Renda mensal vitalícia (CR\$ _____)
- (5) Aluguel (imóvel) (CR\$ _____)
- (6) Atividade informal (CR\$ _____)
- (7) Aplicação financeira (CR\$ _____)
- (8) Não tem rendimento próprio (passe para a questão 19)
- (9) NS
- (0) NR



17) Há quanto tempo recebe os benefícios de aposentadoria, pensão ou RMV? (em anos)

_____anos (88) NA (99) NS (00) NR

18) Qual foi a razão pela qual o(a) sr(a) se aposentou ?

- (1) Tempo de serviço
- (2) Por idade
- (3) Por problema de saúde:
 - (1) Cardio-vascular
 - (2) Cerebro-vascular
 - (3) Pulmonar
 - (4) Psiquiátrico
 - (5) Osteo-articular
 - (6) Outro

(8) NA

(9) NS

(0) NR

19) Idade que se aposentou? _____ anos e /ou Idade que se afastou do trabalho _____ anos

(88) N

(99) N

(00) NI

20) Recebe alguma ajuda familiar em dinheiro de pessoas que não moram no domicílio?

(1) Sim

(2) Não (Passe para a questão 22)

(9) NS

(0) NR

21) Quem dá essa ajuda?

(1) Filho

(2) Filha

(3) Outro parente

(4) Outros a especificar _____

(8) NA

(9) NS

(0) NR

22) O(a) senhora(a) recebe regularmente ajuda em espécie de pessoas que não moram no domicílio?

(1) Sim

(2) Não (Passe para a questão 24)

(9) NS

(0) NR

23) De quem?

(1) Filho

(2) Filha

(3) Outro parente

(4) Vizinhos

(5) Amigos

(6) Outros a especificar _____

(8) NA

(9) NS

(0) NR



24) Com a sua situação econômica de que forma o(a) senhor(a) satisfaz as suas necessidades básicas (alimentação, moradia, saúde, etc)?

- (1) Muito bem
- (2) Bem
- (3) Mal
- (4) Muito mal
- (9) NS
- (0) NR

25) Em geral e em comparação com a situação econômica de outras pessoas de sua idade, o(a) senhor(a) diria que a sua situação econômica é:

- (1) Muito pior
- (2) Pior
- (3) Melhor
- (4) Muito melhor
- (9) NS
- (0) NR

26) No momento o(a) senhor(a) necessita ou necessitaria trabalhar por razões econômicas?

- (1) Sim
- (2) Não
- (9) NS
- (0) NR

27) No momento o(a) senhor(a) gosta ou gostaria de trabalhar?

- (1) Sim
- (2) Não
- (9) NS
- (0) NR

28) A sua moradia é:

- (1) Própria, do entrevistado ou cônjuge (passe para a questão 30)
- (2) Própria, de familiares que moram junto (passe para a questão 30)
- (3) Alugada
- (4) Cedida (passe para a questão 30)
- (5) Outros (especificar _____) (passe para a questão 30)
- (9) NS
- (0) NR

29) Quem paga este aluguel?

- (1) Somente o(a) sr(a) ou cônjuge
- (2) O sr(a) com ajuda de familiares
- (3) Totalmente pago por familiares
- (4) Outro (especificar _____)
- (8) NA
- (9) NS
- (0) NR

30) Em qual das características abaixo enquadra-se a moradia do entrevistado?

- (1) Cortiço
- (2) Favela (barraco)
- (3) Casa térrea
- (4) Sobrado
- (5) Apartamento
- (6) Outros (especificar _____)

31) É habitação coletiva (pensão, hotel, instituição, domicílio com mais de 3 famílias) ?

(1) Sim

(2) Não

32) Qual o tipo de construção?

(1) alvenaria

(2) madeira

33) Número de cômodos da moradia _____ e nº de dormitórios utilizados para dormir (mesmo eventualmente): _____

34) Compartilha seu espaço de dormir com outra pessoa?

(1) Sim, com seu esposo(a)

(2) Não, dorme só

(3) Sim, com um familiar

(4) Sim, com dois ou mais familiares

(5) Sim, com pessoa(s) que não é (são) da família

(9) NS

(0) NR

35) Na sua casa o(a) senhor(a) possui:

	SIM	NÃO	NS	NR	
Água encanada	1	2	9	0	Onde.
Esgoto	1	2	9	0	
Eleticidade	1	2	9	0	
Banheiro interno	1	2	9	0	
Televisão	1	2	9	0	
Rádio	1	2	9	0	
Aspirador de Pó	1	2	9	0	
Máquina de Lavar	1	2	9	0	
Geladeira	1	2	9	0	
Telefone	1	2	9	0	
Automóvel	1	2	9	0	
Empregada Doméstica	1	2	9	0	

36) Considerando o estado de sua casa ou apartamento e de seus utensílios domésticos, como o(a) sr(a) se sente?

(1) Muito insatisfeito

(2) Insatisfeito

(3) Satisfeito (passe para a questão 38)

(4) Muito satisfeito (passe para a questão 38)

(9) NS (passe para a questão 38)

(0) NR (passe para a questão 38)

37) Qual é a principal razão pela qual o(n) sr(n) não está satisfeito com sua casa ou apartamento? (anote apenas uma alternativa)

(1) Custo do aluguel

(2) Custo da prestação

(3) Custo dos Impostos ou taxas

(4) Custo de manutenção da propriedade

(5) Propriedade precisa de reforma, que é cara

(6) Forro ou telhado em más condições

(10) Piso em más condições

(11) Paredes em más condições

(12) Falta de água encanada ou esgoto

(13) Insatisfação com os vizinhos

(14) Outras razões (especifique) _____

(8) NA

(9) NS

(0) NR



III - SAÚDE

38) Em geral o(a) senhor(a) diria que sua saúde é:

- (1) Ótima
 (2) Boa
 (3) Má
 (4) Péssima
 (9) NS
 (0) NR

39) Em comparação com a saúde de outras pessoas da sua idade, o(a) sr(a) diria que sua saúde é:

- (1) Muito pior
 (2) Pior
 (3) Melhor
 (4) Muito melhor
 (9) NS
 (0) NR

40) O(a) sr(a) no momento tem algum destes problemas de saúde?

	SIM		NÃO	NS	NR
	INTERFERE NA VIDA	NÃO INTERFERE			
a) Reumatismo	1	2	3	9	0
b) Asma e Bronquite	1	2	3	9	0
c) Pressão Alta	1	2	3	9	0
d) Má circulação (varizes)	1	2	3	9	0
e) Diabetes	1	2	3	9	0
f) Obesidade	1	2	3	9	0
g) Derrame	1	2	3	9	0
h) Incontinência urinária	1	2	3	9	0
i) prisão de ventre	1	2	3	9	0
j) Problemas para dormir (Insônia)	1	2	3	9	0
k) Catarata	1	2	3	9	0
l) Problemas de coluna	1	2	3	9	0
m) Outras	1	2	3	9	0
especifique					

41) O(a) sr(a), no momento tem algum destes problemas?

- (1) Dificuldade de movimentação de braços e pernas
 (2) Paralisia de membros
 (3) Ausência de parte de membros
 (4) Problemas com os pés inibindo sua mobilidade (joanetes, calos, unhas encravadas, etc...)
 (5) Nenhum destes problemas (passe para a questão 43)
 (9) NS
 (0) NR

42) O(a) sr(a) se submeteu a alguma ajuda, reabilitação ou qualquer outra terapia para o(s) problema(s) da questão nº 41?

- (1) Sim
- (2) Não
- (8) NA
- (9) NS
- (0) NR

43) O(a) sr(a) usa óculos?

- (1) Sim, com melhora
- (2) Sim, sem melhora
- (3) Não, mas necessitaria
- (4) Não, não tem necessidade
- (5) É cego(a)
- (9) NS
- (0) NR

44) Como o(a) sr(a) diria que está sua visão no momento? (sem os óculos, se for o caso)

- (1) Cega
- (2) Péssima
- (3) Ruim
- (4) Boa (passe para questão 46)
- (5) Excelente (passe para questão 46)
- (9) NS
- (0) NR

45) Com que frequência os seus problemas de visão lhe dificultam realizar as coisas que quer fazer?

- (1) Sempre
- (2) Frequentemente
- (3) Raramente
- (4) Nunca
- (8) NA
- (9) NS
- (0) NR

46) O (a) sr(a) usa aparelho de audição?

- (1) Sim, com melhora
- (2) Sim, sem melhora
- (3) Não, mas necessitaria
- (4) Não, não tem necessidade
- (9) NS
- (0) NR

47) Como o(a) sr(a) diria que está a sua audição no momento, sem o aparelho, se for o caso?

- (1) Surdo(a)
- (2) Ruim
- (3) Boa (passe para a questão 49)
- (4) Excelente (passe para a questão 49)
- (9) NS
- (0) NR



48) Com que frequência os seus problemas auditivos lhe dificultam realizar as coisas que quer fazer?

- (1) Nunca
- (2) Raramente
- (3) Muito frequentemente
- (4) Sempre
- (8) NA
- (9) NS
- (0) NR

49) O Sr(a) tem dificuldade para conversar com uma só pessoa quando tem algum ruído no ambiente, como por exemplo uma televisão ligada ?

- (1) Sim
- (2) Não
- (9) NS
- (0) NR

50) O(a) sr(a) tem todos os dentes?

- (1) Sim, todos
- (2) Sim, a maioria
- (3) Não, apenas alguns
- (4) Não, nenhum (passe para questão 52)
- (9) NS
- (0) NR

51) Como o(a) sr(a) acha que estão os seus dentes?

- (1) Excelentes
- (2) Bons
- (3) Ruins
- (4) Péssimos
- (8) NA
- (9) NS
- (0) NR

52) O(a) sr(a) usa prótese dentária (dentadura, ponte, etc)?

- (1) Sim, só superior, adequada
- (2) Sim, só inferior, adequada
- (3) Sim, superior e inferior, adequadas
- (4) Sim, só superior, não adequada
- (5) Sim, só inferior, não adequada
- (6) Sim, superior e inferior, não adequadas
- (7) Não, apesar de possuir prótese (superior)
- (10) Não, apesar de possuir prótese (inferior)
- (11) Não, apesar de possuir prótese (superior e inferior)
- (12) Não, mas necessitaria (só superior)
- (13) Não, mas necessitaria (só inferior)
- (14) Não, mas necessitaria (superior e inferior)
- (15) Não, não tem necessidade
- (9) NS
- (0) NR



53) O(n) sr(a) tem dificuldade na mastigação?

(1) Nunca

(2) Raramente

(3) Muito frequentemente

(4) Sempre

(9) NS

(0) NR

54) O sr(a) tem dificuldades para engolir(engasga) ?

(1) Nunca

(2) Raramente

(3) Muito frequentemente

(4) Sempre

(9) NS

(0) NR

55) O sr(a) sente dificuldades para falar ?

(1) Nunca

(2) Raramente

(3) Muito frequentemente

(4) Sempre

(9) NS

(0) NR

56) O(a) sr(a) sofreu alguma queda no último ano?

(1) Sim, mas não afetou a capacidade de locomoção

(2) Sim, e afetou a capacidade de locomoção

Quantas vezes ? _____

(3) Não

(9) NS

(0) NR

57) O(a) sr(a) sofreu alguma fratura no último ano?

(1) Sim, Quantas vezes? _____

(2) Não

58) Com que frequência o(a) sr(a) mantém relações sexuais ou outras práticas sexuais?

(1) Nunca manteve (Passe para a questão 60)

(2) Atualmente não mantém (Passe para a questão 60)

(3) Diariamente

(4) Semanalmente

(5) Mensalmente

(6) Outros (especifique) _____

(9) NS

(0) NR

59) O(a) sr(a) sente prazer nestas práticas sexuais?

(1) Sim

(2) Não

(8) NA

(9) NS

(0) NR

60) O(a) sr(a) tem interesse em manter contacto sexual?

(1) Sim

(2) Não

(9) NS

(0) NR

61) O(a) sr(a) toma algum remédio regularmente?

- (1) Sim, receitado por médico
 (2) Sim, adquirido por conta própria
 (3) Sim, receita médica e por conta própria
 (4) Não (passe para questão 64)
 (9) NS
 (0) NR

62) Quais os remédios que o (a) sr(a) usa regularmente e quais os horários de tomada?

1 _____ X por _____

2 _____ X por _____

3 _____ X por _____

4 _____ X por _____

5 _____ X por _____

6 _____ X por _____

63) Em geral, qual(is) o(s) problema(s) mais importante(s) que o (a) sr(a) encontra para obter os remédios que toma regularmente?

- (1) Sem problemas
 (2) Custo
 (3) Não é fácil de encontrar
 (4) Dificuldade de transporte
 (5) Difel conseguir ajuda para ir comprar
 (6) Outros (especifique) _____
 (7) Não toma remédio regularmente
 (9) NS
 (0) NR

64) O sr(a) utiliza:

	SIM	NÃO	PRECISARIA ADQUIRIR	NS	NR
Bengala	1	2	3	9	0
Muleta	1	2	3	9	0
Andador	1	2	3	9	0
Cadeira de Rodas	1	2	3	9	0
Dentadura	1	2	3	9	0
Aparelho Auditivo	1	2	3	9	0
Restrito no Leito	1	2	3	9	0
Outro	1	2	3	9	0
(Especifique)					

IV - SAÚDE MENTAL

Por favor, responda às questões seguintes com SIM ou NÃO segundo lhe pareça adequado. Não há questões certas ou erradas, mas sim situações que podem ou não acontecer com o(a) sr(a).

- | | | |
|--|--------|--------|
| 65) O(a) sr(a) acorda bem e descansado(a) na maioria das manhãs? | 1) Sim | 2) Não |
| 66) Na sua vida diária o(a) sr(a) sente que as coisas acontecem sempre iguais? | 1) Sim | 2) Não |
| 67) O(a) sr(a) já teve por vezes vontade de abandonar o lar? | 1) Sim | 2) Não |
| 68) O(a) sr(a) tem muita sensação de que ninguém realmente o(a) entende? | 1) Sim | 2) Não |
| 69) O(a) sr(a) já teve períodos (dia, meses ou anos) em que não pode tomar conta de nada porque na verdade já não estava aguentado mais? | 1) Sim | 2) Não |
| 70) O seu sono é agitado ou conturbado? | 1) Sim | 2) Não |
| 71) O sr(a) é feliz na maior parte do tempo? | 1) Sim | 2) Não |
| 72) O(a) sr(a) sente que o mundo ou as pessoas estão contra o(a) sr(a)? | 1) Sim | 2) Não |
| 73) O(a) sr(a) se sente, por vezes, inútil? | 1) Sim | 2) Não |
| 74) Nos últimos anos o(a) sr(a) tem se sentido bem, na maior parte do tempo? | 1) Sim | 2) Não |
| 75) O(a) sr(a) tem problemas de dores de cabeça? | 1) Sim | 2) Não |
| 76) O(a) sr(a) se sente fraco na maior parte do tempo? | 1) Sim | 2) Não |
| 77) O(a) sr(a) já teve dificuldade em manter equilíbrio ao andar? | 1) Sim | 2) Não |
| 78) O(a) sr(a) tem problema de falta de ar ou peso no coração? | 1) Sim | 2) Não |



79) O(a) sr(a) tem sensação de solidão, mesmo quando acompanhado de outras pessoas?

1) Sim

2) Não

80) Considerando a vida que o(a) sr(a) leva, o(a) sr(a) diria que sua satisfação com a vida em geral, no momento é:

1) Muita

2) Média

3) Pouca

9) NS

0) NR

Agora faremos algumas perguntas para saber como está sua memória. Sabemos que com o tempo as pessoas vão tendo mais dificuldades para se lembrar das coisas. Não se preocupe com os resultados das perguntas.

81) Qual o dia em que estamos?

ano _____ ()

semestre _____ ()

mês _____ ()

dia _____ ()

dia da semana _____ ()

82) Onde nós estamos?

nome da rua _____ ()

nº da casa _____ ()

bairro _____ ()

cidade _____ ()

estado _____ ()

83) Repita as palavras:(um segundo para dizer cada uma, depois pergunte ao idoso todas as três)

CANECA ()

TIJOLO ()

TAPETE ()

Se ele não conseguir repetir as três, repita até que ele aprenda todas as três. Conte as tentativas e registre.

Tentativas _____

84) O sr(a), faz cálculos ? (1) Sim (2) Não

Se a resposta for positiva pergunte: Se de 100 cruzeiros forem tirados 7, quanto resta? E se retirarmos mais 7 cruzeiros, quanto resta? (total de 5 subtrações).

1. (93) _____ ()

2. (86) _____ ()

3. (79) _____ ()

4. (72) _____ ()

5. (65) _____ ()

Se a resposta for não, peça-lhe para soletrar a palavra "mundo" de trás para adiante.

1 - O ()

2 - D ()

3 - N ()

4 - U ()

5 - M ()



85) Repita as palavras que disse há pouco:

_____ ()
 _____ ()
 _____ ()

86) Mostre um relógio de pulso e pergunte-lhe: O que é isto? Repita com o lápis.

Relógio ()

Lápis ()

87) Repita o seguinte: "NEM AQUI, NEM ALI, NEM LÁ". ()

88) Siga uma ordem de três estágios:

"Tome um papel com sua mão direita ()

dobre-o ao meio ()

ponha-o no chão" ()

89) Leia e execute o seguinte: (cartão)

"FECHE OS OLHOS" ()

90) Escreva uma frase. _____ ()

91) Copie este desenho: (cartão). ()

1	Trabalho voluntário, 2000
2	Condição
3	Trabalho voluntário, 2000
4	Trabalho voluntário, 2000
5	Trabalho voluntário, 2000
6	Trabalho voluntário, 2000
7	Trabalho voluntário, 2000
8	Trabalho voluntário, 2000
9	Trabalho voluntário, 2000
10	Trabalho voluntário, 2000
11	Trabalho voluntário, 2000
12	Trabalho voluntário, 2000
13	Trabalho voluntário, 2000
14	Trabalho voluntário, 2000
15	Trabalho voluntário, 2000
16	Trabalho voluntário, 2000
17	Trabalho voluntário, 2000
18	Trabalho voluntário, 2000
19	Trabalho voluntário, 2000
20	Trabalho voluntário, 2000

92) O(a) sr(a) tem alguma atividade física regularmente?

(1) Sim (especifique)

X sem

durção _____ minutos

(2) Não

(3) Não

(4) Não

93) Para caminhar ou locomover-se em sua casa, o(a) sr(a) o faz

(1) Sem dificuldades

(2) Sem dificuldades

(3) Com ajuda mecânica (cadeira de rodas, muleta, etc.)

(4) Com ajuda de alguém (especifique)

(5) Não pode movimentar-se (acamado)

(6) NS

(7) NR



V - ATIVIDADES DIÁRIAS

92) Agora eu gostaria de perguntar sobre algumas atividades e tarefas do seu dia a dia. Estamos interessados em saber se o(a) sr(a) consegue fazer estas atividades sem nenhuma necessidade de auxílio ou se precisa de alguma ajuda, ou se não consegue fazer tais atividades de forma nenhuma.

	SEM DIFIC.	COM FOUCA	DIFIC. MUITA	NS	NR	QUEM AJUDA	MORA JUNTO
(a) Deitar/Levantar-cama	(1)	(2)	(3)	(9)	(0)	a)	()
(b) Comer	(1)	(2)	(3)	(9)	(0)	b)	()
(c) Pentear cabelo	(1)	(2)	(3)	(9)	(0)	c)	()
(d) Andar no plano	(1)	(2)	(3)	(9)	(0)	d)	()
(e) Tomar banho	(1)	(2)	(3)	(9)	(0)	e)	()
(f) Vestir-se	(1)	(2)	(3)	(9)	(0)	f)	()
(g) Ir ao banheiro em tempo	(1)	(2)	(3)	(9)	(0)	g)	()
(h) Subir escada (1 lance)	(1)	(2)	(3)	(9)	(0)	h)	()
(i) Medicar-se na hora	(1)	(2)	(3)	(9)	(0)	i)	()
(j) Andar perto de casa	(1)	(2)	(3)	(9)	(0)	j)	()
(k) Fazer compras	(1)	(2)	(3)	(9)	(0)	k)	()
(l) Preparar refeições	(1)	(2)	(3)	(9)	(0)	l)	()
(m) Cortar unhas dos pés	(1)	(2)	(3)	(9)	(0)	m)	()
(n) Sair de condução	(1)	(2)	(3)	(9)	(0)	n)	()
(o) Fazer limpeza de casa	(1)	(2)	(3)	(9)	(0)	o)	()

obs:Códigos de Parentesco

1	Pai, mãe, sogro(a), llo(a)
2	Conjuge
3	Irmãos, primos, cunhados
4	Filhos, enteados
5	Genro, nora
6	Netos
7	Bisnetos
10	Amigo, conhecido
11	Outros
8	NA
9	NS
0	NR

Hospital das Clínicas

93) O(a) sr(a) tem alguma atividade física regularmente? (1) Sim (especifique _____) X sema
duração _____ minutos

(2) Não

(9) NS

(0) NR

94) Para caminhar ou movimentar-se em sua casa, o sr(a) o faz:

(1) Sozinho, sem dificuldades

(2) Sozinho, com dificuldades

(3) Com ajuda mecânica (cadeira de rodas, muleta, etc.)

(4) Com ajuda de alguém (especifique _____)

(5) Não pode movimentar-se (acamado)

(9) NS

(0) NR



95) Para movimentar-se fora de casa o(a) sr(a) o faz:

- (1) Sozinho, sem dificuldades
- (2) Sozinho, com dificuldades
- (3) Com ajuda mecânica
- (4) Com ajuda de alguém (especifique _____)
- (5) Não pode movimentar-se (acamado)
- (9) NS
- (0) NR

UTILIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

96) Quando o(a) sr(a) fica doente ou precisa de atenção à saúde, a quem procura mais frequentemente?

- (1) Ninguém
- (2) Médico
- (3) Homeopata
- (4) Farmacêutico
- (5) Naturalista (ervas, chás, etc.)
- (6) Enfermeiro
- (7) Outros (especifique _____)
- (8) Nunca precisou
- (9) NS
- (0) NR

97) A que tipo de atendimento médico o(a) sr(a) costuma recorrer (resposta múltipla) ler todas as alternativas.

- (1) Serviço do INAMPS
- (2) Convênio Empresas
- (3) Seguro Particular (Golden Cross, Bradesco, etc)
- (4) Sindicato
- (5) Hospital do Servidor Estadual
- (6) Hospital do Servidor Municipal
- (7) Hospital Militar
- (10) Serviços Públicos Estaduais e Municipais (Centros e Postos de Saúde, Hospital das Clínicas, e
- (11) Médico Particular
- (12) Hospital particular
- (13) Outros (especifique _____)
- (14) Nenhum
- (9) NS
- (0) NR

98) Nos últimos seis meses o(a) sr(a). teve algum problema que lhe fez procurar algum Serviço de Saúde ?

	SAÚDE	DENTIE	VISÃO
Sim	(1)	(1)	(1)
Não	(2)	(2)	(2)
NS	(9)	(9)	(9)
NR	(0)	(0)	(0)

99) No caso de ter procurado indique, até 2 dos serviços mais vezes procurados (utilize os códigos do serviço da questão 97) e no caso de não ter precisado indique o serviço que procuraria, caso viesse a precisar.

SERVIÇO	NOME/ENDEREÇO/	NºVEZES
() () Médico	_____	_____
() () Oculista	_____	_____
() () Dentista	_____	_____

100) Esteve internado nos últimos 6 meses ?

(1) Sim n° de vezes ()

Motivo de sua última internação: _____

HOSPITAL: _____

ENDEREÇO: _____

TEMPO/ÚLTIMA INTERNAÇÃO: _____

(2) Não esteve internado

(9) NS

(0) NR

101) Qual o grau de satisfação ou insatisfação em relação a:

	MUITO SATISFEITO	SATISFEITO	INSATISFEITO	MUITO INSATISFEITO	NA	NS	NR
(a) atendimento médico	(1)	(2)	(3)	(4)	(8)	(9)	(0)
(b) atendimento dentário	(1)	(2)	(3)	(4)	(8)	(9)	(0)
(c) atendimento oftalmológico	(1)	(2)	(3)	(4)	(8)	(9)	(0)

102) Que tipo de problema o(a) sr(a) encontra em relação aos atendimentos (assinale até 2 respostas):

	MÉDICO	DENTISTA	OCULISTA
(1) não tem problema	(1)	(1)	(1)
(2) tem que esperar muito	(2)	(2)	(2)
(3) não tem confiança no atendimento	(3)	(3)	(3)
(4) fica muito longe	(4)	(4)	(4)
(5) é caro	(5)	(5)	(5)
(6) é difícil ser atendido quando precisa	(6)	(6)	(6)
(7) tratam. dado pelo profissional	(7)	(7)	(7)
(10) tratam. dado pelos auxiliares	(10)	(10)	(10)
(8) NA	(8)	(8)	(8)
(9) NS	(9)	(9)	(9)
(0) NR	(0)	(0)	(0)

103) No caso de o(a) Sr(a) ficar doente ou incapacitado(a) quem cuidaria do(a) sr(a) (assinale até 2 respostas)?

- (1) Ninguém
- (2) Esposo(a) ou companheiro(a)
- (3) Filha(s)
- (4) Filho(s)
- (5) Outros familiares
- (6) Amigos ou vizinhos
- (7) Profissional contratado (enfermeira, etc..)
- (10) Associações beneficentes (religiosas ou não)
- (11) Outros (especifique _____)
- (9) NS
- (0) NR

104) O(a) Sr(a) conhece algum programa do governo ou privado que presta assistência a pessoas com 65 anos ou mais aqui na cidade de São Paulo?

- (1) Sim (especifique _____)
- (2) Não (Passe para a questão 107)
- (9) NS
- (0) NR

105) Já utilizou algum deles?

- (1) Sim
- (2) Não (passe para questão 107)
- (8) NA
- (9) NS
- (0) NR

106) Sentiu-se satisfeito com o seu uso?

- (1) Sim
- (2) Mais ou Menos
- (3) Não
- (8) NA
- (9) NS
- (0) NR

INTEGRAÇÃO SOCIAL

107) Como o(a) sr(a) se sente com a relação que mantém com:

	MUITO SATISFEITO	SATISFEITO	INSATISFEITO	MUITO INSATISFEITO	MORA SO	NS	NR
(a) as pessoas da família que moram c/ o(a) sr(a).	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(9)	(0)
(b) pessoas da família que não vivem c/ o(a) sr(a)	(1)	(2)	(3)	(4)		(9)	(0)
(c) os amigos	(1)	(2)	(3)	(4)		(9)	(0)
(e) os vizinhos	(1)	(2)	(3)	(4)		(9)	(0)

108) Considerando a relação com sua família, no geral, o quanto de tensão, conflito ou desentendimento o Sr(a) diria que existe?

- (1) Nenhum
(2) Um pouco
(3) Bastante
(4) Demasiado
(9) NS
(0) NR

109) Com o passar do tempo as relações familiares vão se alterando. Comparado com 3 anos atrás, o(a) Sr(a) diria que a relação com sua família:

- (1) Piorou muito
(2) Piorou um pouco
(3) Melhorou um pouco
(4) Melhorou muito
(9) NS
(0) NR

110) Com que frequência o(a) sr(a) se relaciona com:

	+ 1/MES	1/MES	1/ANO	NUNCA	NS	NR
(a) Vizinhos	(1)	(2)	(3)	(4)	(9)	(0)
(b) Parentes	(1)	(2)	(3)	(4)	(9)	(0)
(c) Amigos	(1)	(2)	(3)	(4)	(9)	(0)
(d) Associação/Instituições	(1)	(2)	(3)	(4)	(9)	(0)

111) O(a) sr(a) está satisfeito com a frequência com que vê:

	SIM	MAIS OU MENOS	NÃO	NS	NR
(a) seus familiares	(1)	(2)	(3)	(9)	(0)
(b) seus amigos e vizinhos	(1)	(2)	(3)	(9)	(0)

112) O(a) sr.(a) tem confidente ?

- (1) Sim Quem? _____
(2) Não
(9) NS
(0) NR

ANEXO III

Universidade Estadual Paulista - UNESPEstudo Comparativo de Diferentes GruposDe Idosos Residentes no Município de Marília

Nome: _____

Data da Aplicação: _____

Início: _____ Término: _____

Data da Aplicação: _____

Início: _____ Término: _____

Observações: _____

Código: () In

() li

I - IDENTIFICAÇÃO

1. Sexo: (1) Masculino (2) Feminino

2. Data de Nascimento: ____/____/____. _____ anos (completos).

3. Cor (que predomina na aparência):

(1) Branca (2) Mulata (3) Preta

(4) Amarela (5) Outra

4. Local de Nascimento:

(1) Cidade: _____

(2) Estado: _____

(3) País: _____

5. Há quanto tempo está morando na cidade de Marília? _____ anos completos.

6. E neste endereço? _____ anos completos

7. Qual o seu estado conjugal?

(1) Nunca se casou ou morou com companheiro

(2) Mora com esposo(a) ou companheiro(a)

(3) Viúvo(a)

(4) Separado(a), desquitado(a) ou divorciado(a)

(5) Outros

8. Há quanto tempo? _____ anos completos.

9. Tem filhos, tidos ou criados?

(1) Sim. Quantos _____ quantos estão vivos?

(2) Não.

11. Escolaridade

(1) Analfabeto

(2) Sabe ler/escrever ou primário incompleto

II - PERFIL SOCIAL

10. O idoso mora só?

(1) Sozinho

(2) Com familiares

(3) Em Instituição

NOME	IDA DE	SE XO	EST. CIVIL	PARENT ESCO	GRAU- ESCOLA RIDADE	PRO FISSÃO	RENDA	TEMPO QUE MORAM JUNTOS

Identificação dos filhos vivos que não moram com o entrevistado.

NOME	IDA DE	SE XO	ESCO LARIDADE	EST. CIVIL	Nº DE FILHOS	ONDE RESIDE	QTO TEMPO SAIU DE CASA.

Caso more em Instituição qual(ais) as circunstâncias que o levaram a esta escolha?

11. Escolaridade

(1) Analfabeto

(2) Sabe ler/escrever ou primário incompleto

15. Se a sua escolaridade atualmente são provenientes de (múltipla escolha)
- (3) Primário completo
 - (4) Ginásio incompleto
 - (5) Ginásio completo
 - (6) Colegial incompleto
 - (7) Colegial completo
 - (8) Curso Superior Incompleto
 - (9) Curso Superior Completo
 - (10) Pós Graduação

12. O Sr.(a) tem trabalho remunerado atualmente?

16. Há (1) Sim, exercendo atividades;
- (2) Sim, além da aposentadoria;
17. O Sr.(a) (3) Sim, porém está afastado;
- (4) Não, só pensionista;
- (5) Não, só aposentado
- (6) Não só dona de casa;
- (7) Outra situação (especifique) _____

13. Caso tenha atividade profissional, qual esta exercendo atualmente:

14. Atividade profissional principal exercida anteriormente: _____ anos.

19. Recebe alguma ajuda familiar em dinheiro de pessoas que não moram no domicílio ou na instituição?

(1) Sim

(2) Não

15. Seus recursos financeiros atualmente são provenientes de (múltipla escolha):

- (1) Salário (R\$ _____)
- (2) Aposentadoria (R\$ _____)
- (3) Pensão (R\$ _____)
- (4) Renda mensal vitalícia (R\$ _____)
- (5) Aluguel (imóvel)(R\$ _____)
- (6) Atividade informal (R\$ _____)
- (7) Aplicação financeira (R\$ _____)
- (8) Não tem rendimento próprio _____

16. Há quanto tempo recebe os benefícios acima citados? _____ anos.

17. Qual foi a razão pela qual o(a) sr.(a) se aposentou?

- (1) Tempo de serviço;
- (2) Por idade;
- (3) Por problema de saúde:

- (1) cardiovascular;
- (2) Cérebro-Vascular;

(3) Pulmonar;

(4) Psiquiátrico;

(5) Osteo-Articular;

(6) Outro.

(4) Outros-especifique: _____

18. Qual idade que se aposentou? _____

Quantos anos que se afastou do trabalho? _____ anos.

19. Recebe alguma ajuda familiar em dinheiro de pessoas que não moram no domicílio ou na instituição?

- (1) Sim
- (2) Não



20. Quem dá essa ajuda?

(1) Filho;

(2) Filha;

(3) Outro parente (especificar): _____

(4) Outros (especificar): _____

21. O (a) senhor(a) recebe regularmente ajuda em espécie de pessoas que não moram no domicílio ou na instituição?

(1) Sim (2) Não

22. De quem?

(1) Filho;

(2) Filha;

(3) Outro parente;

(4) Vizinhos;

(5) Amigos;

(6) Outros (especificar): _____

23. Com a sua situação econômica de que forma o(a) senhor(a) satisfaz as suas necessidades básicas (alimentação, moradia, saúde, etc)?

(1) Muito bem; (2) Bem; (3) Regular;

(4) Mal; (5) Muito mal.

24. Em geral e em comparação com a situação econômica de outras pessoas de sua idade, o(a) senhor(a) diria que a sua situação econômica é:

(1) Muito pior; (2) Pior; (3) Igual;

(4) Melhor; (5) Muito melhor.

25. No momento o(a) senhor(a) necessita ou necessitaria trabalhar por razões econômicas?

(1) Sim

(2) Não

26. No momento (a) senhor(a) gosta ou gostaria de trabalhar?

(1) Sim

(2) Não

27. A sua moradia é:

(1) Própria, do entrevistado ou do cônjuge;

(2) Própria, de familiares que moram junto;

(3) Alugada;

(4) Cedida;

(5) Em instituição;

(6) Outros especificar: _____

28. Caso seja alugada, quem paga este aluguel?

(1) Somente o(a) senhor (a) ou o cônjuge;

(2) O senhor(a) com ajuda de familiares;

(3) Totalmente pago por familiares;

(4) Outro especificar: _____

29. Em qual das características abaixo enquadra-se a moradia do entrevistado?

(1) Cortiço;

(2) Favela (barraco);

(3) Casa térrea;

(4) Sobrado;

(5) Apartamento;

(6) Instituição;

(7) Pensão, hotel

(8) Outros especificar: _____

30. Qual o tipo de construção?

(1) Alvenaria

(2) Madeira

(3) Péssima

31. Compartilha seu espaço de dormir com outra pessoa?

(1) Sim, com seu esposo(a);

(2) Não, dorme só;

(3) Sim, com um familiar;

(4) Sim, com dois ou mais familiares;

(5) Sim, com pessoa(s) que não é (são) da família;

(6) Outros especifique: _____

(4) Melhor

32. Na sua casa o senhor possui:

	SIM	NÃO
Água encanada	1	2
Esgoto	1	2
Eletricidade	1	2

33. Possui também:

	SIM	NÃO	QUANTIDADE
Banheiro interno	1	2	
Televisão	1	2	
Rádio	1	2	
Aspirador de pó	1	2	
Máquina de lavar	1	2	
Geladeira	1	2	
Telefone	1	2	
Automóvel	1	2	
Empregada doméstica	1	2	

III - SAÚDE

34. Em geral o(a) senhor(a) diria que sua saúde é:

(1) Ótima;

(2) Boa;

- (3) Regular;
- (4) Má;
- (5) Péssima;
- (6) Nenhuma das anteriores (especifique): _____

35. Em comparação com a saúde de outras pessoas da sua idade, o(a) senhor(a) diria que sua saúde é:

- (1) Muito pior;
- (2) Pior;
- (3) Igual;
- (4) Melhor;
- (5) Muito melhor;
- (6) Nenhuma das anteriores (especifique): _____

36. O(a) senhor(a) no momento tem algum destes problemas de saúde?

	SIM		NÃO
	Interfere na vida	Não Interfere	
a) Reumatismo			
b) Asma e Bronquite			
c) Pressão Alta			
d) Má Circulação (varizes)			
e) Diabetes			
f) Obesidade			
g) Derrame			
h) Incontinência Urinária			
i) Prisão de Ventre			
j) Problemas para dormir (insônia)			
k) Catarata			
l) Problemas de Coluna			
m) Outros Especifique			

37. O(a) senhor(a) sofreu alguma queda (tombo) nos últimos anos?

Quantas vezes? _____

(1) Sim, mas não afetou a capacidade de locomoção;

(2) Sim, afetou a capacidade de locomoção;

(3) Não;

(4) Outros, especifique: _____

(7) Outras (especifique): _____

38. O (a) senhor (a) sofreu alguma fratura no último ano?

(1) Sim, Quantas vezes? _____

(2) Não

39. Com que frequência o(a) senhor(a) mantém relações sexuais ou outras práticas sexuais? _____

40. O (a) senhor(a) sente prazer nestas práticas sexuais:

(1) Sim;

(2) Não;

(3) Nenhuma das anteriores - especifique: _____

41. O (a) senhor(a) tem interesse em manter contato sexual?

(1) Sim;

(2) Não;

(3) Nenhuma das anteriores - especifique: _____

42. Caso o(a) senhor(a) use algum medicamento regularmente, qual(is) o(s) problema(s) mais importante(s) que o (a) senhor(a) encontra para obter os remédios que toma regularmente?

- (1) Não usa nenhum medicamento;
- (2) Sem problemas;
- (3) O custo;
- (4) Não é fácil de encontrar;
- (5) Dificuldade de transporte;
- (6) Difícil conseguir ajuda para ir comprar;
- (7) Outras (especifique): _____

43. O senhor(a) utiliza:

	SIM	NÃO	PRECISARIA ADQUIRIR
Bengala			
Muleta			
Andador			
Cadeira de rodas			
Dentadura			
Aparelho Auditivo			
Restrito ao Leito			
Outro			
Especifique			

IV - SAÚDE MENTAL

Responda às questões seguintes com Sim ou Não segundo lhe pareça adequado. Não há questões certas ou erradas, mas sim situações que podem ou não acontecer com o(a) senhor(a).

44. O (a) senhor(a) acorda bem e descansado(a) na maioria das manhãs?

(1) Sim

(2) Não

45. Na sua vida diária o(a) senhor(a) sente que as coisas acontecem sempre iguais. (2) Média

(1) Sim (2) Não

(4) Pouca

46. O (a) senhor(a) tem a sensação de que ninguém realmente o(a) entende?

(1) Sim (2) Não

Agora faremos algumas perguntas para saber como está sua

47. O seu sono é agitado ou conturbado?

(1) sim (2) Não

48. O senhor(a) é feliz na maior parte do tempo?

(1) Sim (2) Não

Em que semestre estamos:

49. O (a) senhor(a) sente que o mundo ou as pessoas estão contra o(a) o senhor(a)?

(1) Sim (2) Não

50. O (a) senhor(a) se sente, por vezes inútil?

(1) Sim (2) Não

Banco

51. Nos últimos anos o(a) senhor(a) tem se sentido bem, na maior parte do tempo?

(1) Sim (2) Não

52. Repita as palavras: (um segundo para dizer cada uma, depois pergunte ao

52. O(a) senhor(a) tem sensação de solidão, mesmo quando acompanhado de outras pessoas?

(1) Sim (2) Não

Conte as tentativas e registre). Tentativa:

53. Considerando a vida que o(a) senhor(a) leva, o(a) senhor(a) diria que sua satisfação com a vida em geral, no momento é:

(1) Muita;

(2) Média;

(3) Regular;

(4) Pouca;

(5) Outra, especifique: _____

(1) Sim

(2) Não

Agora faremos algumas perguntas para saber como está sua memória. Sabemos que com o tempo as pessoas vão tendo mais dificuldades para se lembrar das coisas. Não se preocupe com os resultados das perguntas.

54. Responda as perguntas abaixo:

Em que ano estamos: _____

Em que semestre estamos: _____

Em que mês estamos: _____

Em que dia: _____

Em que dia da Semana: _____

55. Onde nós estamos?

Nome da rua: _____

Bairro: _____

Cidade: _____

Estado: _____

V - ATIVIDADES DIÁRIAS

56. Repita as palavras: (um segundo para dizer cada uma, depois pergunte ao idoso todas as três).

Caneca , Tijolo , Tapete.

(Se não conseguiu repetir as três, repita até que aprenda todas as três. Conte as tentativas e registre). Tentativa: _____



57. O senhor(a) faz cálculos?

(1) Sim (2) Não

Se a resposta for positiva pergunte: se de 100 Reais forem tirados 07, quanto resta? E se retirarmos mais 07 Reais, quanto resta? (Total de 05 subtrações).

1. (93) _____ ()

2. (86) _____ ()

3. (79) _____ ()

4. (72) _____ ()

5. (65) _____ ()

Se a resposta for não, peça-lhe para soletrar a palavra "mundo" de trás para diante.

1. O _____ ()

2. D _____ ()

3. N _____ ()

4. U _____ ()

5. M _____ ()

V - ATIVIDADES DIÁRIAS

58. Agora gostaria de perguntar sobre algumas atividades e tarefas do seu dia-a-dia. Estamos interessados em saber se o(a) senhor(a) consegue fazer estas atividades sem nenhuma necessidade de auxílio ou se precisa de alguma ajuda, ou se não consegue fazer tais atividades de forma nenhuma:

	Sem Dificul- dade	Com Pouca Dificul- dade	Com Muita Dificul- dade	Quem Ajuda	Mora Junto
a) Deitar/Levantar-cama				a	()
b) Comer				b	()
c) Pentear cabelo				c	()
d) Andar no plano				d	()
e) Tomar banho				e	()
f) Vestir-se				f	()
g) Ir ao banheiro em tempo				g	()
h) Subir escada (01 lance)				h	()
i) Medicar-se na hora				i	()
j) Andar perto de casa				j	()
k) Fazer compras				k	()
l) Preparar refeições				l	()
m) Cortar unhas dos pés				m	()
n) Sair de condução				n	()
o) Fazer limpeza de casa				o	()

OBS: Códigos de Parentesco

1. Pai, mãe, sogra(o), tio(a);

2. Cônjuge;

3. Irmãos, primos, cunhados;

4. Filhos, enteados;

5. Genro, nora;

6. Netos;

7. Bisnetos;

8. Amigos;

9. N.A. especifique: _____

59. O (a) senhor(a) tem alguma atividade física regularmente?

(1) Sim - especifique: _____ vezes por semana
duração _____ minutos

(2) Não;

(3) Nenhum das anteriores.

60. Para caminhar ou movimentar-se em sua casa, o senhor(a) o faz:

(1) Sozinho, sem dificuldades;

- (2) Sozinho, com dificuldades;
- (3) Com ajuda mecânica (cadeira de rodas, muletas, etc.);
- (4) Com ajuda de alguém - especifique: _____
- (5) Não pode movimentar-se (acamado);
- (6) N.A. especifique: _____

61. Para movimentar-se fora de casa o(a) senhor(a) o faz:

- (1) Sozinho, sem dificuldades;
- (2) Sozinho, com dificuldades;
- (3) Com ajuda mecânica;
- (4) Com ajuda de alguém especifique: _____

VI - INTEGRAÇÃO SOCIAL

62. Como o (a) senhor(a) se sente com a relação que mantém com:

	MUITO SATIS FEITO	SATIS FEITO	INSATIS FEITO	MUITO INSATIS FEITO	MORA SÓ
a) As pessoas da família que moram com o(a) senhor(a)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
b) Pessoas da família que não vivem com o(a) senhor(a)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
c) Os amigos	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
d) Os vizinhos	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

63. Considerando a relação com sua família, no geral, o quanto de tensão, conflito ou desentendimento o senhor (a) diria que existe?

- (1) Nenhum; (2) Um pouco; (3) Moderado;
- (4) Bastante; (5) Demasiado.

64. Com o passar do tempo as relações familiares vão se alterando. Comparando com 03 anos atrás, o (a) senhor(a) diria que a relação com sua família:

- (1) Piorou muito; (2) Piorou um pouco;
 (3) Permanece igual; (4) Melhorou um pouco;
 (5) Melhorou muito;
 (6) Nenhuma das anteriores - especifique: _____

65. Com que frequência o(a) senhor(a) se relaciona com:

	+ 1/Mês	1/ Mês	1/ Ano	Nunca	Não Sei
a) Vizinhos	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
b) Parentes	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
c) Amigos	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
d) Associação Instituições	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

66. O (a) senhor(a) está satisfeito com a frequência com que vê:

	SIM	MAIS MENOS	OU	NÃO	NENHUM ANTERIOR
a) Seus familiares					
b) Seus amigos e vizinhos					

67. O (a) senhor(a) tem confidente?

- (1) Sim - quem? _____
 (2) Não

68. O(a) senhor(a) tem como hábito utilizar de quais desses passatempos?

	SIM	NÃO
a) Assistir T.V	(1)	(2)
b) Ouvir Rádio	(1)	(2)
c) Ler	(1)	(2)
d) Jogar (jogos de salão)	(1)	(2)
e) Fazer atividades manuais	(1)	(2)
f) Fazer caminhadas	(1)	(2)
g) Dançar	(1)	(2)
h) Esporte	(1)	(2)
i) Outros	(1)	(2)

69. Com que frequência o(a) senhor(a) tem alguma recreação?

	+ 1/Mês	1/Mês	1 /Ano	Nunca	Não Sei
a) Festas	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
b) Passeios	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
c) Viagens	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

70. Qual é a sua satisfação em relação as atividades de suas horas de folga?

- (1) Muito insatisfeito; (2) Insatisfeito;
(3) Satisfeito; (4) Muito satisfeito.

71. Porque não está satisfeito?

- (1) Existe pouca coisa para fazer;
(2) Fica aborrecido (a) facilmente;
(3) Não tem interesse em particular;
(4) Não tem dinheiro suficiente;
(5) Não tem companhia;
(6) Tem dificuldade de transporte;
(7) Outros - especifique: _____

72. No momento, em relação às suas necessidades o (a) senhor (a) está:

	Muito Satisfeito	Satisfeito	Insatisfeito	Muito Insatisfeito
a) Econômicas	(1)	(2)	(3)	(4)
b) De saúde	(1)	(2)	(3)	(4)
c) De moradia	(1)	(2)	(3)	(4)
d) Alimentação	(1)	(2)	(3)	(4)
e) De vestimentas	(1)	(2)	(3)	(4)
f) Sociais	(1)	(2)	(3)	(4)
g) De Transporte	(1)	(2)	(3)	(4)

73. Na sua opinião, qual o problema mais sério que o(a) torna mais insatisfeito na sua vida diária?

- (1) Econômico;

(9) Outros - especifique: _____

76. Qual seria a melhor definição sobre o que é o "Envelhecimento ativo"?
- (2) Saúde pessoal;
 - (3) Falta de serviços de saúde;
 - (4) Falta de serviços sociais;
 - (5) Moradia;
 - (6) Transporte;
 - (7) Da vestimenta;
 - (8) Atividades sociais;
 - (9) Alimentação;
 - (10) Problemas familiares (conflitos);
 - (11) Solidão;
 - (12) Rejeição social;
 - (13) Não tem problemas;
 - (14) Outras - especifique: _____

74. Utiliza passe idoso?

- (1) Sim
- (2) Não
- (3) Outros - especifique: _____

75. Qual é a principal dificuldade que o (a) senhor(a) encontra em relação aos transportes coletivos?

- (1) Não costuma utilizar-se de transporte coletivos;
- (2) O(a) entrevistado(a) tem problemas físicos para usar transporte;
- (3) Não tem problemas;
- (4) Os percursos são inadequados;
- (5) Os pontos dos ônibus estão fora de mão;
- (6) Tem que esperar muito;
- (7) Os motoristas são mal-educados ou impacientes;
- (8) As escadas dos ônibus são muito altas;
- (9) Outros - especifique: _____

76. Na sua opinião qual seria a melhor definição sobre o que é o "Envelhecimento"? _____

77. Quando era jovem, costumava pensar sobre sua velhice? Como era, explique? _____

78. Fale sobre a sua instituição, prós e contras, sugestões e soluções.

ANEXO IV

Depoimentos: Idosos Institucionalizados

- 01 Envelhecimento - Eu cheguei em Marília com 18 anos, agora estou com 72 anos, tô velho. Tô satisfeito, a idéia não dá para falar mais. Quando eu era moço não pensava que ia ficar velho, com 18 anos achava que nunca ia ficar velho. Quando era moço pensava assim - vou pintar os canecos, não vou ficar velho nunca. Mas fiquei (F.S. Idoso Institucionalizado, 72a - Envelhecimento ligado ao Curso da Vida).
- 02 Envelhecimento - Eu acho que é aborrecimento, pensar muito na vida, os que não pensam demoram mais para ficar velhos. Eu mesmo antes do derrame tinha 70 anos, mas não apresentava, porque eu estava sempre contente, corado. Nunca pensei na velhice, nem em morrer, porque todos nós vamos ficar velhos e morrer, nunca fiz pouco caso de ninguém velho. (J.M., Idoso Institucionalizado, 78a - Envelhecimento ligado à Emoções).
- 03 Envelhecimento - É uma coisa natural, o sujeito tem que se preparar para aceitar o envelhecimento, ler a respeito, fazer leituras espíritas e sobre o envelhecimento, pensar nisso desde jovem. Estou me preparando para fazer a passagem de um plano de existência para outro plano de existência (morte). Acho que devemos ter um lema na vida, harmonia, amor, verdade e justiça. Não pensara na velhice quando jovem, depois dos 55 anos é que comecei a pensar, comecei a pensar na vida fora da matéria, me tornei espiritualista. (F.E., Idoso Institucionalizado, 82a - Envelhecimento ligado ao Curso da Vida).
- 04 Envelhecimento - É um patrimônio que a gente deixa, deixa os filhos, os netos, não acaba. Vemos os netos formados. Eu sempre pensei na velhice, senão não plantava, não cuidava das coisas. (D.T., Idoso Institucionalizados, 73a - Envelhecimento ligado ao Curso de Vida).
- 05 Envelhecimento - É a pessoa que não se zela, come sem medida daí fica ruim. Agora quando envelhece normal, o cabelo fica branco eu acho bonito, lindo os cabelos de algodão. Acho, bonito uma pessoa idosa que se cuida bem. É muito feliz quem fica de idade. Quando eu era jovem já sabia que ia ficar velha. Uma pessoa bem de idade com mais de 100 anos é uma criança, não sabe de nada mais. (M.S.C., Idosa Institucionalizada, 78a - Envelhecimento ligado ao Curso de Vida).



- 06** Envelhecimento - É que a gente vai envelhecendo sem perceber, sem perceber chega a doença, os problemas e a gente nem vê a idade chegar. Eu nunca pensei na velhice quando jovem, ela chegou de mansinha. (M.O., Idoso Institucionalizado, 66a - Envelhecimento ligado ao Curso de Vida).
- 07** Envelhecimento - É uma coisa que vem, a gente tem que segurar a velhice, a juventude vai se aniquilando, quando vai ver chegou a velhice, depois precisamos saber cuidar da saúde, não fazer extravagância, se cuidar bem, procurar coisas que não nos deixe nervoso, não se pode ficar isolado. Eu sempre pensava muito sobre minha velhice, quando via outros velhos, dizia que iria envelhecer e bem. Os jovens não sabem que vão ficar velhos. (O.J., Idoso Institucionalizado, 89a - Envelhecimento ligado ao Curso de Vida).
- 08** Envelhecimento - Até os 70 anos nunca tive dificuldade para nada. De 01 a 02 anos para cá sinto dificuldade, para andar, a cabeça as vezes não ajuda também, é porque eu trabalhei muito na vida. Sabe acho que valeu a pena, foi bom, trabalhei, venci e atravessei as dificuldades graças a Deus. Criei os meus filhos e os filhos de minha patroa, quando eu trabalhava. Nunca pensei na velhice, minha mãe me dizia que eu andava muito depressa e que com a velhice meus passos iriam ficar mais curtos, hoje (sorrindo) estou aqui andando mais lentamente. (M.G., Idoso Institucionalizado, 80a - Envelhecimento ligado ao Curso de Vida).
- 09** Envelhecimento - É a pessoa que atura muito, quem não atura muito morre novo. É bom quem envelhece porque faz de tudo na vida, quem morre novo não faz nada. A única coisa chata, o duro de ficar velho é só se ficar doente, ficar na mão dos outros, não poder andar. Eu nunca pensei na velhice, eu tinha sitio, engenho, carro de boi, criação eu pensava em ficar rico mas não deu certo. Meu pai morreu e os meus irmãos gastaram todo dinheiro. (S.F., Idoso Institucionalizado, 77a - Envelhecimento ligado à Autonomia Funcional).
- 10** Envelhecimento - Os anos vão passando, a idade, o corpo envelhece mas o espírito não envelhece. Eu mesmo entrei nova na mansão com 40 anos e hoje já estou de cabeça branca. É bom envelhecer, passar por mais experiências, ser criança, jovem, passar por problemas, compreender a vida, passar por saúde e por doença. Eu nunca pensei na velhice, pensava em sair pelo mundo e saí do Norte depois que meus pais morreram. Pensei que iria sofrer muito porque não tinha leitura mas não. Só que hoje não consigo ler a doutrina espírita. (M.A., Idoso Institucionalizado, 76a - Envelhecimento ligado ao Curso de Vida).



- 11** Envelhecimento - Para mim é uma felicidade eu sou feliz porque sou velho, acabou a labuta, a luta para criar os filhos sustentar a casa, agora a gente fica liberto. Nunca me preocupei com a velhice. (A.B., Idoso Institucionalizado, 81a - Envelhecimento ligado ao Curso de Vida).
- 12** Envelhecimento - Você acha que podia não ficar velho? Tem muito jeito, eu não sou estudado, mas na idéia vou explicar. Para Deus tudo é novo. Envelhecimento começa com as doenças de criança, se não é bem cuidada, se quando adulto passa fome, não tem hora para comer daí pode ser novo que não tem, tem força, agora aquele que é velho e sempre se cuidou e se cuida envelhece bem, naturalmente, vai estar aí andando sempre com saúde. Não pensava na velhice, nunca pensei que ia chegar na idade que estou. (F.C., Idoso Institucionalizado, 83a - Envelhecimento ligado ao Curso de Vida).
- 13** Envelhecimento - É a cuca da gente achar que a gente tá velho, mas eu não me sinto assim. Eu tô costurando, andando, tô feliz da vida. Tem moço que é velho, não faz nada o dia inteiro, só pensa bobagens. Não pensava na velhice quando jovem, só pensava em trabalhar. (A.J.S., Idoso Institucionalizado, 74a - Envelhecimento ligado a com a Emoção).
- 14** Envelhecimento - É a gente que faz, eu estraguei os meus, fiquei viúva, só cuidei da minha filha, não pensava em mim. Hoje eu pensaria diferente, acho errado o jeito que eu era. Vendi a casa para estudar a minha filha, não dormia enquanto minha filha não chegava. Minha filha é professora de línguas e hoje tem 02 lojas, ela nem gosta do que fez. Nunca pensei na velhice, fui sempre muito alegre. Mesmo depois de adulta, sempre pensei apenas no presente, no que eu estava passando. (O.M.S., Idoso Institucionalizado, 72a - Envelhecimento ligado com o Emocional).
- 15** Envelhecimento - Os anos passaram, os anos pesaram nos ombros, mas não me sinto velha, não sei porque. Talvez porque não estou acamada, ando, vou de um lado para o outro, me cuido bem, tenho boa memória. Sabe, precisa sempre olhar para trás, tem muita gente pior que nós. Nunca pensei na velhice, nunca fiz planos para a velhice. (M.A.P., Idoso Institucionalizado, 76a - Envelhecimento ligado à Autonomia Funcional).
- 16** Envelhecimento - Não é grande coisa ficar velho, que Deus permita a morte de todos antes dos 70 anos. Dos 70 anos para frente não é grande de coisa, porque a gente depende dos outros e o bom é não depender dos outros, fazer tudo sozinho. Eu pensava na velhice, pedia a Deus para não depender de ninguém, pensava em trabalhar, para ter uma renda de dinheiro na velhice, com muito sacrifício consegui ter uma renda para velhice. (A.F.I., Idoso Institucionalizado, 92a - Envelhecimento ligado à Autonomia Funcional).



- 17 Envelhecimento - Nem é a idade e nem é nada, é a pessoa que faz, gosto de dançar, me divertir, de olhar um homem bonito quem não gosta. Lá em São Paulo tinha uma mulher muito mais velha que gostava do meu filho, ela parecia uma mocinha, se arrumava bem, andava bem vestida, maravilhosa ela. Nunca pensei na velhice, porque eu tinha uma vida tão boa, brincava no sítio de lenço atrás, amarelinha. Era namorar, matinês se divertir. Comecei a pensar na velhice agora aqui no asilo, e estou muito bem. (O.G., Idoso Institucionalizado, 73a - Envelhecimento ligado ao Curso de Vida).
- 18 Envelhecimento - É natural quem não morre de moço de velho não escapa. Não me sinto deprimida por estar ficando velha, aceito com naturalidade. É uma conscientização íntima, talvez por eu ser espírita, estudar muito até hoje, acho a velhice natural. Sei que estiver viva envelhecerei dia-a-dia e isto não me deixa aborrecida. Cada dia vou para uma velhice maior. Eu sempre fui muito bem organizada, sempre previ o amanhã, não sei se pela educação, pelos estudos sempre pensava no amanhã. Eu sempre fiz um lastro para quando eu ficasse velha, eu estudei muito, fiz escola de artes, datilografia, cursos de psicologia, prevendo sempre o amanhã, prevendo a minha velhice. Sempre fui muito independente. Viajei muito, sempre soube me comportar. (I.M.A., Idoso Institucionalizado, 76a - Envelhecimento ligado ao Curso de Vida).
- 19 Envelhecimento - Eu acho muito triste, não me conformo em ficar velha. Queria parar de envelhecer aos 50 anos. Nunca pensei na velhice, já ganhei bem na vida, podia ter guardado e nunca guardei. Nunca fiz planos senão poderia ter até um apartamento para morar. (D.S.B., Idoso Institucionalizado, 73a - Negação do Envelhecimento).
- 20 Envelhecimento - Passam os anos e não deveria existir o envelhecimento, a gente deveria ficar sempre igual. Porém dizem que o espírito não envelhece acredito nisso. Achei que nunca iria envelhecer. Não achava os velhos velhos, adorava meus pais e meus avós. (A.S., Idoso Institucionalizado, 72a - Negação do Envelhecimento).

Depoimentos: Idosos Não Institucionalizados

- 01 Envelhecimento: É a coisa mais natural do mundo, quando a gente nasce já começa a envelhecer. Então eu acho que é uma coisa que acontece para todo mundo e todo mundo tem que achar muito natural. Cada um tem que se adaptar e se conformar e se alegrar de ter vivido mais tempo, porque quem não envelhece, morre cedo, então não há

vantagem de não passar por esta fase. Envelhecimento é uma concessão. Divina, uma graça Divina que o gente conseguiu ter chegado até aqui. Nunca passei e nem me preocupei em ficar velha, sempre fui vivendo naturalmente sempre aproveitando cada pedaço, cada coisa que aparecia sem me preocupar com isso, nunca fiquei imaginando coisas da velhice, aconteceu naturalmente, sem estar muito preocupada. Envelhecimento é uma fase rica, que a gente já aproveitou, aproveita todos os minutos da vida, e a gente tem muito mais condescendência, muito mais compreensão para com as coisas que nos rodeiam, muito mais tolerância; porque a gente já aprendeu que a vida tem diferença então a gente fica mais tolerante, mais agradável. Para mim eu acho que o envelhecimento me agrada inclusive cada coisa que eu vou fazer eu já vi que tenho que fazer desta maneira porque é mais fácil, eu quando eu era moça eu não sabia que isto era mais fácil, eu fazia de outra maneira. Os anos nos trazem mais sabedoria, experiências mais garra para a vista, para melhorar. (E.G., Idoso Não Institucionalizados, 76a - Envelhecimento ligado ao Curso de Vida).

- 02** Envelhecimento - São as limitações que as pessoas com o correr do tempo, vão tendo, você vai ficando limitado, complica tudo, os limites da pessoa aparecem, deixa de dançar, passear, porque tudo vai ficando difícil, por exemplo: excursão à Europa, que eu sempre tive muita vontade ir, hoje não posso, porque tem que andar, caminhar eu não posso, subir, descer ladeira, não posso, então sou limitada não é? E isto é assim com tudo porque eu acredito que nem dirigir alguns não conseguem porque você vai ficando com os reflexos mais diminuídos, então na vida de hoje que é uma corrida infernal, você tem que estar muito ativa. O problema que hoje ainda eu não tenho seria o de audição, eu não tenho isso, mas o envelhecimento traz essas diminuições todas. É uma época triste, porque em geral as pessoas são mais afastadas do seu meio, porque dizem "A pessoa é idosa, é velho, isso e aquilo, já não pode fazer mais nada, e isto é muito ruim, porque há muitos que tem disposição e podem ainda aproveitar. Eu tenho disposição mas sou limitada, porque tenho dores, se eu não tivesse dor eu seria ótima. Hoje tive uma aula de Tai-Shi-Chuan e eu tive dores, sei que não posso fazer, porque tenho dores, então já é um Limite. Minha dificuldade atual é que estou atacada da parte cervical, então se eu ficar no meio de uma conversa olhando de um lado olhando para o outro, para um lado e para o outro, pronto eu vou ficar travada, e isto não me deixa fazer tudo aquilo que eu gostaria de fazer. Nas visitas às mansões ou aos asilos o que se nota é a solidão dos idosos, e isto é muito triste, e por mais que você vá, conversa, animá e tudo mais, falta alguma coisa para eles que é justamente o carinho e o amor da família, muitos não tem família, mas os que tem sentem mais ainda a falta, isto a agente nota nos asilos que estamos participando no curso. Nunca pensei na



velhice, mas participei muito da velhice dos meus avós, meu avô era uma criatura maravilhosa, tinha muito conhecimento sem ter tido estudos, mas era de uma bondade infinita, minha vó materna era ao contrário, era brava, exigente, impertinente, mas admirávamos a parte que ela era dona de casa, sempre ali muito constante com todos, mas eu mesma pensar na velhice não. Uma coisa que eu não gosto é quando estou dirigindo e passa uma bicicleta, ele que está errado, mas ele acha que sou eu, então ele grita, "Sai Velha" (risos) então isso não é bom (risos). (C.F., Idosos Não Institucionalizados, 74a - Envelhecimento ligado à Anatomia Funcional).

03 Envelhecimento - Eu acho é acumulo de anos (risos), porque não me preocupa estar chegando ao término de um período de vida, não tenho preocupação nenhuma, não penso na morte, não penso em nada, quero viver sempre o momento. Nunca pensei na velhice, é incrível né, mas nunca pensei e nem penso, não penso que sou idosa, engraçado isso né, devia pensar que eu estou idosa, mas eu me esqueço que eu tenho idade, é tão natural que para mim o correr dos anos é normal, como se fosse na minha juventude, continua do mesmo jeito, felizmente eu não tenho preocupação. Eu acho que as pessoas deviam sempre deixar de pensar no final, no término de uma existência, porque as vezes esses sentimentos acabrunham muito as pessoas não é, ficam pensando, ah! já estou idoso, estou no fim da vida, como eles costumam dizer, eu acho que não é por este caminho, a gente tem que pensar que vai viver amanhã, vai viver depois e vamos continuar até o dia em que Deus disser, basta, hoje terminou sua caminhada, sem preocupação com o tempo, com a velhice, eu acho que é viver procurar viver. (N.B.G, Idosos Não Institucionalizados, 78a - Envelhecimento ligado ao Curso de Vida).

04 Envelhecimento - Depende de como ele é visto, eu para mim o envelhecimento foi passar mais uns anos de minha vida, as modificações são normais mesmo, os filhos crescem, a gente vai ficando sem eles, mas em compensação, temos compensações, a gente tem os netos que nos alegram bastante, tem o aumento da família, tem outras famílias que entram junto com os genros e tudo, eu acho que envelhecimento é uma felicidade, porque feliz daquele que chega na velhice. Quando jovem nunca pensei em velhice, eu vivia o momento, nunca me preocupei com a velhice não. (A.V.A, Idosos Não Institucionalizados, 61a - Envelhecimento ligado ao Curso de Vida).

05 Envelhecimento - Olha eu ainda não tenho uma definição própria, porque eu não me sinto envelhecendo ainda, eu tenho muita atividade, e eu não parei para pensar, então eu acho que a gente tem que saber envelhecer, porque a gente faz a vida da gente não é? Então eu acho que não me preparei, mas eu não estou me sentindo velha (Risos).



Quando jovem nunca pensei na velhice, me sentia muito criança sempre, porque eu, faço coisas que pessoas mais novas não fazem, e quando era mais moça nunca pensei na velhice e estou com 62a e não estou me sentindo velha, me sinto capaz de muita coisa ainda, sabe eu tenho muita atividade e consigo fazer as minhas atividades, enquanto eu estou conseguindo fazer eu não estou sentindo a velhice, eu consigo dar conta de tudo e quando eu fico parada eu me cobro: "puxa estou parada" porque não fazer alguma coisa. (A.C., Idosos Não Institucionalizados, 62a - Envelhecimento ligado a Anatomia Funcional).

- 06** Envelhecimento - Apesar que por enquanto eu me sinto corajosa para trabalhar bastante, eu ainda não cheguei me perguntar o que é o envelhecimento. Olha francamente eu tenho medo (Risos), cada um sente um tipo de coisa né, eu morro de medo de ficar uma pessoa invalida, que não agüenta andar, não agüenta trabalhar, eu acho que eu estou sendo muito mal com minha mente não é? Eu me sinto com a mesma coragem de quando eu tinha 30 anos, eu trabalhava num restaurante que soltava 70 refeições no almoço ou mais, me sinto com a mesma coragem, não faço porque os filhos não deixam, mas senão aqui era um restaurante pois por (atualmente é uma pensão) enquanto eu consigo fazer tudo. Quando jovem nunca pensei na velhice, nunca pensei que fosse ficar uma pessoa com dificuldade para isso ou para aquilo, nunca pensei, ainda mais que eu era muito sonhadora, humilde e sonhadora. É aguardar o envelhecimento, para ver o que vai ser, faço de conta que não sou velha ainda. (M.A.J, Idosos Não Institucionalizados, 68a - Envelhecimento ligado a Anatomia Funcional)
- 07** Envelhecimento - Eu não tive problema com o envelhecimento graças a Deus. A gente casou novo os dois e a vida veio normal, não senti o envelhecimento, não tenho medo, e peço a Deus assim, da gente estar sempre os dois juntos, porque eu falo sempre "A hora que a gente está os dois juntos, não tem problema nenhum. Não tem velhice, eu não sinto que eu tô velha, que eu não "guento" fazer nada tá entendendo, não sinto a velhice. O amor é o que ajuda. Quando jovem nunca pensei na velhice, no caso de ter medo de chegar na idade que nós estamos acho que é uma coisa normal da vida. (A.C., Idosos Não Institucionalizados, 68a - Envelhecimento ligado a Anatomia Funcional).
- 08** Envelhecimento - Para mim não existiu envelhecimento. Foi uma rotina de trabalho que o envelhecimento veio normal, sem sentir e não me sinto velho. Acho que é o saber viver, eu acho que a pessoa ser honesta, ser tolerante, saber respeitar para ser respeitado. Para mim o que valeu foi o trabalho, foi gratificante. Quando jovem nunca me preocupei com a velhice, me preocupava sim com os problemas dos filhos isto sempre me preocupei. eu quando era estabelecido, o começo

era as vezes fraco, então eu tinha medo que eu não conseguisse dar o que era necessário, que eu sempre tive em mente de poder dar o que eu não consegui ter dar a eles que seria o diploma, na verdade eu consegui. No meu conceito ainda eu falei, quando o filho mais velho sair da universidade eu entraria, meu plano era fazer Medicina, mas infelizmente veio os problemas de saúde e eu achei que tirar o lugar de um jovem era inútil. Para chegarmos onde chegamos 4 coisas são essenciais: tolerância, respeito, confiança e amor. (A.C., Idosos Não Institucionalizados, 69a - Envelhecimento ligado à Autonomia Funcional).

- 09** Envelhecimento - Quando a gente envelhece numa boa, feliz, sem preocupação de doença, de nada, numa boa assim, sem muito trabalho, assim como eu, eu estou envelhecendo agora, melhor do que eu era, do que antes eu era, eu sou bem feliz agora, graças a Deus, eu acho que envelhecer assim é bom eu acho. Eu tô numa boa graças a Deus não sinto nada, não tomo remédio para nada. Quando jovem nunca pensei na velhice. A única coisa é que quando comecei a envelhecer, eu olhava no espelho, eu olhava no espelho via as rugas eu ficava assim aborrecida, primeira coisa quando eu vi rugas aqui no meu colo eu fiquei triste, eu corri lá na mulher que vende Avon eu falei para ela, sobre algum creme, um negócio que tirasse aqui (rugas) olha como que esta, quando durmo fico assim, comentei com uma amiga como era chato e ela disse "a gente olha no espelho e vê que tá envelhecendo, ficando com rugas, tudo, é chato, mas com o tempo a gente vai acostumando entra no processo de envelhecimento e pronto, a gente já esquece, deixa para lá. Olha eu peguei o processo bem de 02 anos para lá quando entrei na 3ª idade, foi a coisa melhor que aconteceu, para todos, todo mundo tá adorando a mulherada por ai tá vibrando, a gente esquece, se arruma, quer ficar sempre bonita, se arruma bem, e até emagrecer eu emagreci, vou lá, o pessoal fala, "nossa que lindas, você emagreceu, este vestido ficou bom para você, fico feliz contente. (L.O., Idosos Não Institucionalizados, 61a - Envelhecimento ligado ao Curso de Vida).
- 10** Envelhecimento - Levando uma vida normal na família, na sociedade, religião o envelhecimento acontece normalmente, para mim não tenho preocupação com isso, porque minha vida está bem, eu estou com 60 anos não tô acreditando ainda, se eu tô com vontade de subir no telhado para trocar telha, subo e pronto (risos). Acho que tem que meditar bastante, ter a sua hora para andar, para se arrumar, para se tratar, porque você estando de bem consigo mesma e é o que eu faço eu ajudo a família a enfrentar os problemas, eu até recebi um cartão da minha filha que diz assim, "A Mãe no meu Ponto de Vista" e dentro cartão ela me mandou quase nada escrito mas tava assim "É a melhor" e eu fiquei muito contente porque eu sei que eu fiz o melhor para eles, então em qualquer lugar tudo o que eu faço, eu procuro viver melhor e

fazer melhor. É uma sensação de ter cumprindo, de ter feito o que é preciso fazer. Quando jovem, eu fui uma jovem muito feliz, porque a minha mãe também foi muito legal, assim como eu tentei ser igual para os meus filhos, mas eu, nem imaginava que eu ficar assim como minha mãe, e que os meus filhos iam fazer para mim, o que eu fazia para minha mãe coisa bem íntima de família. Agora preocupada com o futuro eu sempre fui, sempre me preocupei em ter minha casa, procurar uma casa que não tivesse escada dentro, procurar uma casa no centro da cidade, com tudo perto de mim. E que tudo que eu precisasse eu tinha acesso não depender de pessoas, ter uma casa que eu possa arrumar e limpar com facilidade se caso eu não pudesse ter uma pessoa para me ajudar, eu sempre tive essa preocupação, mas quanto a ficar muito preocupada não, eu acho que envelhecimento não é bem uma coisa para a gente ficar com cara feia, as ruguinhas que aparecem são sinais, não são velhice, não é sinal de velhice, são experiências da vida e a gente encontra em tudo, em tudo e em todos.. Respeitar muito o idoso eu sempre aprendi, desde criança. Quando eu tinha 9 anos eu tive assim uma vizinha Austríaca e eu tinha paixão por ela, e ela me ensinou coisas que ainda hoje eu uso, ela era muito inteligente, estudada, e na minha época, com 9 anos, isso a quase 51 anos atrás, eu procuro por em prática aquilo que eu aprendi com ela e é muito bom, foi muito bom para mim, dar a mão para o idoso, então eu faço ainda como se eu não fosse idosa e tivesse que ajudar o idoso. Faço visitas a idosos, fico em hospital, há pouco tempo eu perdi uma amiga de 96 anos fique muito triste, ela era minha amiga. O Recado é estar de bem consigo mesmo procurar fazer aquilo mesmo que sente prazer independente da fase da vida. (L.J., Idosos Não Institucionalizados, 60a - Envelhecimento ligado ao Curso de Vida).

- 11 Envelhecimento - Olha eu nunca me preocupei muito com o envelhecimento, e eu passei minha vida fazendo tudo assim normalmente, trabalhando, assim, sem pensar muito em envelhecer, nunca me preocupei muito e as vezes eu penso que daí eu não ter envelhecido muito. Porque eu vejo pessoas que ficam olhando no espelho se já têm a primeira Ruga, ou se tem rugas ou cabelo branco, eu não me preocupo com nada disso, eu acho que, eu nem uso creme no rosto, eu acho que se agora meus cabelos estão brancos eu não uso tinturas e nem vou usar nunca, porque eu falei "Eu estou com idade de aparecer cabelos brancos, eu vou assumir "então eu não me preocupo com a velhice eu até acho bonito cabelos brancos podendo ficar com eles; não é importante, eu nunca me preocupei com a velhice. É uma consequência, uma coisa natural eu já vivi, então eu tenho que chegar a velhice né? Eu encaro isso como uma coisa própria da vida. É, é uma nova fase, vai indo assim. Eu não sei se é porque eu nunca fui assim pessimista (sempre tudo que eu fiz, eu fiz gostando do que eu estava



fazendo, quando eu dava aula eu era considerada ótima professora, hoje eu penso porque eu queria fazer tanto, porque eu queria ensinar tanto e então eu trabalhava muito, mas eu trabalhava muito porque eu era feliz trabalhando bastante, então eu tive uma vida muito ativa sempre e para começar desde criança, eu tive uma infância meia, meio ruim, sem mãe só com pai e eu fui a mais ativa de casa, então eu já acostumei nesta vida. Sempre muito ativa e nunca tive tempo de pensar, eu vou envelhecer, eu vou ficar velha, eu vou ficar feia, não pensei nisso. Olha eu não sei se eu não tenho memória muito boa sabe, mas eu não me lembro de eu ter pensado na velhice quando jovem, de eu ter me preocupado com isso. Bem planos a gente faz, eu gostaria que meus filhos estudassem, eu tive vontade de ver meus filhos formados, meus filhos casados. Isso eu imaginava, de ver meus filhos todos formados, mas não tive problemas comigo, de pensar muito.

Agora espere, eu lembrei alguma coisa, eu tenho um pouco de medo, de envelhecer-me e ficar doente e precisar dos outros e principalmente de ficar na cama, ficar parada, ficar numa cadeira de rodas, eu tenho medo, eu detesto ficar parada num lugar esperando tudo dos outros, eu acho que isso é um dos meus medos. Dos anos não, eu tenho medo de ficar assim numa cama ficar dependendo dos outros e ficar parada, imóvel, ficar esperando dos outros eu não gosto, pode-se dizer que eu tenho medo, eu preferia morrer de uma doença mais rápida que não desse tempo de eu ficar dependendo muito dos outros, ficar imóvel, eu não gosto de parar. Até agora eu não tenho nenhum problema, então até prefiro não viver, muito, porque geralmente uma pessoa com 88 ou 90 anos não pode ter muita saúde né? Eu tenho medo de chegar nesta idade e estar inutilizada e precisar muito dos outros. (A.C.G, Idosos Não Institucionalizados, 65a - Envelhecimento ligado ao Curso de Vida).

- 12** Envelhecimento - É o dia-a-dia na vida da gente que vai aos poucos, a gente vai conseguindo enfrentar todos os problemas e eles maiores ou menores temos que administrá-los. Agora acontece que o envelhecimento na vida do ser humano depende também do seu interior porque a gente tendo o interior sadio e uma fé muito grande a gente enfrenta com mais disposição e com menos sofrimento né? O meu envelhecimento tem sido, muito bom, agora eu ponho sempre alguém na frente desse meu envelhecimento que é Deus, porque sem ele eu não conseguiria enfrentar, então tudo o que me acontece de bom ou ruim eu agradeço a Deus, e peço forças para que consiga levar, continuar enfrentando, então eu tenho uma fé muito grande, que tem me ajudado muito nesta caminhada a enfrentar todos os perigos, o que passei a vida toda e continuo enfrentando. Quando era jovem, eu não pensava sobre a velhice, não tinha a mínima idéia do que seria a velhice, apesar de ter os pais bem idosos e cuidar deles, nunca me preocupei com a velhice, então ela vai chegando, vai chegando e a gente tá aqui. Nunca fiz

planos, como tinha meu pai com 96 e minha mãe com 92 anos por isso é que talvez nunca me preocupei com a velhice, achava uma coisa natural eles caminhando e a gente ali caminhando também, nunca preocupei com a velhice mas ela chegou (A.E., Idosos Não Institucionalizados, 70a - Envelhecimento ligado à Emoção).

- 13** Envelhecimento - É o tempo de vida, em que a gente deve melhorar a qualidade de vida, procurar ter satisfação em viver, e procurar fazer tudo que gosta sem se preocupar né? A gente sempre tem objetivos futuros né? Eu sempre pensei em fazer muitas coisas que eu não conseguia fazer quando eu lecionava né, eu tinha uma vida muito ativa, trabalhava o dia todo na escola, em casa, então eu pensava em fazê-lo quando me aposentasse. Quando eu me aposentei, eu pensei em estudar música, porque eu gosto muito de cantar, depois eu vi que é muito demorado, piano e estudar música eu achei que não dava, eu não encontrei tempo para fazer isso, e como eu estava no coral eu comecei a cantar, mas eu sempre pensei em melhorar, eu tive uma vida muito sacrificada com filhos, com marido doente, então eu sempre procurei melhorar minha qualidade de vida, fazer coisas que eu não tinha conseguido fazer, trabalhando. Depois da aposentadoria a gente tem que procurar melhorar, ter satisfação pela vida e procurar melhorar qualidade de vida, procurar fazer coisas que gosta, ter amigos, não ficar em casa, trabalhando e só trabalhando, pensar também em ter uma vida social, e isto é fácil porque é como eu que entrei numa equipe de viúvas, eu tenho minhas amigas que quando eu queria sair era só telefonar para elas, se uma não podia a outra saía e a gente sempre tinha amigos para passear, agora que estou namorando, agora não tem problema, agora eu saio com ele. Eu tinha esse meu namorado como um amigo né e quando ele ficou viúvo, há quase um ano, ele, a gente conversava sobre a viuvez dele e tudo e com isso nós conseguimos namorar normalmente, foi uma coisa tão espontânea e eu acho muito bom estar com ele ter esse relacionamento, poder dançar. Eu parei de ir em bailes para eu ficar sentada o tempo todo, bailes assim vai casais, todos vão acompanhados, então eu sentia que não valia a pena ir num baile, ficar até tarde sentada numa cadeira, vendo os outros dançarem né? É a mesma coisa que ir numa sorveteria, ver os outros chupar sorvete né? (Risos) Eu achava que não valia a pena, eu parei de ir; mas eu gosto muito de dançar e agora estou dançando. Ah! o envelhecimento depende da pessoa, se a pessoa está bem, ela não se preocupa com o envelhecimento, agora se ela está mal, eu tive uns tempos né, que eu comecei a pensar "Ah era preferível morrer, assim eu estava tão mal assim que eu falei, não vale a pena viver do jeito que eu vivia, tão sacrificada, insatisfeita, eu tive um tempo, que eu tava muito insatisfeita com todos e com tudo né? Agora eu é que não estava bem, não é, depois que eu melhorei, que eu procurei psicólogos, fiz terapia

eu melhorei bastante, estou fazendo até agora, e ajudou bastante e mesmo no amor Exigente eu aprendi muita coisa, porque tudo que aconteceu de ruim com os meus filhos eu carregava a culpa e ficava me perguntando. Onde eu errei? Eu queria acertar, concertar e não era possível, eu não tinha condição porque a vida era deles né, para mim eu tinha sido uma mãe descuidada, muita coisa eu costumava pensar, o que é que eu fiz pro meu filho entrar na droga, ter filho antes de casar, então eu só punha culpa em mim e pensava o que eu poderia fazer para ter evitado isso. Então eu vivia mal porque eu estava ruim de cabeça eu não estava bem, agora então lendo livros do amor exigente eu fiquei sabendo que eu era infeliz porque eu era co-dependente dos meus filhos se eles não estavam bem eu não estava bem também eu não podia falar, meu filho está drogado, mas apesar disso eu estou procurando viver bem, eu não podia pensar assim, eu não conseguia, porque eu estava muito ruim.

Eu sempre pensei na velhice com medo, eu não pensava eu ser uma pessoa feliz, eu achava que pessoa velha era pessoa infeliz, eu não aceitava, eu não sei, eu vi muitas pessoas, velhas triste, depois eu não me preocupei mais não. Agora eu não me preocupo, nenhum pouco com a velhice, as vezes eu pensava quantos anos, faltam para eu morrer, como se fosse estipulado uma idade, isso era o medo que eu tinha, agora eu não tenho mais. Ah! eu acho que envelhecer depende muito da pessoa, a gente sempre tem que procurar a qualidade de vida né. (D.M., Idosos Não Institucionalizados, 63a - Envelhecimento ligado ao Curso de Vida).

- 14** Envelhecimento - É os anos que a gente vai passando, os anos que vamos vivendo, o envelhecimento é uma coisa muito boa na vida porque a gente sabendo envelhecer a gente vive sempre bem com o envelhecimento. Saber envelhecer é ter na vida tudo o que a gente pensa na vida é saber envelhecer. Em primeiro lugar ter saúde, viver bem com todos, com os amigos, com os parentes, com os filhos, com as noras, viver bem com todos, então eu acho que é saber envelhecer. A amizade é importante no saber envelhecer, porque ninguém vive sozinho, a gente precisa dos amigos para viver, viver sozinho, fica uma vida de solidão. É importante ter amigos, eu sempre tive bastante amigos hoje em dia também, graças a Deus. Eu acho esse curso que fazemos agora com Dr. Rigolin e com você, nós temos um envelhecimento bem melhor do que antes, quando a gente não freqüentava curso nenhum, porque nós aprendemos muito com vocês, tivemos muitas materias, aprendemos muitas coisas que nós não conhecíamos, então hoje nós estamos conhecendo. É uma boa coisa para o envelhecimento. É a 3ª idade ajuda também muito a gente envelhecer, os grupos de idosos. Quando eu era jovem não pensavam na velhice tinha a impressão de que eu nunca ia envelhecer, comecei a pensar, depois dos 40 anos no envelhecimento. Como agora eu já estou com 72 anos, então agora eu

estou levando o envelhecimento mais á sério. Ah! a gente já vem pensando no fim da vida, estamos chegando no fim da vida já, então a gente tem que aproveitar bem esses últimos tempinhos que tem para depois não ter arrependimento de que não aproveitou bem o envelhecimento. Cada dia que passa eu quero aproveitar mais, viajando passeando, dançando como eu faço, como eu costume fazer. Desde jovem, eu sempre freqüentei muita sociedade, viajei muito, dancei muito, aproveitei muito minha mocidade, e continuo aproveitando até hoje. Foi na época que meu filho cresceu e já estava pensando em se casar, que eu comecei a pensar no envelhecimento. Agora já vem os netos, a gente precisa pensar no envelhecimento, pensar melhor na vida, levar a vida mais a sério. Valorizar mais a vida, aproveitar é dar mais valor a vida, porque os tempos já estão passando e a gente vai tendo mais orientação da vida né? Vai acostumando mais, viveu mais, tem mais orientação. (G.E., Idosos Não Institucionalizados, 72a - Envelhecimento ligado ao Curso de Vida).

- 15** Envelhecimento - É a diminuição da capacidade física, principalmente da física que a gente sente mais, um pouco da mente também. Sou conformada em ir aceitando as coisas, fazendo o que a gente pode de melhor para a gente. Não me sinto muito velha (risos). Não faz muito tempo que eu penso na velhice não, lá pelos 40 anos, não sei direito. Bom acho que casar talvez eu pensasse. Tinha medo de ficar sozinha não ter companheiro, preferi casar, porque meu pai nesta ocasião me propôs que eu fosse trabalhar com ele não falava, mas dizia: você as vezes não combina com irmão, com cunhada, então isso já era temido, um pouco devido minha idade. Acho que a gente tem, que viver o melhor possível dentro da idade que a gente tem e a gente tem muita atividade, a igreja evangélica por exemplo tem muita atividade ainda mais com o novo o pastor. (L., Idosos Não Institucionalizados, 63a - Envelhecimento ligado à Autonomia Funcional)
- 16** Envelhecimento - Acho assim que muda a vida da gente, a gente vai ficando uma pessoa mais sensível, mais sem força, sei lá por muito que a gente tenha saúde tudo mais muda sim. Ah!, acho que é isso que eu falei, uma pessoa de idade não tem aquele ânimo, aquela disposição de fazer tudo o que a gente quer, então, tem que aproveitar antes de envelhecer eu acho. Porque antes de perder meu esposo eu era bem animada eu nunca nem pensei que eu era de idade fazia as coisas, as vezes ele mesmo chamava atenção, você não pode fazer isso você não lembra a idade que você tem? Nem lembro "preto" a idade que eu tenho, aí sinto bem, eu posso subir aqui, eu posso fazer isso, então nem pensava que eu tinha a idade que eu tinha, tá me machucando muito faz um mes e meio que ele morreu eu estou assim, muito desanimada, parece que eu envelheci mais, muitos anos há mais, eu tô sentindo, tô

sentindo! Mas eu espero que vai voltar meu ânimo se Deus quiser, vai voltar porque eu não sentia a velhice até agora, até antes de acontecer isso. Foi tudo muito bom para mim, agora que eu tô assim “não é derrotada, é triste né? mas passa, vai passar, quero voltar no normal que eu era que eu sei muito bem, que ele não quer eu assim também. Vou superar, vou sim. Você sabe que de vez em quando eu imaginava assim, eu falava com meu marido, nós precisamos guardar dinheiro para quando a gente ficar bem velhinho, então os filho não vão poder tomar conta da gente, porque os filhos todos trabalham tem sua família, nós temos poucos filhos três só, então a gente precisa guardar dinheiro, para a gente pagar pessoas para tomar conta da gente. Ah!, guardei muito pouquinho, não deu para guardar muito ih! ultimamente o pouquinho que a gente tinha não valeu mais nada também, porque ficou muito pouco a poupancinha né, então. Eu dizia nós dois, um não vai poder cuidar do outro, só fazer companhia um para o outro, precisa ter quem cuida da gente, né? os filhos não vão poder cuidar. Ah!, pelo menos agora eles estão cuidando muito de mim né? Muito mesmo, mas é uma correria coitados eles chegam correndo e faz o que tem que fazer, e fala o que tem que falar e volta então é aquela correria mas tão cuidando. Agora cuidar assim que eu digo, é quando a gente fica doente é que eu pensei que nós dois fosse mais ficar assim bem velhinhos, precisa levar para a cama fazer, banho, né? então os filhos, não dá para fazer isso, porque eles tem a obrigação deles né? a gente nem deve exigir deles né? Sempre eu pensei isso com ele. (A.T, Idosos Não Institucionalizados, 70a - Envelhecimento ligado à Emoção)

- 17** Envelhecimento - Pode até ser físico, porque esse não dá para a gente esconder, mas o psíquico, espiritual ele é sempre enriquecido, mesmo quando a pessoa não tem uma boa escolaridade. A prática vale mais do que a gramática, então essa prática da vida vai servir muito de experiência e experiência eu sei que é uma coisa que não se transfere, é uma coisa que a gente adquire e a velhice é rica em experiência, então vai contrabalançar essa perda da beleza humana que vai acontecer não é, porque a vida é isso aí, nós não podemos segurar o passar do tempo, a velhice, sobre nosso corpo material, eu acho isso, que se a gente perde de um lado fisicamente a gente ganha muito espiritualmente, principalmente se a gente souber aproveitar as leituras, e as experiências de vida né, se enriquecendo a cada dia, se burilando a cada dia, apurando aquelas arestas. Se a gente for capaz de ser humilde, de aprender com todos eu acho que a velhice pode ser aproveitada com alegria. A vida foi rica para mim, todo dia aprendendo com alguém, as vezes um “simples” humano, mas que nos passam uma experiência tal né? Uma experiência de vida que as vezes eu nem esperava, e aprendendo as vezes com um analfabeto, tanta coisa, com uma criança, é só parar para pensar e ver como a gente pode adquirir

riquezas espirituais todos os dias. Todos os dias, todo o dia, e na verdadeira assepção da palavra aprender, você sabia que é difícil o dia que não vou ao dicionário. eu porque tô toda hora escrevendo, e me aparecem palavras novas, eu tenho que saber se aquele acento existe mesmo, se continua mesmo, ainda mais aqueles acentos diferenciais que caíram, então todo dia eu estou aprendendo e parece que eu nunca sei nada, que todo dia eu tenho que ir ao dicionário para ter certeza da coisa. Eu tenho muito medo da velhice medo assim de não poder me mexer por mim mesma mais tarde né? Eu queria ser sempre uma pessoa leve como sou hoje, com autonomia, fazendo o que quero, por enquanto eu posso fazer tudo, tudo que um jovem pode fazer, eu acho que ainda posso fazer, dentro de alguns limites, claro, não é mesmo, mas eu não sei até quando vai isso, então eu me preocupo, acho que ainda tenho tanta coisa para ser feita que eu não fiz, tanta coisa para ver eu ainda não vi, será que vai dar tempo de fazer tudo e ver tudo? Isso de precisar que alguém depois me mova, que eu não possa me mover sozinha que eu vou precisar de alguém para me deslocar para viver, eu vou precisar de alguém para poder viver, não vou mais poder viver sozinha, ficar dependente. O Brasil sendo um país de velhos, e não mais de jovens, deveria procurar recursos, para que de aqui alguns anos, os velhos não sofram, então, porque a maioria, vai ter sempre alguém velho sempre dentro de sua casa é isso que eu quero dizer, a maioria vai ter um problema com seus velhos, então devemos educar nossa gente para cuidar bem de seus velhos, que um dia fizeram as primeiras coisas para eles e lembrar que todo mundo vai ficar velho um dia, e que se não ficar velho vai ser pior ainda porque vai morrer antes de ficar velho. Eu tenho impressão que eu não pensava na velhice que a vida era tão risonha, tão vibrante, eu queria viver tudo, eu acho que não pensava hoje que eu vejo. Acho que comecei a pensar quando me parou a menstruação comecei a pensar na velhice, a menopausa, depois que me aposentei também. Depois que me aposentei eu fiquei com tanto medo, é como se eu não fosse mais servir para nada, foi aí que eu comecei a fazer tudo que eu não tinha feito ainda por falta de tempo, trabalhar no exotismo, fazer viagens para turismo. Não tinha feito antes. Não por falta de tempo, tinha filhos, tinha marido, e tinha a profissão que era professora não podia faltar, então hoje procuro preencher meu tempo todinho, eu não tenho tempo de dormir meia hora por dia, senão me atraso tudo (risos) mas tudo bem, foi isso que eu pedi para nosso senhor. (R.T.Z, Idosos Não Institucionalizados, 66a - Envelhecimento ligado ao Curso de Vida)

- 18** Envelhecimento - Eu acho que é muita felicidade da pessoa, que fica com 71 anos, que nem eu que vou completar né, e tem probleminhas, mas eu faço tudo, para mim nada me impede né? Eu tô muito satisfeita disso daí.

O que deixa a Sr.^a mais satisfeita com o envelhecimento? Eu gosto é de ver meus filhos, meus netos, meus bisnetos, que eu já tenho 3 bisnetos, já pensou? Risos eu acho que é uma maravilha. É a minha maior felicidade, eu acho que todo mundo devia de ter uma família, criar com bastante carinho para depois ter o fruto que eles plantaram, para colher né? Só na velhice é que se colhe, pelo menos é o que tá acontecendo comigo porque até eles não fazerem o pé-de-meia deles, conseguem isso, aquilo, uma família eles não pode ajudar né? Agora depois que já está tudo preparado é fácil né? Eles acham que eles tem obrigação de ajudar, eu falo que não, que eles não tem obrigação nenhuma, porque por eles no mundo fui eu né? Eles falam que eles tem obrigação, porque eu fui pai e mãe deles. Fui pai e mãe, porque eles ficaram os 3 pequeninos né? Eu foi pai e mãe, então até presente eles me dão no dia dos pais. Risos. É uma delícia envelhecer, eu não acho que eu tô velha, na minha cabeça eu não acho que eu tô velha, porque só por causa da pele, porque não sei o que, porque tem gente com vinte e poucos anos, que se sente mais velha do que eu. Eu nem penso se eu estou velha, não penso no dia de amanhã, como vai ser isso ou aquilo, eu tô vivendo e tô contente. Vou aproveitando cada dia, só que tô plantando, economizando, porque se precisar a gente tem, não é? Pensar na velhice nunca pensei não viu, porque eu casei com 17 anos, eu achava que meu marido nunca ia morrer né? Achava que a gente ia viver a vida inteira, ia viver nós dois, mas depois separou, fiquei viúva com 25 anos, com 3 filhos, você imagina para mim criar esses 3 filhos. foi gostoso, foi trabalhoso mais foi gostoso, eu começaria tudo de novo, para fazer o que eu fiz e tá do jeito que eu tô e ver os meus filhos do jeito que eles são. Foi penoso, mas foi bom, foi bom demais, demais, demais, porque eles me respeitam como eles respeitam Deus, acho que eles me respeitam muito. Você vê meus filhos chegam aqui, e a primeira coisa que ele fala para mim é "mamãe vamo jogar um baralhinho nós dois"? (Risos) ele é secretário da saúde lá, e chega aqui vem jogar baralho com a mãe dele. (Risos). (N.G., Idosos Não Institucionalizados, 70a - Envelhecimento ligado ao Curso de Vida)

- 19** Envelhecimento - Para mim está sendo melhor do que quando eu era mais jovem, porque agora eu me divirto mais, quando eu era mais jovem eu não me divertia, não saía, era só cuidando da casa e dos filhos, agora eu tenho muito mais divertimento, passeio mais, aproveito mais. Porque eu já cumpri o que tinha que fazer, então para mim agora tá melhor, eu acho. Ah!, em lugar de ficar pensando em doença porque as pessoas quando pegam uma certa idade, já começa, a mudar, dói aqui dói ali né? Tô ficando velha, eu acho que isso não, como diz a mocidade, não vira né não virá nada. (Risos). A gente deve pensar que a gente tá bem, tá com saúde e aproveitar o que der. Eu agora passeio, eu me divirto, nós vamos em baile a gente sai sempre eu e ele junto né,

vai no baile, vai na praia, sempre os dois juntos, então eu acho agora melhor, porque antes a gente não fazia isso, não dava porque tinha os filhos pequenos, agora tá melhor do que antes para mim tá, eu nunca pensei na velhice não, eu deixei o tempo correr, o que tiver que acontecer acontece, mas eu nunca pensei na minha mocidade em velhice, nunca. (M.A.P, Idosos Não Institucionalizados, 60a - Envelhecimento ligado ao Curso de Vida)

- 20** Envelhecimento - É apenas uma condição que a natureza nos impõe. Porque o indivíduo nasce, cresce envelhecer e morre, então até agora não se inventou nada que evitasse a velhice, então a velhice é uma fatalidade, tem que envelhecer e pronto. Isso é regra, tem que envelhecer, faz parte do nosso desenvolvimento. E aí não tem nenhum problema social, nenhum problema psicológico, não é nada disso é simplesmente um problema da natureza. Bom eu sou perfeitamente conformado com isso, embora eu brinque muito, e me queixe assim aparentemente da velhice e coisa e tal, eu aceito a velhice porque eu tô consciente que isso aí é uma fatalidade. Bom, para dizer a verdade eu não sei se existe segredo em longevidade, para mim se existe segredo, esse segredo é ativo, isso aí é um processo que a gente recebe quando nasce e a gente desenvolve enquanto vive, então aqueles que foram beneficiados com um processo de herança genética sorte deles, porque eu não fiz nada, nada para chegar nos 83 anos, eu vivi simplesmente deixei as coisas correr, muitas vezes eu abusei, muitas vezes eu exorbitei dentro das minhas funções, e cheguei. Eu acho, eu pessoalmente acho que não é mérito nenhum ter chegado aos 83 anos. Não, isso aí é assim, você pode estar certo de que a não adianta ter ilusões sobre as coisas da vida, por exemplo: eu agora me lembro de uma passagem do Eismten, o Eistem foi há uma conferência lá nos Estados Unidos, onde tinha uma porção de cientista e cada vez que estavam lá discutindo, um companheiro lá da mesa, pegava um caderninho e anotava, pegava o caderninho e anotava, pegava o caderninho e anotava, e ele perguntou então, porque que o Sr. faz tanta anotação? ele falou "São tantas idéias que eu tenho, então na hora eu preciso anotar senão eu esqueço. O Einstem falou então: o Sr. tem sorte porque a única idéia que eu tive foi na relatividade. Eu acho que como todas as pessoas quando mais jovem é pessimista, é porque em geral o indivíduo pensa que vai viver muito menos do que ele pode viver, a tendência é essa, "se eu chegar aos 60 anos que maravilha" Isso eu também pensava e acabei ficando 20 e tantos anos depois dos 60, então eu penso assim, pode ser que eu esteja até enganado, eu penso que a tendência de todas as pessoas é ser moderada nas pretensões de vida. As pessoas podem pensar com mais otimismo, isso é claro é uma idéia minha, pode ser que tenha gente que pensa o contrário. Não fez planos, planos mesmo para uma idade avançada na

verdade eu nunca fiz, mesmo porque os anos passam muito depressa do que a gente pensa, para mim pessoalmente eu acredito que não existe possibilidade de fazer planos em relação a uma idade avançada, a idade é avançada porque avança em cima da gente. Obrigada. (J.G., Idosos Não Institucionalizados, 83a - Envelhecimento ligado ao Curso de Vida)

RESUMO

Nas últimas décadas, foi verificado um aumento significativo na percentual de adultos idosa na população. Segundo estimativas do IBGE, atualmente, cerca de 5 a 7% da população (com mais de sessenta anos) Pensando-se nestes dados e visando aos idosos em seus diferentes contextos de vida, idosos que moram em instituições e idosos não institucionalizados e que frequentam o Curso Aberto à 3ª Idade da Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA), foi realizado um estudo sobre o conceito de envelhecimento, através de relatos verbais, depoimentos dos próprios idosos. Foram observados também as seguintes variáveis: estado civil, escolaridade, profissão, recursos financeiros, saúde, sexo e conflitos familiares. O método utilizado foi um questionário com 76 perguntas, aplicado em forma de entrevista individual em 40 idosos: 20 idosos institucionalizados, residentes na Fundação Manoel Ismael de Marília/SP e 20 idosos não institucionalizados e que frequentam o Curso Aberto à 3ª Idade da FAMEMA. Os resultados deste estudo nos permitem concluir que 60% dos idosos institucionalizados percebem o envelhecimento como mais uma fase da vida, com ganhos e perdas e que deve ser vivida naturalmente, definição essa que foi denominada de envelhecimento ligado ao curso de vida; 15% dos idosos institucionalizados e 30% dos idosos não institucionalizados percebem o envelhecimento como processo de perda de autonomia e afirmação de dependência, não sentem-se velhos por serem independentes em todas suas atividades e

DÁTILO, G.M.P.A. O Envelhecimento: encantos e desencantos a partir de depoimentos de pessoas com mais de sessenta anos. Marília, 1998, 177p. Dissertação (Mestrado em Educação) - Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Filosofia e Ciências.

RESUMO

Nas últimas décadas foi verificado um aumento significativo no percentual de adultos idosos na população. Segundo estimativas o Brasil tem, atualmente, cerca de 5 a 7% de pessoas idosas (com mais de sessenta anos). Pensando-se nestes dados e também nos idosos em seus diferentes contextos isto é, idosos que moram em instituição e idosos não institucionalizados e que freqüentam o Curso Aberto à 3ª Idade da Faculdade de Medicina de Marília (FAMEMA), foi realizado um estudo sobre o conceito de envelhecimento, através de relatos verbais, depoimentos dos próprios idosos. Foram observados também as seguintes variáveis: estado civil, escolaridade, profissão, recursos financeiros, saúde, sexo e conflitos familiares. O método utilizado foi um questionário com 76 perguntas, aplicado em forma de entrevista individual em 40 idosos: 20 idosos institucionalizados, residentes na Fundação Mansão Ismael de Marília/SP e 20 idosos não institucionalizados e que freqüentam o Curso Aberto à 3ª Idade da FAMEMA. Os resultados deste estudo nos permitem concluir que 60% dos idosos institucionalizados percebem o envelhecimento como mais uma fase da vida, com ganhos e perdas e que deve ser vivida naturalmente, definição essa que foi denominada de envelhecimento ligado ao curso de vida; 15% dos idosos institucionalizados e 30% dos idosos não institucionalizados percebem o envelhecimento como um processo ligado à autonomia funcional, afirmam não sentirem-se velhos por serem independentes em todas suas atividades e

conseguirem se cuidar sem auxílio externo. Envelhecimento como um processo ligado ao emocional foi o resultado encontrado em 15% dos idosos não institucionalizados e 10% dos idosos institucionalizados; 10% dos idosos institucionalizados negaram o envelhecimento, não o aceitando e nenhum idoso não institucionalizado demonstrou esta percepção.

ABSTRACT Palavras-chave: Conceito de envelhecimento; idosos institucionalizados; idosos não institucionalizados.

It was verified a poignant increase in the old adults percentage in the population in the last decades.

According to the estimative there are about 5 to 7% of old people in Brazil nowadays (people who are more than 60 years old).

Thinking in these data, and thinking also in old people and their different context, that is, old people who live in institution and old people who are not institutionalized who attend to the Marília third age open course at the Medicine college (FAMEMA). It was performed a study about the aging concept through verbal reports, the deposition of the old people themselves.

It was also identified the following variables: marital status, schooling, profession, financial recourse, health, gender, and familiar clashes. The utilized method was a questionnaire with 76 questions, applied in a form of individual interview in 40 old people, 20 old people in institution, dwelling at Mansão Imaei Foundation, in Marília/SP, and 20 old people who are not institutionalized, and who attend to the FAMEMA third age course. The results of this study give us the permission to conclude that 60% of institutionalized old people can perceive the aging as a phase of life, with profit and loss, and that it must be lived naturally; definition itself that was named by aging connected to the lifespan; 15% of institutionalized old people, and 30% of old people who are not institutionalized perceive the aging as a process connected to the functional autonomy; they declare not to feel themselves as old people because they are independents in all

DÁTILO, G.M.P.A. The Aging; enchantment, and disenchantment from people's statements who are more than sixty years old. Dissertation (Education in Mastership) - Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Filosofia e Ciências - Marília, 1998.

ABSTRACT

Key-words: Aging concept, Institutionalized old people; Not institutionalized old people

It was verified a poignant increase in the old adults percentage in the population in the last decades.

According to the estimative there are about 5 to 7% of old people in Brazil nowadays (people who are more than 60 years old).

Thinking in these data, and thinking also in old people and their different context, that is, old people who live in institution and old people who are not institutionalized who attend to the Marília third age open course at the Medicine college (FAMEMA), it was performed a study about the aging concept through verbal reports, the deposition of the old people themselves.

It was also identified the following variable; marital status, schooling, profession, financial recourse, health, gender, and familiar clashes. The utilized method was a questionnaire with 76 questions, applied in a form of individual interview in 40 old people; 20 old people in institution; dwelling at Mansão Ismael Foundation, in Marília/SP; and 20 old people who are not institutionalized, and who attend to the FAMEMA third age course. The results of this study give us the permission to conclude that 60% of institutionalized old people can perceive the aging as a phase of life, with profit and loss, and that it must be lived naturally; definition itself that was named by aging connected to the lifespan, 15% of institutionalized old people, and 30% of old people who are not institutionalized perceive the aging as a process connected to the functional autonomy, they declare not to feel themselves as old people because they are independents in all

their activities, and take care of themselves without external help. The aging as a process connected to the emocional was the result found in 15% of old people who are not institutionalized, and 10% of old people who are institutionalized, 10% of the old people who are in institution denied the aging; not agreeing with that, and none of the old people who are not institutionalized demonstrated this perception.

Key-Words: Aging concept; Institutionalized old people; Not institutionalized old people.



