

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE EDUCAÇÃO - FAGED
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO
NÍVEL: DOUTORADO

DENIZE CORNELIO DA LUZ

**APRENDENDO A CUIDAR... APRENDENDO A SER: A VIDA DOS
MAIS VELHOS NAS INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA
PARA IDOSOS DE PASSO FUNDO/RS**

Porto Alegre, junho de 2009

DENIZE CORNELIO DA LUZ

**APRENDENDO A CUIDAR... APRENDENDO A SER: A VIDA DOS
MAIS VELHOS NAS INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA
PARA IDOSOS DE PASSO FUNDO/RS**

Tese apresentada ao programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Educação.

Orientador: Prof. Dr. Augusto Nivaldo Silva Triviños

Porto Alegre, 2009

Catálogo na Fonte

L979a Luz, Denize Cornelio da

Aprendendo a cuidar... aprendendo a ser : a vida dos mais velhos nas instituições de longa permanência para idosos de Passo Fundo/RS / Denize Cornelio da Luz. – 2009.

283 f. : il. color. ; 30 cm.

Tese (Doutorado em Educação) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009.

Orientador: Prof. Dr. Augusto Nivaldo Silva Triviños.

1. Idosos – Assistência em instituições – Passo Fundo (RS).
2. Asilo para idosos. 3. Envelhecimento. 4. Idosos – Educação.
5. Cuidadores. I. Triviños, Augusto Nivaldo Silva, orientador.
II. Título.

CDU: 376.6-053.9

Bibliotecária responsável Schirlei T. da Silva Vaz - CRB 10/1364

DENIZE CORNELIO DA LUZ

**APRENDENDO A CUIDAR... APRENDENDO A SER: A VIDA DOS MAIS
VELHOS NAS INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS DE
PASSO FUNDO/RS**

Tese apresentada ao programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Educação.

Orientador: Prof. Dr. Augusto Nivaldo Silva Triviños

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Augusto Nivaldo Silva Triviños - Orientador

Prof. Dr. Johannes Doll – PPGEDU/UFRGS

Prof. Dr^a. Magda Colao – UCS

Prof. Dr^a. Rita de Cássia da Silva Oliveira – UFGP

Prof. Dr^a. Verônica Muller – UEM

Porto Alegre, 2009

AGRADECIMENTOS

Ao concluir mais esta etapa de minha formação profissional, muitas são as pessoas que fizeram parte da caminhada e que estiveram presentes, tantos nos momentos difíceis como nos momentos de alegria e descontração. A essas pessoas faz-se necessário agradecer, pela sua disponibilidade, dedicação, amizade, carinho e afeto. Agradeço:

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, representados pelo Prof. Dr. Johannes Doll, pelos conhecimentos repassados.

Ao meu orientador, Prof. Dr. Augusto Nivaldo Silva Triviños, pelo apoio, orientação, disponibilidade, amizade e, acima de tudo, respeito pela minha caminhada pessoal.

Aos idosos, cuidadores e responsáveis pelas ILPIs que participaram do estudo pela sua colaboração.

Aos funcionários do Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, pela atenção dispensada.

Aos meus alunos, colegas de trabalho, pelo apoio e amizade e por me ensinarem o significado do cuidado.

Dedico este trabalho às pessoas mais importantes da minha existência:

- Aos meus pais, Wilson e Therezinha, origem de tudo, pelo apoio incondicional durante minha caminhada e pelo amor, cuidado e seriedade com que me educaram.

- Ao meu esposo Sérgio, pelo incentivo, apoio incondicional, carinho e compreensão pelas minhas ausências e conflitos.

- Aos meus filhos, Fernanda e Matheus, minhas melhores escolhas e concretizações, por me compreenderem e ensinarem todos os dias o quanto a vida pode ser bela e que a felicidade está nas coisas mais simples e prazerosas da vida.

Amo todos vocês.

Obrigada por darem um outro significado à minha vida e por impulsionarem meu crescimento e realização profissional.

ESCLARECIMENTO

Esta Tese **“APRENDENDO A CUIDAR... APRENDENDO A SER: A VIDA DOS MAIS VELHOS NAS INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS DE PASSO FUNDO/RS”** está sendo pensado dentro da perspectiva da linha de pesquisa “Trabalho, Movimentos Sociais e Educação”, que é coordenada pela Prof^a. Dr^a Marlene Ribeiro. E está sendo concebida dentro da temática geral “A formação de Professores no Mercosul/Cone Sul (Argentina, Bolívia, Brasil, Chile, Paraguai e Uruguai): princípios, objetivos, modalidades. Perspectivas de uma formação básica, comum e geral”.

Coordenador da Temática Geral

Prof. Dr. Augusto Nivaldo Silva Triviños – UFRGS

Vice-Coordenadora

Prof^a. Dr^a. Carmen Lúcia Bezerra Machado – UFRGS

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

PORTO ALEGRE – RS – BRASIL

LISTA DE ABREVIATURAS

ILPI	Instituição de Longa Permanência para Idosos
ILP	Instituição de Longa Permanência
SBGG	Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia
OMS	Organização Mundial da Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ONU	Organização das Nações Unidas
PNUD	Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
CPI	Comissão Parlamentar de Inquérito
ALERJ	Assembléia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro
PNI	Política Nacional do Idoso
FNAS	Fundo Nacional de Assistência Social
SEMCAS	Secretaria Municipal de Cidadania e Assistência Social
EI	Estatuto do Idoso
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
SEDH	Secretaria Especial de Direitos Humanos
CNDI	Conselho Nacional dos Direitos do Idoso
PSF	Programa de Saúde da Família
ONG	Organização Não Governamental
PAD	Programa de Atenção Domiciliar
CBO	Classificação Brasileira de Ocupações
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CREATI	Centro Regional de Estudos e Atividades para Terceira Idade
UPF	Universidade de Passo Fundo
PASEC	Programa de Assistência Social e Educativa do CREATI
PROUSE	Programa Universidade Sênior

CATI	Coordenadoria de Atenção à Terceira Idade
DAATI	Departamento de Atenção e Apoio à Terceira Idade
CRE	Coordenadoria Regional de Educação
CREJUTI	Clube Recreativo Juvenil Terceira Idade
CAMTI	Caixeiral Campestre Terceira Idade
SESC	Serviço Social do Comércio
MPE	Ministério Público Estadual
MPF	Ministério Público Federal
VREAC	Vice Reitoria de Extensão e Assuntos Comunitários
COMUI	Conselho Municipal do Idoso
AVD	Atividades da Vida Diária
ABVD	Atividades Básicas da Vida Diária
AVC	Acidente Vascular Cerebral

RESUMO

Pensar o envelhecimento na sociedade em que vivemos ainda é algo cercado de estereótipos e preconceitos, que tendem a se acentuar na perspectiva daqueles que vivenciam esta etapa da existência humana no universo das Instituições de Longa Permanência para Idosos – ILPIs. Essas Instituições – conhecidas também como Asilos, Casas de Repouso, Clínicas Geriátricas e tantos outros nomes que a literatura convencionou chamar –, funcionaram, durante muitos anos, como “instituições totais”, conceito formulado por Goffman (1974) ao se referir aos espaços que servem de residência e trabalho, onde um grande número de indivíduos com situação semelhante, separados da sociedade mais ampla, levam uma vida fechada e formalmente administrada. Com os estudos e discussões implementadas por pesquisadores da área gerontológica, temos observado um esforço em se avançar para além dessa modalidade de instituição, prova disso a nova nomenclatura utilizada para se referir a este tipo de instituição. Ao que parece, essa mudança permitiu um desenvolvimento, ainda que apenas na forma, já que o conteúdo ainda necessita de transformação. Além disso, faz-se necessário compreender como essa estrutura afeta as relações entre os indivíduos que lá interagem, sejam os idosos que ali residem, sejam os profissionais que lá desempenham suas funções. Cabe destacar que as relações que se estabelecem entre estes se dão através das tarefas do cuidado e de como este é construído e percebido pelos diferentes pares. É nesse espaço em transformação que desenvolvemos nosso estudo, no intuito de perceber quais seriam as representações que os mais velhos e seus cuidadores tem sobre o cuidado e os processos e conhecimentos envolvidos na instalação deste, especialmente nas ILPIs do município de Passo Fundo/RS. Para a realização do estudo foram feitas observações nas onze Instituições existentes no município, a partir de um roteiro de observação e foram entrevistados idosos e cuidadores pertencentes às mesmas. Com base nas observações e entrevistas, foram desenvolvidas cinco categorias de análise, que serviram de base para as considerações finais e sugestões apresentadas ao final da discussão.

Palavras-chave: Envelhecimento – Instituições de Longa Permanência para Idosos – Cuidado – Educação.

ABSTRACT

Thinking the aging society in which we live is still surrounded by stereotypes and prejudices, which tend to emphasize the perspective of those who experience this stage of human existence in the universe of Long-Stay Institutions for the Elderly - LSIEs. These institutions - also known as Homes, Nursing Homes, Geriatric Clinic and many other names that the literature called -, worked for many years as "total institutions", a concept formulated by Goffman (1974) to refer to areas that serve as a residence and work, where a large number of individuals with similar situation, separated from the broader society, lead a closed life and formally administered. With the studies and discussions implemented by gerontological researchers in the field, we have seen an effort to move beyond this type of institution, proof of the new nomenclature used to refer to this type of institution. Apparently, this change allowed a development, if only in form, as the content still needs to change. Furthermore, it is necessary to understand how this structure affects the relationship between individuals who interact there are elderly people living there, there are the professionals who perform their duties. It should be noted that the relations established between them occur through the tasks of care and how it is constructed and perceived by different peers. This is the space in which we change our study, in order to understand what the representations that the elderly and their caregivers have on the care and processes and knowledge involved in this installation, especially in LSIEs the city of Passo Fundo / RS. For the study observations were made in the eleven institutions in the city from a tour of observation and were interviewed elderly and caregivers belonging to them. Based on observations and interviews were developed five categories of analysis, which served as the basis for final comments and suggestions made at the end of the thread.

Key words: Aging - Long-Stay Institutions for the Elderly - Care - Education.

SUMÁRIO

RESUMO	x
ABSTRACT	xi
1. APRESENTAÇÃO	14
1.1 Introdução – Tese e Objetivos	14
2. CONSTRUINDO O OBJETO DE ESTUDO	23
2.1 O idoso: conceitos, preconceitos e possibilidades	25
2.2 Por que envelhecemos: um apanhado da literatura existente	37
2.3 O papel social do idoso em diferentes épocas	49
2.4 O mundo do trabalho e a exclusão social do Idoso	68
3. ASILOS, INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA OU INSTITUIÇÕES GERIÁTRICAS – UMA INTRODUÇÃO	76
3.1 Do asilo à ILPI: revendo conceitos	88
3.2 A institucionalização de idosos: algumas reflexões	97
3.3 ILPIS... uma análise crítica	101
4. SOBRE O CUIDADO... ..	115
4.1 O cuidado pelo viés das redes sociais	116
4.1.1 Redes de apoio social formal e informal	117
4.2 O cuidador de idosos	119
5. CONHECENDO UM POUCO DA REALIDADE DE PASSO FUNDO	128
5.1 As instituições de longa permanência do município de Passo Fundo	134

5.2 Algumas considerações sobre a realidade das Instituições de Longa Permanência do município de Passo Fundo	155
6. ASPECTOS TEÓRICO-METODOLÓGICOS DO ESTUDO	158
7. DISCUTINDO OS DADOS ENCONTRADOS: A COMPREENSÃO DO FENÔMENO	162
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS E SUGESTÕES	192
9. REFERÊNCIAS	196
ANEXOS	205
APÊNDICES	250

1. APRESENTAÇÃO

1.1 Introdução – Tese e Objetivos

A escolha do tema “Aprendendo a cuidar... aprendendo a ser: a vida dos mais velhos nas ILPIs de Passo Fundo/RS” está relacionada a minha caminhada profissional, uma vez que há treze anos venho trabalhando, estudando, pesquisando, refletindo e analisando questões referentes aos diferentes processos do envelhecimento humano.

A busca pelo entendimento em torno das Instituições de Longa Permanência para Idosos, os processos de asilamento dos mais velhos e a construção e instalação do cuidado junto a estes é decorrente da percepção, cada vez mais recorrente, de que a sociedade, como um todo, ainda não é capaz de dar conta deste “novo” contingente de indivíduos – os mais velhos, grupo etário que mais vem crescendo nas últimas décadas. Ao que parece, a sociedade ainda não conseguiu superar o estado de choque provocado pelo “boom” da longevidade que vem atingindo não somente o Brasil, mas o planeta. A perplexidade provocada por este evento parece servir de pretexto para que uma ampla reflexão em torno do envelhecimento aconteça. Esta pode ser observada a partir dos estudos e pesquisas sobre esta temática que vem sendo desenvolvidas nos últimos tempos. Sem esta reflexão talvez seria impossível analisar criticamente o processo de exclusão social na velhice e, pior, criar alternativas relevantes e eficazes, capazes de minimizar as perdas que o envelhecimento traz.

Por outro lado, apesar desse quadro caótico, as evidências apontam que o envelhecimento, por si só, apresenta uma série de desafios e seu entendimento passa pela compreensão de que esse se apresenta como um construto de etapas anteriores da vida que, num movimento dialético contínuo, vão se processando ao longo da existência. Ou seja, o envelhecimento não acontece de repente, ou de uma hora para outra. Durante sua existência, o ser humano vai passando por processos de desenvolvimento, passando de uma fase para outra, onde cada uma se apresenta como a negação da anterior, conservando da anterior aquilo que é essencial. Essa passagem de um estado qualitativo para outro, de uma fase para outra, se dá a partir da ruptura da quantidade, que pode ser vista como a passagem de uma faixa etária para outra, utilizando-se, neste caso, o critério cronológico. Sendo assim, a própria velhice é um processo histórico, onde o ser humano vai construindo sua própria história através da sua vida e das relações que vai construindo, principalmente através do trabalho.

Como salienta Marx (1996), o homem faz sua própria história; ele é seu próprio criador, e essa história vai se construindo ao longo de sua vivência, através dos acontecimentos que vão se processando e das relações que ele próprio vai estabelecendo com o meio onde está inserido e com os demais.

O homem ao produzir seus próprios meios de subsistência indiretamente passa a produzir sua vida material e como resultado se constrói homem e dá à luz a sua existência. O elemento preponderante nesta construção é o trabalho, já que o mesmo

é o fator que medeia entre o homem e a natureza; é o esforço do homem para regular seu metabolismo com a natureza. **O trabalho é a expressão da vida humana**¹ e através dele se altera a relação do homem com a natureza; por isso, através do trabalho, o homem transforma-se a si mesmo (FROMM, 1983, p. 23).

¹ Grifo nosso.

Assim, o homem vai transformando a si mesmo, na luta diária pela produção social de sua própria vida e da dos demais pares sociais, sendo que sua luta é marcada por uma série de relações que vão se desenvolvendo ao longo do processo. Essas relações, chamadas por Marx de relações de produção, são indispensáveis ao desenvolvimento da estrutura econômica da sociedade e só acontecem, de fato, devido ao seu papel no entendimento do que é o trabalho. É no trabalho que essas relações vão se transformando de acordo com as diferentes etapas de evolução de suas forças produtivas materiais, ou seja, o homem vai se desenvolvendo e construindo sua história a partir das contradições que vão se estabelecendo entre as relações de produção e as forças produtivas que vão sendo arregimentadas nesse percurso.

Marx, com o auxílio de Engels, na obra “Ideologia Alemã” (2002, p.11) nos ajuda a esclarecer melhor a relação dialética que temos entre as relações de produção e as forças produtivas e a forma como essas alteram o entendimento do homem e do trabalho na organização do modo de produção:

A maneira como os homens produzem seus meios de existência depende, antes de mais nada, da natureza dos meios de existência já encontrados e que eles precisam reproduzir. Não se deve considerar esse modo de produção sob esse único ponto de vista, ou seja, enquanto reprodução da existência física dos indivíduos. Ao contrário, ele representa, já, um modo determinado da atividade desses indivíduos, uma maneira determinada de manifestar sua vida, um *modo de vida* determinado. A maneira como os indivíduos manifestam sua vida reflete exatamente o que eles são. O que eles são coincide, pois, com sua produção, isto é, tanto com o *que* eles produzem quanto com a maneira *como* produzem. O que os indivíduos são depende, portanto, das condições materiais da sua produção.

Dessa forma, a história do homem foi se desenvolvendo através do trabalho e de como o mesmo se organizou a partir dos diferentes modos de produção que foram se constituindo ao longo dos tempos, já que sua produção coincide com o que eles são. Por outro lado, em tempos de capitalismo, essa coincidência parece não ser muito real, pois, como salienta Fromm (1983), o modo de produção determina a organização social, determinam o homem, suas idéias, assim como seus interesses.

O homem de hoje é determinado pelo atual modo de produção capitalista. Suas idéias, crenças, interesses, perspectivas são orientadas pela ótica da mais valia, pois, como sabemos, vivemos num modo de produção organizado em torno do lucro, onde uma minoria dominante determina o *modus vivendi* do restante da população, já que o modo de vida, a cultura dessa minoria passa a ser a cultura dominante e deve ser adotada pela massa proletária, como uma forma de manutenção das diferenças entre as classes sociais.

Ao vivermos num mundo que prioriza o lucro e que tem, na propriedade privada, um de seus grandes trunfos, adotar a cultura dominante só vem a reforçar a alienação. A própria estrutura do trabalho na esfera capitalista trata de perverter e alienar ainda mais o homem, já que esse se vê obrigado a vender seu único bem: sua força de trabalho, convertendo sua essência primeira em trabalho forçado, alienado e, pior, sem sentido.

Se nos idos tempos a meta do desenvolvimento humano era o desenvolvimento do homem total e universal, hoje a inversão de valores vêm provocando o alijamento do próprio sentido de humanidade. Como o próprio Marx admitiu, a alienação do trabalho sempre existiu na história do homem, mas tomou proporções gigantescas na sociedade capitalista, já que essa, além de alienar o homem, o coisifica e o transforma numa simples extensão da máquina.

Diante de todo esse processo de desenvolvimento, como fica o ser humano, em especial o ser humano que envelheceu? Observamos, comumente, que uma das maiores rupturas que se dá na trajetória do ser humano enquanto ser social é o momento no qual o indivíduo deixa o mundo produtivo e, conseqüentemente, deixa de vender sua força de trabalho ao capitalista. Essa ruptura, conhecida como aposentadoria, se apresenta como uma “arma” poderosa para a efetivação da exclusão social, já que para muitos velhos a retirada do mundo produtivo representa a retirada do mundo da vida.

Oliveira (1999, p.254-255), ao analisar a exclusão social dos mais velhos, salienta:

[...] no panorama da existência humana, a velhice passou a ocupar um lugar marginalizado, à medida que seu potencial evolutivo e produtivo já

havia atingido o ápice, perdendo, a partir daí, o valor social. Sem a possibilidade de produzir riqueza, a velhice perde também o valor simbólico e, paralelamente, valores negativos lhe foram atribuídos apoiados em critérios de potencial funcional de produção e reprodução de riqueza.

Com isso, o velho acaba por conduzir sua vida numa dinâmica onde o poder e o prestígio – elementos que outrora lhe outorgavam algum *status* –, lhe são renegados, pois produzir deixou de ser sua grande função. Nesse sentido, Fromm (1983, p.38), apoiado em Marx, Spinoza, Goethe e Hegel, destaca que o

homem só está vivo na medida em que é produtivo, na medida em que abarca o mundo exterior no ato de manifestar seus próprios poderes humanos específicos e de abarcar o mundo com estes. Na medida em que o homem não é produtivo, na medida em que é receptivo e passivo, ele nada é, está morto.

Destarte, como já afirmamos anteriormente, o ser humano é visto, por vezes, como extensão da máquina. Ao mesmo tempo, observamos que se a máquina, enquanto meio de trabalho, se desgasta e precisa ser substituída por outra, o homem, enquanto força de trabalho também se consome e deve ser substituído.

Potter [...] distingue duas espécies de maquinaria que pertencem ao capitalista: uma fica na fábrica, a outra fica fora dela à noite e aos domingos, em seus casebres. Uma é inanimada, a outra tem vida. A maquinaria inanimada deteriora-se e deprecia-se cada dia, mas, além disso, grande parte dela se torna obsoleta tão rapidamente com o contínuo progresso técnico, que ela pode ser substituída vantajosamente e em poucos meses por nova maquinaria. A maquinaria viva, ao contrário, melhora à medida que dura, quanto mais acumula a habilidade de gerações (MARX, 1996, p.670).

Se, como Marx salienta, a maquinaria da fábrica se deteriora a cada dia, até que acaba por se tornar obsoleta, o mesmo parece não ocorrer com a maquinaria humana, uma vez que essa melhora à medida que dura, que acumula a habilidade de gerações. Contudo, essa maquinaria humana também se torna obsoleta à medida que a maquinaria da fábrica vai se modernizando. A máquina humana vai aos poucos sendo substituída por outras, mais novas, mais rápidas, com maior

capacidade de assimilação e produção. Isso torna o capitalismo uma eterna relação de compra, venda e substituição da força e capacidade humana.

Sendo assim, a aposentadoria pode ser vista como algo natural e necessário, já que a força de trabalho daqueles que envelhecem precisa ser substituída por outra mais hábil e vigorosa. Ao deixarem de ser produtivos, os mais velhos parecem deixar também de ser interessantes aos olhos de uma sociedade que cobra de seus pares o lucro e a capacidade de produzir, ao mesmo tempo em que exclui aqueles que, por algum motivo, não se enquadram nos perfis estabelecidos e tidos como os ideais. Dessa forma, os mais velhos acabam sendo vistos “como indivíduos que oneram a sociedade e não lhe fornecem benefícios econômicos de forma direta” (OLIVEIRA, 1999, p.162).

Além disso, as exigências do mundo capitalista impõem, aos indivíduos, uma luta desmedida a fim de garantir um padrão mínimo de sobrevivência. Essa busca pela sobrevivência fornece à sociedade uma outra caracterização e organização onde aspectos como garantia a saúde, cidadania, democracia tem ficado esquecidos.

Sendo assim, além de deixar de ser produtivo e, segundo Fromm (1983), estar “morto” para uma sociedade que antes o amparava, o velho sente-se desamparado. Este desamparo, por vezes se estende também à esfera familiar, já que as famílias hoje apresentam uma configuração muito diferente da idealizada e considerada “normal”. Se antes, em tempos remotos, as famílias se organizavam em torno de uma estrutura hierarquizada, que tinha como figura central o patriarca, sendo este o grande gestor e mantenedor de todos os processos familiares, as mudanças sociais trouxeram uma outra configuração familiar, já que as exigências para com esta vão muito além absorção da mulher pelo mercado de trabalho, da diminuição significativa do número de filhos, ou, ainda, do número de lares chefiados apenas pela mulher. Aliado a esses fatores temos, também, aqueles que ao longo de suas vidas não construíram outras relações senão as de trabalho e chegam à velhice sozinhos, sem familiares próximos ou descendentes que possam lhe amparar.

Com isso, sem o amparo da estrutura familiar, o velho acaba, por vezes, tendo como um último recurso recorrer a alguma instituição que lhe ampare e assista em mais essa etapa do desenvolvimento. Prova disso, é o crescimento significativo de instituições voltadas a oferecer serviços e cuidados aos mais velhos. Uma vez que a longevidade da população brasileira aumenta rapidamente sem um justo planejamento dos principais setores sociais e estatais, que levem em conta os desafios, as necessidades e as possibilidades dessa faixa etária, a tendência parece ser mesmo a multiplicação dessas instituições.

Sendo assim, essas surgem como uma resposta, nem sempre positiva, à necessidade de reestruturação dos equipamentos sociais para atender às demandas específicas da população que envelhece, pois a máquina estatal dispõe de parques e insuficientes recursos para o desenvolvimento de suas políticas públicas. Mesmo existindo políticas específicas para os mais velhos, essas acabam por ter que disputar recursos com outros segmentos sociais que também não tiveram suas necessidades e solicitações atendidas.

Com isso, as instituições para os mais velhos passam a fazer parte do contexto social, mesmo que numa condição velada e obscura. Contudo, é no espaço restrito das instituições que se instalam diferentes processos, entre eles o de asilamento ou de institucionalização, bem como o do cuidado, relações que são construídas não apenas do ponto de vista dos mais velhos que lá se encontram, mas, também, daqueles que assistem e promovem o cuidado.

Levando em conta esses elementos, esse texto se constitui numa tentativa de problematizar o envelhecimento, o processo de constituição das Instituições de Longa Permanência para Idosos - ILPIs, o processo de institucionalização, a instalação e desenvolvimento dos processos de cuidado e as relações que aí se estabelecem, tendo como foco a realidade das instituições do município de Passo Fundo/RS.

Além disso, se faz importante destacar que nos apoiaremos no Materialismo Histórico e Dialético, através de suas categorias, para analisarmos nosso fenômeno de pesquisa, uma vez que o método dialético possui importante contribuição na compreensão dos fenômenos materiais e, em especial no estudo

científico da realidade, bem como da própria história, já que a teoria nos auxilia no entendimento do fenômeno em sua totalidade além de ser possível levar em conta as mútuas relações que se estabelecem entre o fenômeno estudado e seu contexto.

Sendo assim, com base na discussão até aqui realizada pretendemos estudar **quais as representações que os mais velhos e seus cuidadores tem sobre o cuidado e os processos e conhecimentos envolvidos na instalação deste, especialmente nas Instituições de Longa Permanência para Idosos do município de Passo Fundo/RS.**

A fim de contemplar os elementos que fazem parte do fenômeno a ser investigado, o texto a seguir foi estruturado em quatro capítulos. O primeiro capítulo, **Construindo o objeto de estudo**, busca compreender o universo do envelhecimento humano, discutindo seus processos, conceitos, preconceitos e possibilidades e analisando o papel social do idoso e a exclusão deste do mundo do trabalho e, conseqüentemente, da sociedade. O capítulo seguinte, **Asilos, Instituições de Longa Permanência ou Instituições Geriátricas – uma introdução**, busca discutir, criticamente, a constituição das ILPIs a partir de uma revisão histórica de seu surgimento, construção de conceitos e nomenclaturas, até os dias atuais. Neste capítulo buscamos, ainda, analisar quais as dinâmicas que envolvem o processo de institucionalização dos mais velhos e como as mesmas se constroem. Já no capítulo **Sobre o cuidado...**, buscamos conceituar o que é cuidado, a partir de diferentes concepções para, posteriormente, discuti-lo sobre o viés das redes de apoio sociais formal e informal. Na seqüência, buscamos caracterizar e significar o que é ser cuidador de idosos. O último capítulo, **Conhecendo um pouco a realidade de Passo Fundo**, busca apresentar ao leitor um panorama do município onde o estudo foi realizado, abordando os serviços oferecidos à população idosa. Na seqüência, buscamos caracterizar e descrever as ILPIs existentes no município, traçando algumas considerações sobre a realidade na qual as mesmas se encontram, tanto em relação aos idosos como quanto aqueles que realizam o cuidado no espaço institucional estudado.

Objetivo Geral:

- Investigar quais são as representações que os mais velhos e seus cuidadores tem sobre o cuidado e os processos e conhecimentos envolvidos na instalação deste nas ILPIs de Passo Fundo/RS.

Objetivos Específicos:

- Identificar como se constrói a dinâmica do cuidado nas ILPIs de Passo Fundo.

- Verificar como se processa o cuidado e que processos pedagógicos se instalam na construção deste.

- Analisar que conhecimentos são percebidos, levados em conta e/ou construídos no processo de cuidar.

- Analisar as percepções que os cuidados e os cuidadores possuem da dinâmica do cuidado.

2. CONSTRUINDO O OBJETO DE ESTUDO

Através dessa proposta de trabalho desejamos investigar quais as representações que os mais velhos e seus cuidadores tem sobre o cuidado e os processos e conhecimentos envolvidos na instalação deste, especialmente nas Instituições de Longa Permanência para Idosos do município de Passo Fundo/RS, enquanto um estudo de caso com perspectiva de natureza dialética e qualitativa.

Ao mencionarmos a opção pela natureza dialética estamos demonstrando nossa crença de que as coisas, os objetos, os seres, os fenômenos estão em constante mudança, ou seja, não são fixos ou imutáveis. A realidade, nessa perspectiva, é formada por um conjunto de fenômenos materiais e espirituais que estão em constante transformação e movimento e entender os fenômenos materiais “cuidado” e “envelhecimento” a partir da vida dos próprios atores do processo só pode ser analisado de forma dialética a fim de entendermos o significado das práticas que se constituem no seio social e formam os seres sociais “cuidador” e “velho”.

De acordo com Minasi (2005), os fenômenos e objetos que formam a sociedade humana existem independentemente de nossa consciência, o que significa que o fenômeno material a ser estudado, com a singularidade de seu particular – as representações que os mais velhos e seus cuidadores tem sobre o cuidado – resulta da relação entre causas e efeitos concernentes a suas possibilidades e realidades, com uma forma, um conteúdo, com um tempo e um espaço que lhe é também particular, que, com todas suas contingências e possibilidades, ao extrapolar sua medida quantitativa, após lentas, progressivas e

contínuas mudanças, rompeu com a continuidade do velho estado qualitativo, passando a um outro, carregando consigo os aspectos positivos de seu desenvolvimento anterior, para se transformar em um outro fenômeno, também com essência, leis, contradições.

Sendo assim, estudar o fenômeno em questão só é possível porque o mesmo se constitui em realidade objetiva, e como realidade objetiva refere-se à matéria. Por isso a busca do materialismo dialético como referencial teórico, pois, como ensina Lênin (apud CHEPTULIN, 1982, p.67), “a matéria é uma categoria filosófica que serve para designar a realidade objetiva dada ao homem por meio de suas sensações, que a copiam, a fotografam, a refletem e que existem independentemente das sensações”.

Por outro lado, é importante ressaltar que a teoria que ora utilizamos é o resultado de uma construção, de uma produção tanto espiritual como social realizada a partir da atividade material, ou seja, da prática dos seres humanos e na forma que buscamos para teorizar a realidade objetiva acabamos por demonstrar o condicionamento pela forma como nós, humanos, temos produzido nossa sobrevivência, de forma que a teoria e a prática que conseguimos apreender são reflexos do contexto social em que vivemos e que faz com que sejamos o que estamos sendo, ou seja, estamos fazendo história.

A fim de que possamos conhecer nosso objeto de estudo e, respectivamente, sua essência, nos apoiaremos, como já destacamos anteriormente, nas categorias do Materialismo Histórico e do Materialismo Dialético, pois ao tentar focar a matéria, a consciência e a prática social como categorias estreitamente relacionadas à concepção teórica da relação do homem com o mundo e como esse designa a realidade objetiva, a compreensão do fenômeno e o desenvolvimento das demais categorias se tornará mais clara e efetiva.

Além disso, a fim de compreender como se constrói o fenômeno em questão, precisamos conhecer quem são esses velhos que vivem nas instituições de longa permanência no município de Passo Fundo/RS bem como os cuidadores que lá atuam e como estes percebem a questão do cuidar e do ser cuidado.

Contudo, antes de conhecer esses indivíduos precisamos compreender o que é a velhice e como os conceitos, preconceitos e possibilidades são construídos em torno dos mais velhos, bem como através de que processos as instituições se constituem e se constroem como espaço de vivência, exclusão ou ainda cerceamento da liberdade individual. Faz-se necessário, ainda, compreender o que é o cuidado e quem é o cuidador e como esse pode se constituir enquanto processo de ensino-aprendizagem a partir do universo da Instituição de Longa Permanência para Idosos.

2.1 O idoso: conceitos, preconceitos e possibilidades

*Todos os dias quando acordo
Não tenho mais o tempo que passou
Mas tenho um outro tempo
Temos todo o tempo do mundo...²*

O poeta Renato Russo, ao escrever os versos em epígrafe, talvez não tenha se dado conta da complexidade e profundidade de suas palavras quando relacionadas com outras variáveis. Ser idoso é isto: é não ter mais o tempo que passou, mas ter, com certeza, um outro tempo, todo o tempo do mundo.

Envelhecer é um fenômeno natural, que faz parte do *continuum* da existência humana, pois nascemos, crescemos e, inevitavelmente, envelhecemos. Mas, ao mesmo tempo em que “todos” os indivíduos envelhecem, ou deveriam envelhecer, muitas questões surgem: O que é *velhice*? O que é ser *idoso*? O envelhecimento deve ser evitado? Os indivíduos envelhecem todos da mesma forma, na mesma época, no mesmo ritmo? Que eventos, mudanças, comportamentos e processos determinam essa fase do curso da vida?

² Renato Russo. *Tempo perdido*. EMI, s/d

A busca de respostas para essas questões pode vir a auxiliar no entendimento científico, espiritual e social³ do processo de envelhecimento, porém, segundo Neri (1995), a motivação em resposta a essas questões é a mesma que milenarmente tem levado o homem a refletir sobre esta realidade: a busca da imortalidade.

Afirma Neri (1995, p.15) que “é importante conhecer a trajetória do conhecimento sobre a velhice, desde as concepções ingênuas até as científicas e, depois, como estas têm evoluído sob a ação de numerosas variáveis do contexto social e cultural”. Com isso, as tentativas de definir ou conceituar o idoso e o envelhecimento nem sempre têm obtido êxito, porque envolvem outras tantas variáveis, sejam elas biológicas, sociais, econômicas, psicológicas, políticas.

O envelhecimento, além de ser um processo natural, é contínuo, pois, a partir do seu nascimento, o indivíduo já começa a envelhecer. Será essa máxima verdadeira? Heráclito, um dos filósofos da Antigüidade, fornece uma fórmula que dá uma nova dimensão ao processo de desenvolvimento humano, segundo a qual o ser humano “vive de morte e morre de vida”. Por mais paradoxal que seja essa afirmação, seu entendimento mostra um lado até então pouco esclarecido.

³ Esse entendimento do homem por partes representa uma visão mecanicista, que é baseada na teoria formulada por Descartes, ainda na Idade Moderna, na qual o todo era entendido a partir do estudo das partes; o mundo era comparado a uma máquina e, como tal, deveria funcionar. Essa teoria fundamentou o pensamento de grandes estudiosos durante muito tempo, porém hoje, essa visão, aos poucos, está sendo substituída pela visão sistêmica, que vê as coisas, pessoas e objetos como um todo integrante de um todo ainda maior, representando uma grande teia, a Teia da Vida.

O organismo humano sofre constantes e intermináveis processos de degradação de moléculas, que são substituídas por outras; as células reproduzem-se e morrem, dando lugar às que acabaram de ser geradas. Assim a vida humana continua – viver de morte, através da morte intracelular. Já o morrer de vida diz respeito à reprodução e troca molecular e celular. Viver é um processo de rejuvenescimento constante e permanente, ou seja, ao longo da vida do indivíduo vão se estabelecendo contradições internas e externas, tanto a nível corporal (ordem biológica, psicológica, fisiológica, neurológica) como a nível social. Essas contradições entram em luta (a luta dos contrários) e fazem com que o indivíduo se desenvolva, num movimento de espiral, sempre passando de um estágio inferior a um superior. Através dessas contradições dialéticas, tão bem fundamentadas por Heráclito, o processo de desenvolvimento humano pode ser compreendido. Fraiman (1988, p.15), por sua vez, afirma:

Ser velho não é uma abstração, mas uma condição, visível, aparente e que determina, de certo modo, as possibilidades de ação e inter-relacionamento social. O envelhecimento é, então, não somente um momento na vida de um indivíduo, mas um processo extremamente complexo, que tem implicações tanto para a pessoa que o vivencia, como para a sociedade que o assiste, suporta ou promove.

O texto transcrito dá uma dimensão da complexidade do que é ser idoso. Tudo se relaciona, não há como analisar apenas um dos elementos do envelhecimento como o grande responsável por esse processo. Assim, todos os elementos devem ser levados em conta, pois representam o entrelaçamento e a interdependência dos fenômenos acerca da velhice.

Sendo assim, é nesse movimento dialético que o idoso vai se construindo como tal, onde diferentes elementos, dispostos no tempo e no espaço desse indivíduo particular, se relacionam, se ligam. Contradições vão se estabelecendo e dando uma nova qualidade para esse ser que envelhece e se transforma em um novo fenômeno material.

É a idéia da Teia da Vida⁴: todos os elementos da vida, durante o tempo todo, dependem uns dos outros, ou seja, são contradições essenciais no desenvolvimento do humano. Não há como separá-los, distanciá-los para que se analise a vida. Assim, o idoso de hoje é a construção de toda uma vida de relações de interdependência entre si e com os outros. Ele é uma totalidade que não pode ser vista tão somente a partir de suas partes. No entanto, na literatura existem alguns autores que parecem, ainda, analisar a velhice a partir de suas partes, segmentando-a e não a percebendo como um movimento dialético.

Mosquera (1978, p.197), refletindo sobre o envelhecimento, afirma: “A velhice não é um acidente, é um destino que se apodera da pessoa e que muitas vezes nos deixa estupefatos ante as suas marcas e competências”.

Para Aslan (1994, p.20), o envelhecimento é “[...] uma desarmonia do organismo humano, que começa no momento em que a homeostase, isto é, o equilíbrio metabólico começa a não ser mais perfeita”.

Já Tibbits (1969) classifica o envelhecimento como um processo que envolve basicamente quatro aspectos: biológico, psicológico, social e de ajustamento. O aspecto biológico diz respeito ao processo na forma de complexas e progressivas alterações, seja na composição celular, seja na estrutura e função dos tecidos, na agilidade, na força física. A isso se acrescenta um possível mal-estar originado pelo acúmulo de longos anos de danificações suportadas pelo organismo. Quanto ao aspecto psicológico, é caracterizado por mudanças no sistema nervoso central, na capacidade sensorial e perceptual e na habilidade de organizar e utilizar informações.

⁴ CAPRA, Fritjof. **A teia da vida**: uma nova compreensão científica dos sistemas vivos. (Trad. Newton R. Eicheberg). São Paulo: Cultrix, 1998.

O terceiro aspecto diz respeito às circunstâncias em que o indivíduo, em processo de envelhecimento, situa-se como membro de uma família, de uma comunidade ou sociedade. Trata-se do aspecto social, englobando a contemplação, ou não, da função paterna ou materna, além de atitudes e comportamento pessoal diante do próprio envelhecimento, da aposentadoria e suas conseqüências, das necessidades de novas adaptações vitais e, geralmente, da perda do cônjuge.

O último aspecto relaciona-se diretamente com o sentido que as alterações provocadas pelo envelhecimento têm para o indivíduo com os problemas de ajustamento interno e externo à nova situação. Isso diz respeito aos padrões de mudança da auto-imagem, dos sentimentos, dos esforços para manter o equilíbrio de identidade e manutenção de um certo bem-estar pessoal.

Uma análise da fala dos autores relacionados demonstra a fragmentação de sua visão, visto que analisam o envelhecimento com base em partes específicas, geralmente relacionadas com suas áreas de atuação. Novamente, aqui está presente a visão mecanicista de homem e, conseqüentemente, do que é ser idoso. Todavia, ser idoso é algo muito mais complexo. Portella e Pomatti (1993, p.18) conceituam o envelhecimento como “[...] um fenômeno natural, porém complexo, que sofre influência dos hábitos cultivados durante o curso da vida, conforme a cultura de cada ser humano, resultando em condições de saúde e/ou envelhecimento”.

Assim, a velhice, além de ser um processo natural, é um processo contínuo uma vez que, a partir de seu nascimento, o indivíduo inicia um longo e progressivo processo de envelhecimento. O caminho que cada indivíduo percorre, as opções, escolhas e possibilidades com as quais se confronta é que irão definir que tipo de “velho” ele irá ser, ou seja, uma velhice saudável é o resultado de uma vida saudável construída ao longo dos anos. Por outro lado, não é porque envelheceu que o indivíduo precisa deixar de cuidar de sua saúde, de sua vida, pois a atual situação de vida do idoso também é significativa e decisiva na manutenção do seu bem-estar e uma das garantias de continuidade de um envelhecimento saudável.

Ser idoso, o estar velho não significa inutilidade, ausência de novos projetos, ao contrário, a velhice é uma nova fase da vida, cheia de desafios a enfrentar como em qualquer período da existência. A vida pode ser comparada a um rio que flui sem parar, mas que ao longo do percurso sofre transformações (SIMÕES, 1995, p.113).

Não se pode negar na velhice o que é próprio do ser humano. Envelhecer é tomar parte de uma experiência humana. Habitar a velhice significa habitar a casa do homem. De acordo com Okuma (1998, p.13):

O envelhecimento é sem dúvida, um processo biológico cujas alterações determinam mudanças estruturais no corpo e, em decorrência, modificam suas funções. Porém, se envelhecer é inerente a todo ser vivo, no caso do homem esse processo assume dimensões que ultrapassam o 'simples' ciclo biológico, pois pode acarretar também, conseqüências sociais e psicológicas.

Essa complexidade que representa o fato de envelhecer, segundo Okuma (1998), pode ser explicada como o resultado de uma múltipla dependência dos fatores biológicos, psicológicos e socioculturais que interagem no ser humano. Assim, as mudanças biológicas refletem no meio ambiente, que vai absorvê-las de acordo com as normas, valores e critérios da sociedade e da cultura nas quais a velhice acontece, determinando o modo como o indivíduo lida ou lidará com o processo de envelhecimento, com a velhice e com o papel do idoso na sociedade.

A velhice, como observa Fonseca et al (1987, p.286):

[...] trata-se de uma seqüência e não de uma decadência, de uma evolução no sentido contrário, dialeticamente complementar. Só assim se deve compreender a singularidade da própria Humanidade, uma vez que a velhice subentende a síntese da experiência e maturidade da vivência.

Em outras palavras, o envelhecimento deveria ser o enriquecimento do indivíduo enquanto ser social, enquanto ser que busca no trabalho e na prática social sua essência enquanto ser humano. Mas, se é um processo natural inerente a todos os indivíduos, por que se tem tanto medo de envelhecer? A resposta talvez esteja na forma como os indivíduos são educados e nos valores que a sociedade repassa aos seus membros durante o processo educativo. Os indivíduos foram criados dentro de um sistema fortemente capitalista e

mecanicista, no qual aqueles capazes de dar, produzir, reproduzir lucros e bens são os mais valorizados. Todos vivem numa constante disputa: chegar primeiro, ser o mais inteligente, ser o mais eficiente, o mais produtivo, o mais bonito, como se o mais importante da vida e da existência humana no planeta Terra fosse a competição e o ter. Se essa for a resposta, realmente há razões para os indivíduos terem medo em envelhecer, visto que não há espaços construídos para aqueles que não são mais belos, eficientes, rápidos, “inteligentes” ou produtivos.

Kastenbaum (1981, p. 07) afirma a respeito:

[...] a questão ‘Que problema há em ser velho?’ ainda paira constantemente sobre nós. A sociedade, via de regra, se comporta como se os velhos tivessem menos valor intrínseco que os outros. Muitos de nós brincamos desconfortavelmente com o ‘passar dos anos’ ou tentam esconder os sinais de nossa maior idade. O próprio termo ‘velho’ tornou-se tanto um estigma quanto uma classificação.

Ainda segundo o autor:

Na verdade, é óbvio que a maioria de nós preferiria não envelhecer. Isto torna muito difícil o exame objetivo do problema do envelhecimento. Uma pessoa pode dizer quase sem riscos: ‘Sou homem’ ou ‘Sou mulher’, ‘Tenho olhos castanhos’ ou ‘Tenho olhos azuis’. Mas se disser que é velha, arrisca-se a cair em descrédito junto à sociedade ou em sua própria opinião (KASTEMBAUM, 1981, P.119).

Numa sociedade que tende a medir e classificar os indivíduos pelo que produzem, ser idoso significa ser um fardo, um peso para os demais; ser “velho”, na pior das hipóteses, significa ser improdutivo.

Ser velho, além de um fato, é um conjunto de convenções sociais da pior espécie. Não sei o que pesa mais sobre os velhos, se a idade ou a idéia que eles fazem de si mesmos, movidos pelo modo como são tratados, levados pelas idéias tantas vezes vingativas que orientam o comportamento da maioria frente a eles (GAIARSA, 1986, p.09).

A afirmação transcrita, num primeiro momento, assusta, mas deixa claro aos olhos de quem a lê, a idéia que se tem da velhice, já que a imagem do idoso, via de regra, está associada à doença, dependência, ociosidade, perda do *status*, improdutividade. Paralelamente a essa situação, a sociedade ocidental capitalista

estabeleceu um modelo: tudo precisa ser produtivo, rentável. O corpo está a serviço da classe dominante e, como tal, deve ser forte, saudável, bonito e capaz de produzir e gerar lucros. “Esse homem-mercadoria só conhece um meio de relacionar-se com o mundo exterior: o de tê-lo e consumi-lo (usá-lo)” (FROMM, 1983, p.60). O idoso, por sua vez, não se adequa a esse modelo. Com isso, seu corpo é encarado como incapaz, improdutivo e incompetente.

Contudo, essa idéia de corpo forte, saudável, produtivo, não passa de um engodo, de uma ilusão na qual por vezes somos forçados a acreditar. Marx, em seus *Manuscritos Econômico-Filosóficos*⁵, já anunciava que a miséria do trabalhador aumenta com o poder e o volume de sua produção e que o resultado forçoso da competição é o acúmulo de capital na mão de poucos. Assim, quanto maior for a sua força de trabalho a ser vendida, quanto mais ele for capaz de produzir, mais barata a mercadoria “homem” se tornará.

Por outro lado, numa sociedade em que a qualidade de vida está associada ao jovem, torna-se difícil ser idoso já que “o corpo que envelheceu é considerado repulsivo, pois não apresenta atratividade, produtividade, acarretando a possibilidade de perder a auto-estima. É o exílio corporal do velho”(SIMÕES, 1995, p.123). Diante de tantos preconceitos, é comum encontrar pessoas com pouca ou nenhuma vontade de viver essa fase da vida, bem como traduz Bruhns (1995, p.75):

A síndrome da idade avançada está aí para confirmar a rejeição desse grupo: auto-desvalorização, resignações profundas, comportamentos regressivos que, somados a problemas de aposentadoria, restringindo à vida sócio-econômica da pessoa, vêm piorar esse estado de coisas.

⁵ MARX, Karl. *Manuscritos Econômico-Filosóficos*. In: FROMM, Erich. *Conceito Marxista do Homem*. 8ª ed. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1983.

O “ser idoso” geralmente é associado à morte; a imagem da velhice é negativa, carregada de estereótipos, rótulos e preconceitos. Apesar de toda essa “carga negativa” muito pouco se faz com o intuito de superar essa visão. O que fazer com indivíduos que vivem mais? Ainda não se desenvolveram respostas a essa pergunta. A mesma sociedade que criou condições para que se viva mais, não implementou garantias para que se viva mais qualificadamente esse viver-mais. Assim, se não se mata o idoso aberta e declaradamente, de forma sutil e mascarada a sua morte já vem sendo promulgada, através de outros meios, eficientes no seu objetivo de aniquilá-lo.

A principal dessas armas seria a aposentadoria compulsória, que muitas vezes arranca o idoso de seu círculo de relações, levando-o a perder seu objeto de paixão e a deixar de ser interessante aos olhos dos outros e de si próprio. Outra, não menos importante, são as instituições asilares, que também apresentam elevado “poder de fogo”, pois separam o idoso das coisas, objetos e pessoas queridas. Quase sempre isso significa forçar a inatividade total e o abandono. Como escreve Rodrigues (1983, p.220), “os idosos são internados para que morram. Na França, nas grandes cidades, 80% das mortes se dão em asilos e hospitais”.

No Brasil e no município de Passo Fundo os dados e a realidade também não são muito diferentes. A ausência de elementos significativos e de alto valor afetivo na vida dos idosos asilados e/ou internados parece acelerar o seu processo de morte quando ainda poderiam ter a expectativa de mais alguns anos de vida. De acordo com Lea (1983), o preconceito negativo de envelhecer é algo que atinge o mundo inteiro. O envelhecimento é tratado como algo ruim desde o começo da história do mundo e é, dessa forma, transmitido de geração a geração. Observa-se que tememos qualquer mudança de vida, pois existe um temor do desconhecido. No caso da velhice é nos apresentado desde jovem um quadro aterrorizador, o que dificulta ainda mais aceitar tais mudanças.

Dessa forma, não é por acaso que surgem tais preconceitos em torno da velhice, como reflexos de uma educação na qual, desde a infância, se inculca a idéia de que envelhecer é um fardo, é algo negativo, o que torna trabalhoso, no

decorrer da vida, mudar a imagem distorcida e marginal do que é “ser idoso”. Para Paiva (1992), ideologicamente, os indivíduos são orientados para serem jovens e, enquanto jovens dispõem de sua força de trabalho para vender ao capitalista para, em troca, garantir os meios de sua subsistência. Contudo, o ser humano não se dá conta da alienação que isso representa. Se o trabalho foi pensado como a forma do ser humano realizar-se enquanto indivíduo, enquanto “ente-espécie”⁶, no capitalismo percebemos que o que acontece é exatamente o contrário, já que, por não possuir os meios de produção, o trabalhador acaba se afastando do objeto da produção, já que o trabalho alienado afasta o indivíduo da sua própria vida como espécie.

Essa alienação da essência humana leva a um egoísmo existencial, descrito por Marx como a essência humana do homem convertendo-se em ‘um *meio* para a *existência* individual dele. Ele {o trabalho alienado} aliena o homem de seu próprio corpo, natureza externa, vida mental e vida *humana*’ (FROMM, 1983, p.58).

Afastado de sua humanidade, o ser humano acaba por não se sentir a vontade realizando sua principal atividade: o trabalho. É como se desempenhasse sua atividade profissional apenas, como já salientamos, para garantir um mínimo para sobreviver, ou, o que é pior, para saciar a ânsia do ter em detrimento do ser. Ao mesmo tempo em que não se sente à vontade realizando seu trabalho, teme que alguém mais jovem, ou mais rápido, ou mais inteligente o substitua e venda sua força de trabalho ao capitalista, já que a oferta de força de trabalho por vezes é maior que a procura.

Com isso, envelhecer numa cultura de jovens pode ser o mesmo que perder papéis e valores sociais, pois o modelo social de pessoa perfeita e completa é o modelo jovem.

⁶ Fromm, com base no pensamento de Marx utiliza o termo “ente-espécie” para explicar que o homem em sua existência representa a humanidade, o caráter da espécie dos seres humanos, a humanidade como um todo, a universalidade do homem.

Lima et al.(1997, p.12) completam dizendo:

Em nossa sociedade, o jovem é valorizado, as crianças desvalorizam sua infância e os mais velhos não participam de sua velhice. As banalidades sociais, mais as limitações impostas e outras naturais, fazem a velhice detestável. Isso faz assustar os jovens e os velhos, uma vez que poucos querem o que a maioria evita.

A idéia de que poucos querem o que a maioria evita faz com que os idosos se sintam discriminados, pois, se a articulação social já é um caminho difícil para quem está ligado ao projeto social através do trabalho, maiores serão as dificuldades para aqueles que já estão em processo de desligamento social. Enquanto se oferece às crianças programas para sua socialização ao processo social, aos idosos é oferecido o silêncio, pela realidade desumana que sobrevém como uma fatalidade, pois em tudo são dispensados. Assim, eles perdem o elo da razão social de existir, não fazem mais parte do grupo ético e inteligente responsável pelo estabelecimento e aperfeiçoamento da existência social.

A velhice é mais uma etapa da vida, e não o fim de uma vida. Muito se fez para aumentar a longevidade humana, mas, pouco se faz no intuito de conhecer o fenômeno do envelhecimento e, menos ainda, de preparar o indivíduo para essa nova realidade. É preciso analisar os costumes impostos aos mais velhos para identificar os que não correspondem às suas reais potencialidades. Por outro lado, não é tarefa fácil criar papéis para os mais velhos e mudar os preconceitos. As próprias possibilidades dos mais velhos e a consciência de que as formas de envelhecimento são objetos sociais reificados inibem a alteração dos fenômenos em torno do envelhecimento. Faz-se, então, urgente a humanização do envelhecimento.

Se a maioria da sociedade estiver verdadeiramente disposta a envelhecer e espera ter na velhice uma sorte respeitável, parece que os idosos podem crescer sem ter vergonha ou desprezo por sua identidade, assegurando, dessa forma, que o envelhecimento seja uma etapa de vida densa e plenamente significativa. Nesse sentido, as vivências dos idosos não podem ser descartadas; devem, na verdade,

ser encaradas como o início de uma caminhada rumo ao encontro, aos desafios, aos sonhos e projetos que devem sempre existir. Como se pode perceber:

[...] as produções científicas, ao se reportarem ao idoso, colocam-no como um símbolo de perdas e privações. Aquele que, ao longo do tempo, vai atenuando capacidades, habilidades, percepções, quando a velocidade não é mais prioritária e o corpo já não é mais perfeito (SIMÕES, 1995, p.129).

Simões (1995) refere ainda que essa visão é um reflexo do conhecimento racional, mecanicista acerca dos indivíduos idosos, não levando em conta sua experiência e seu potencial. Mas enquanto “rendimento” e “perfeição” forem valores representativos do padrão social, tanto ciência como sociedade continuarão se contentando com números, estatísticas, testes, medidas, desprezando por completo a vivência do idoso e os conhecimentos que podem vir a ser desenvolvidos em torno deste.

Certamente, há muitas possibilidades em ser idoso, todavia essas ainda precisam ser desveladas, desocultadas, trazidas à superfície e, nesse sentido, a ciência pode trazer sua contribuição de forma decisiva. Não basta uma lei propor que sejam produzidos conhecimentos sobre o envelhecimento; é preciso vontade para que tais conhecimentos sejam construídos e tornados acessíveis a toda população, seja ela idosa ou não. Se isso ocorrer, as possibilidades de um envelhecimento bem-sucedido tornar-se-ão conhecidas e desejáveis não só por aqueles que já estão sentindo os efeitos e as “benesses” da chegada da velhice, mas, sobretudo, por aqueles que ainda estão caminhando em direção dessa.

Assim, idosos, adultos, jovens e crianças poderão compreender que ser idoso é entender a substituição da beleza esteticamente padronizada da juventude pela vivência madura das emoções. É acreditar que essa maturidade vem de dentro para fora; é criar espaços para o encontro e o reencontro com as pessoas. Ser idoso é o reencontro com a vida, é voltar a habitar uma casa há muito abandonada. É ter de volta todo o tempo do mundo.

2.2 Por que envelhecemos: apanhado da literatura existente

O indivíduo, quando nasce, dá início a uma longa caminhada rumo a um destino que todos sabem existir, mas que muitos pensam ou tentam evitar: a morte.

A velhice, assim como a infância, a adolescência, a idade adulta fazem parte da existência humana e, como todo ser que nasce, cresce, desenvolve-se, um dia deve envelhecer. Mas se todos envelhecem, como se dá o envelhecimento? Que fatores desencadeiam esse processo? Durante muito tempo, o envelhecimento não figurou como área de estudo e pouco se descobriu. O conhecimento referente aos processos de envelhecimento sempre esteve envolvido por uma “aura mítica”.

Até o início do século XIX existiam três noções sobre o envelhecimento humano. A primeira era que a espécie humana já foi perfeita, mas que o pecado original provocou sua desgraça, cujo principal sinal é a morte. A segunda era que em algum lugar distante no mundo existiriam pessoas que deteriam o segredo da imortalidade. A terceira era que existiria algures uma fonte milagrosa, cujas águas teriam o poder de restaurar o vigor e a juventude perdidos e assim prolongar a vida (NERI, 1995, p.15).

Essas três noções, com a evolução científica e tecnológica foram abandonadas, porém os motivos que levam o indivíduo a envelhecer, para muitos, permanecem ocultos, pois o envelhecimento continua sendo um mistério para a Gerontologia.

Com o crescimento da população idosa, são muitos os que vêm se interessando pelo assunto, tentando compreender as características do envelhecimento humano para que, como sociedade, possam ajudar no ajustamento do crescente contingente de idosos. Segundo a Sociedade Brasileira de Geriatria⁷ e Gerontologia⁸ – SBBG e a Sociedade Brasileira de Medicina do Esporte (1999), o envelhecimento é um processo contínuo, durante o qual ocorre o declínio progressivo de todos os processos fisiológicos do organismo.

Os gerontologistas, na sua maioria, classificam o envelhecimento como um processo que se inicia no momento da concepção. Assim, a velhice seria um processo dinâmico e progressivo no qual ocorrem modificações ocasionadas por diferentes variáveis - morfológicas, funcionais, bioquímicas, psicológicas -, que irão determinar a progressiva perda da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente.

O organismo humano, desde sua concepção até a morte, passa por diversas fases: desenvolvimento, puberdade, maturidade ou de estabilização e envelhecimento. É possível identificar entre as três primeiras fases marcadores físicos e fisiológicos de transição entre elas. O envelhecimento manifesta-se por declínio das funções de diversos órgãos que, caracteristicamente, tende a ser linear em função do tempo, não se conseguindo definir um ponto exato de transição como nas demais fases (PAPALÉO, NETTO, 1999, p.05).

Portanto, não se envelhece de um dia para o outro. O envelhecimento é um fato construído durante todos os anos da existência do homem como indivíduo. Ao mesmo tempo, a percepção do envelhecimento como um processo normal a todo indivíduo permite, ainda, a compreensão de que esse não é um processo uniforme, pois os vários tecidos e órgãos do organismo possuem diferentes velocidades de envelhecimento.

⁷ **Geriatrics** - palavra que vem do grego e trata do estudo e pesquisa das doenças peculiares à velhice ou dos problemas crônicos decorrentes da senilidade e da senescência. (PALMA, 1999, p.86)

⁸ **Gerontologia Social** - estudo e pesquisa do envelhecimento nos seus aspectos biológico, psicológico e social. Numa concepção moderna, as duas ciências procuram:

- a) desvendar os *mistérios* e *segredos* da etapa final da vida humana;
- b) estudar a revelação do homem e a compreensão de ser sujeito do nascimento à morte: o velho não é um modelo de vida no fim, mas um trecho flagrante do percurso da vida;
- c) identificar os aspectos preventivos e de promoção à saúde como caminhos lógicos para conferir ao indivíduo uma base nos hábitos adquiridos no transcorrer da vida. (PALMA, 1999, p. 86)

Nessa perspectiva, o envelhecimento também pode estar associado a fatores genéticos, estilo de vida, trabalho, ambiente, todos concorrendo para que o idoso tenha uma melhor ou pior qualidade de vida, já que são inúmeras as variáveis que determinam a velocidade do processo de envelhecimento. Nesse sentido, salientamos a importância da combinação entre essas variáveis, pois não basta herdar uma boa carga genética se, em vida, isso foi desprezado em razão de hábitos considerados não saudáveis. Assim, herdar uma longevidade ativa é resultante do fundo biológico do indivíduo em questão combinado ao que os pais transmitiram a seus filhos quanto ao modo de vida, trabalho, alimentação.

Durante muito tempo o envelhecimento foi visto com base no prisma biofisiológico, ora com a predominância dos fatores biológicos, ora fisiológicos, uma visão dualista que não permitia vislumbrar além do que todos pensavam enxergar. No entanto, essa visão necessita ser superada por outra, que permita ver o que está além, ou seja, o global, o envelhecimento como um todo que é composto por muitas variáveis, as quais em momento algum, podem ser desprezadas sob o risco de não se estar compreendendo o envelhecimento em suas múltiplas facetas. Essas variáveis – problemas ambientais, sociais, culturais, econômicos – irão influenciar em maior ou menor extensão o envelhecimento em si.

As considerações expostas nos permitem dizer que o processo de envelhecimento não é unilateral, mas, sim, a soma de inúmeras variáveis, as quais irão influenciar umas às outras, de maneira diferenciada em cada indivíduo. Sendo um processo complexo não pode mais ser concebido numa visão dualista, mas, sim, de uma visão mais global e complexa. Isso por que:

Se é fácil reconhecer algumas manifestações comuns em idosos, como canície, rugas, aumento de ligações cruzadas do colágeno, reduções das capacidades máximas de trabalho e resistência etc., é impossível afirmar serem elas exclusivamente dependentes do envelhecimento, desde que fatores genéticos e ambientais podem também estar presentes (PAPALEO NETTO, 1999, p.04).

Os fatores genéticos e ambientais não podem ser ignorados, os quais levam a que alguns indivíduos envelheçam mais cedo e outros permaneçam jovens por

mais tempo, além de que os próprios órgãos do organismo de um único indivíduo apresentam velocidades diferenciadas de envelhecimento.

Se o organismo apresenta diferentes velocidades de envelhecimento, isso significa dizer que esse se dá em vários níveis, não apenas no nível biológico ou fisiológico, fato já analisado nos parágrafos anteriores. Contudo, apesar de acreditarmos que o envelhecimento é um processo multifacetado, resultante da relação entre inúmeras variáveis, percebemos que a literatura ainda discute questões referentes ao processo do envelhecimento de forma estanque, fragmentada, compartimentada, levando a que o conhecimento seja trabalhado parcialmente, enfocando apenas uma “área” do envelhecimento. Alguns autores preocupam-se em discutir o que consideram a “variável biológica”; outros, a “variável social” ou, ainda, a “variável fisiológica”, mas dificilmente estabelecem relações e/ou correlações entre essas e outras variáveis possíveis.

Assim, optamos por fazer uma “varredura” na literatura existente a fim de verificar como trata a velhice e o enfoque que dá aos processos pelos quais os indivíduos passam enquanto envelhecem. Segundo a literatura consultada, o envelhecimento se dá em vários níveis: biologicamente, inicia-se tão logo cessa o processo de estabilização do organismo e representa um processo contínuo ao longo da vida; além do nível biológico, em nível social, o indivíduo envelhece a partir do momento em que suas características e atitudes deixam de ser as eleitas como as mais satisfatórias e significativas pelo restante da sociedade; intelectualmente, quando começa a ter lapsos de memória, falhas de atenção e dificuldades de aprendizagem; economicamente, quando deixa o mercado de trabalho por opção própria ou por imposição de lei (aposentadoria compulsória) e deixa de ser economicamente ativo e produtivo. Em relação à funcionalidade, o envelhecimento ocorre quando o indivíduo começa a depender dos outros para que possa cumprir suas tarefas habituais e realizar suas necessidades básicas e, por último, em nível cronológico, o envelhecimento ocorre a partir dos 60/65 anos, em função da necessidade de se estabelecer um limite ou um patamar que delimite quem é ou não “velho”.

Apesar dessas diferentes variáveis do processo de envelhecimento e das relações que ocorrem entre elas, é necessário conhecer melhor como ocorre o envelhecimento biofisiológico dos indivíduos, que está, ao que parece, mais ligado a manutenção dos níveis de independência e autonomia que irão caracterizar os níveis de qualidade de vida dos idosos.

Fisiologicamente, o envelhecimento dá-se precocemente, iniciando logo após o término da fase de desenvolvimento e estabilização e desenvolvendo-se por um longo período, no qual se mostra pouco visível, até que chega o momento em que as alterações se mostram perceptíveis e evidentes. Nos seres humanos, o desenvolvimento orgânico alcança sua plenitude, em média, no final da segunda década de vida, seguido por uma relativa estabilidade que, geralmente, se estende até o final da terceira década de vida. Aos poucos, então, os diversos sistemas, órgãos e tecidos começam a apresentar discretas e progressivas alterações.

Há autores que associam o envelhecimento a outras variáveis, das quais as de maior influência seriam a biológica, a psicológica e a social. A variável biológica é caracterizada por transformações - progressivas e irreversíveis - que atacam praticamente todos os órgãos e tecidos do idoso. Nesta etapa do desenvolvimento humano, o catabolismo é maior que o anabolismo, o que vem colaborar para que as alterações ocorram ainda mais aceleradamente. Quanto às principais alterações biológicas que surgem com o envelhecimento podem ser citadas:

- aumento do tecido conjuntivo no organismo;
- perda gradual das propriedades elásticas dos tecidos;
- redução da quantidade de células nos diversos sistemas;
- aumento da quantidade de gordura corporal;
- diminuição do consumo de oxigênio;
- diminuição da força muscular (em função do decréscimo do número e do tamanho das fibras musculares);
- diminuição das produções hormonais;
- perda de osseína e sais de cálcio;
- aumento da espessura dos tecidos dos vasos das cápsulas articulares;

- redução do líquido corporal (perdas hídricas);
- diminuição da capacidade de coordenação e da habilidade motora;
- deficiência auditiva e visual;
- alterações degenerativas arterioscleróticas;
- hipertensão;
- menor elasticidade pulmonar (diminuição do número de alvéolos e capilares pulmonares).

As alterações relacionadas e as demais que possam vir a ocorrer precisam ser observadas a fim de que não se tornem problemas mais sérios, como o desenvolvimento de doenças crônicas comumente associadas à terceira idade.

Quanto à variável psicológica, esta evidencia-se por um processo complexo e dinâmico, que sofre influências dos fatores individuais os quais, inicialmente, são marcados por um declínio lento das habilidades pessoais, que vão, aos poucos, acentuando-se. Essa constatação é assustadora por não apresentar nenhuma saída ou alternativa para aqueles que estão envelhecendo. Parece não haver um “meio-termo”, ou seja, “todos os idosos deverão passar pelos mesmos desígnios” porque estes fazem parte do “envelhecimento”. No entanto, é consenso que as coisas e os fatos relacionados à velhice não são tão radicais quanto a literatura sugere e que, dependendo das condições históricas e sociais do sujeito, esses dados podem agravar-se em menor ou maior intensidade.

Por outro lado, esta variável, segundo Meirelles (1999), é marcada pela:

- aceitação ou recusa da situação de idoso;
- aceitação ou rejeição do meio;
- atitude hostil frente ao novo;
- diminuição da vontade, aspirações e atenção;
- deteriorização da memória;
- enfraquecimento da consciência;
- apego ao conservadorismo;
- estreitamento da afetividade.

O desencadeamento ou não dessas modificações, entretanto, vai depender da relação do indivíduo com o meio em que ele está inserido e das suas respostas aos desafios surgidos ao longo da vida. Quanto à variável social, esta geralmente está associada a:

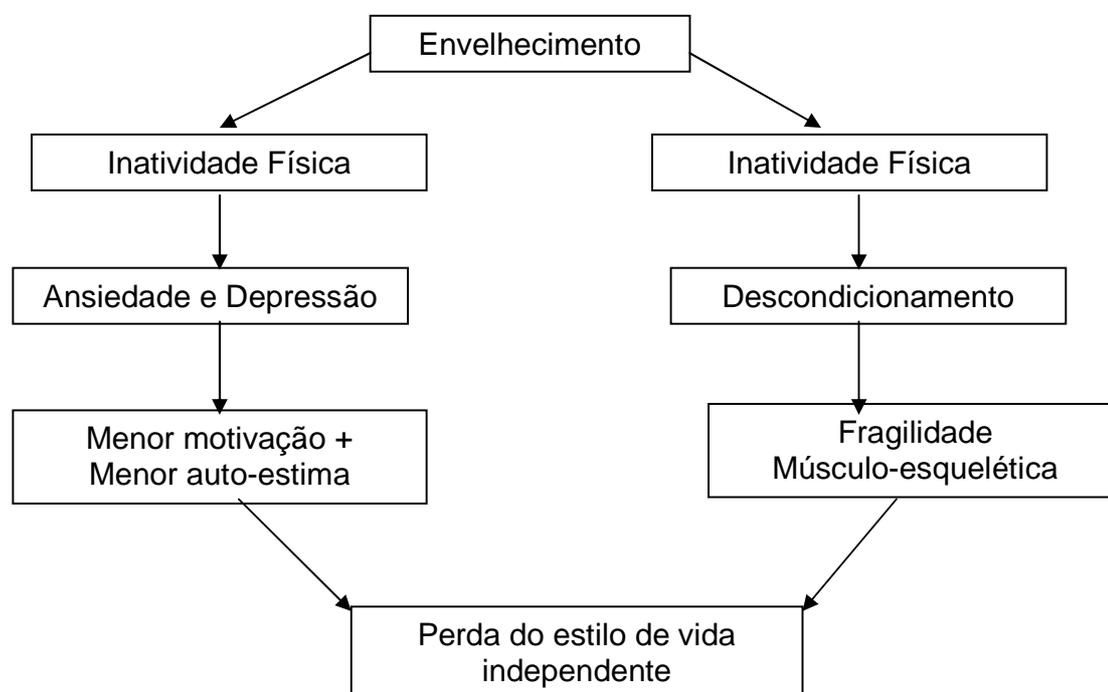
- isolamento social;
- situação econômica;
- segurança social;
- ruptura com a vida profissional e perda do *status* social (aposentadoria);
- estado de saúde precário.

A variável social exerce grande influência sobre o envelhecimento, pois, socialmente, esse não significa apenas um espaço de tempo, mas, sobretudo, uma categoria, um modo diferente de vida, uma atividade socioeconômica.

Para a SBGG, o envelhecimento ocorre a partir de um ciclo vicioso, no qual determinados fatores promoveriam o aceleração do envelhecimento, como a ansiedade, a inatividade física, a depressão, a baixa auto-estima, a fragilidade.

Na figura a seguir podemos observar o ciclo vicioso do envelhecimento, que pode levar o idoso a viver com pouca ou nenhuma qualidade de vida.

Figura 1 - Ciclo vicioso do Envelhecimento

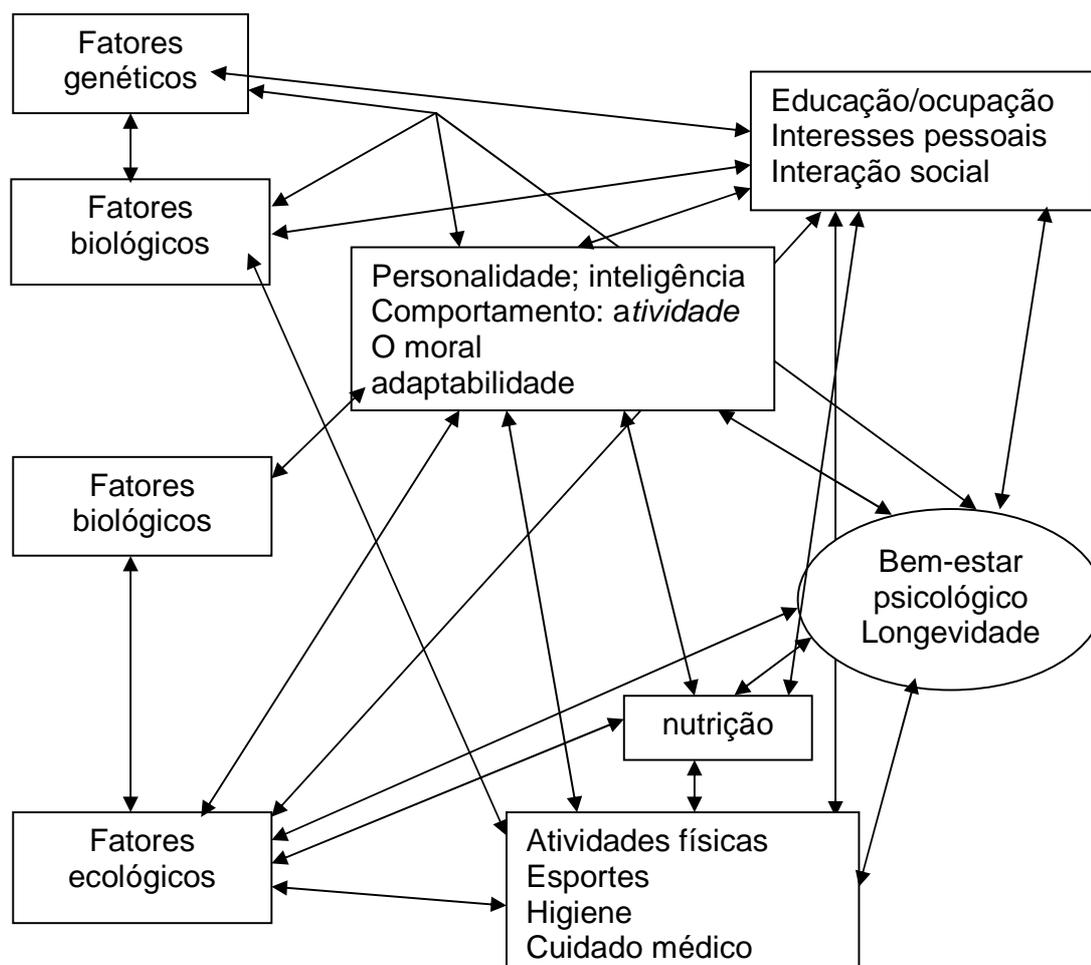


Fonte: Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia - SBGG, 1999

A figura, numa primeira análise, parece estar completa. Contudo, numa análise mais profunda, percebemos que retrata o envelhecimento como se fosse sinônimo de doença, numa perspectiva fechada e linear, estabelecendo entre cada um dos aspectos elencados uma relação de causa e efeito; é como se cada aspecto fosse responsável pela ocorrência do aspecto seguinte. No entanto, entender o envelhecimento apenas com base nesses aspectos é minimizar o significado da velhice, já que muitos outros aspectos poderiam ser anexados e/ou revistos, a fim de tornar mais elucidativa a compreensão dos processos de envelhecimento, como, por exemplo, a ausência ou não de escolaridade, a origem étnica, as condições socioeconômicas, as políticas públicas para a terceira idade, o sistema de saúde, a unidade federativa onde residem, todos fatores que podem influenciar significativamente o modo de vida e a maneira de envelhecer dos indivíduos. Para tanto, a fim de se formular um gráfico mais amplo e completo,

tomar-se-á emprestado o “gráfico de correlação entre longevidade e envelhecimento”, idealizado por Lehr (1999).

Figura 2 : Correlação entre longevidade e envelhecimento

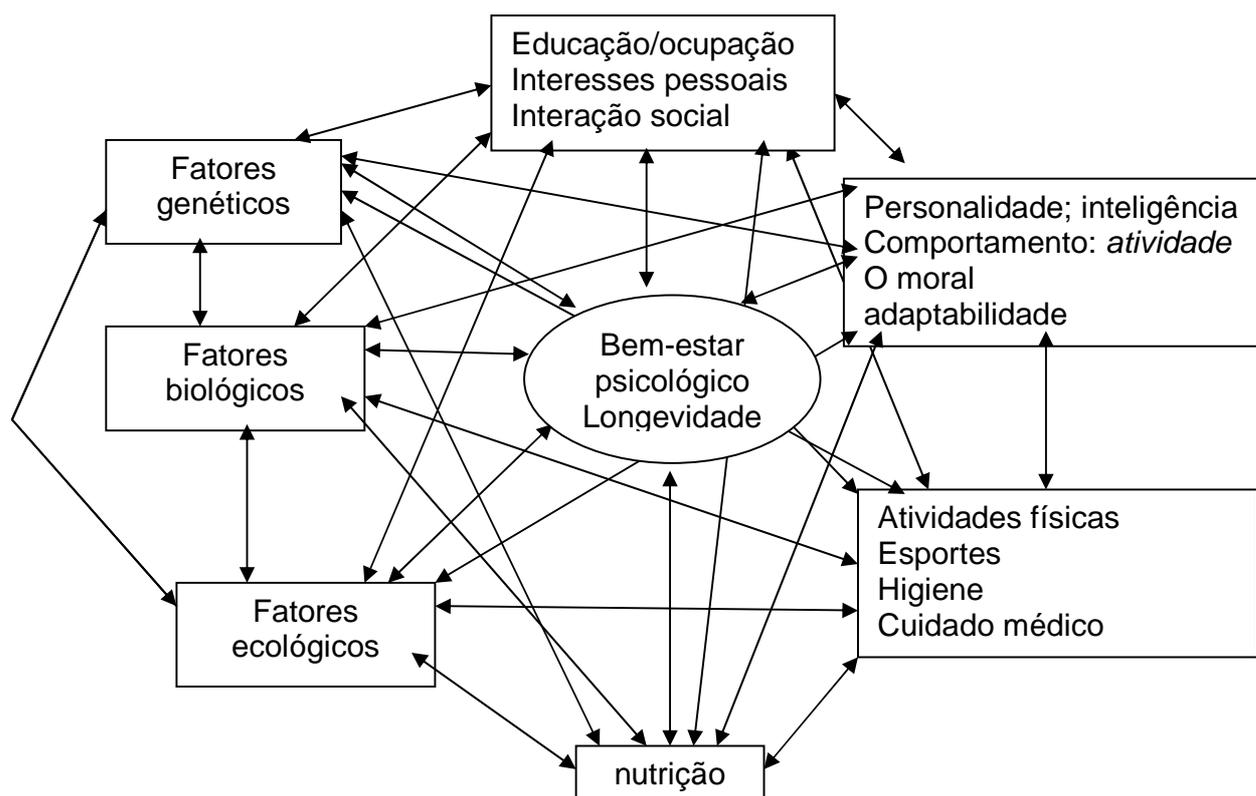


Fonte: Lehr, 1999.

Apesar de a figura de correlação proposta por Lehr (1999) apresentar inúmeras variáveis em situação de relação umas com as outras, optamos por fazer uma outra reorganização, a fim de que esta ficasse mais completa e onde as

correlações entre cada variável fossem mais evidentes. A reorganização da figura a seguir é de responsabilidade da pesquisadora.

Figura 3: Correlação entre longevidade e envelhecimento



A Figura 3 procura relacionar as diferentes variáveis que interferem no envelhecimento do indivíduo, cada uma em maior ou menor grau, de acordo com a importância ou preponderância que possa vir desempenhar na vida de cada indivíduo. Apesar dessas influências, os fatores físicos, genéticos e biológicos não são suficientes para explicar a longevidade alcançada pelos indivíduos nos últimos trinta anos. Como salienta Lehr (1999), há uma série de fatores que, possivelmente, podem influenciar no aumento da expectativa de vida vivenciada nos últimos anos, os quais interagem entre si.

Assim, podemos dizer que os fatores genéticos, biológicos e físicos parecem influenciar diretamente no desenvolvimento da personalidade, cuja formação, ao mesmo tempo, é determinada pelos processos de socialização (socialização esta na qual o meio ambiente social e os fatores históricos também estão incluídos e exercem influência). Além disso, percebemos que os determinantes ecológicos (meio ambiente físico, condições climáticas, etc) também têm um impacto sobre o desenvolvimento da personalidade e, conseqüentemente, sobre a longevidade. Por outro lado, observamos que as variáveis de personalidade exercem um impacto sobre a escolaridade e as atividades ocupacionais e, assim, sobre o *status* socioeconômico. Nesse sentido – da correlação entre *status* social e longevidade -, há dados estatísticos e demográficos que dão conta de que há um aumento significativo na expectativa de vida dos indivíduos com *status* socioeconômico elevado.

A Figura 3 mostra, ainda, que o *status* social, a personalidade e os fatores ecológicos influenciam os hábitos alimentares dos indivíduos, o que pode levar a afirmação de que existe uma correlação direta entre nutrição e longevidade. Percebemos, igualmente, que os fatores genéticos, físicos e biológicos, a personalidade, as variáveis ecológicas e o *status* socioeconômico também influenciam as atividades físicas, esportes, cuidados médicos e higiene, permitindo a correlação dessas com a longevidade. A análise da figura permite a conclusão de que nenhuma variável pode, por si só, explicar a longevidade e o envelhecimento bem-sucedido; todas as variáveis apresentadas e outras que poderiam ser ainda incluídas interagem entre si e formam, de acordo com Lehr (1999), uma rede recíproca e complexa. Dessa forma, o envelhecimento futuro de cada indivíduo será, certamente, o resultado de um processo desenvolvido ao longo da vida, a partir das relações e correlações que ele estabelecer durante sua vivência. Isso significa dizer que a correlação entre as variáveis será única de cada indivíduo, cada qual envelhecendo de forma única e pessoal.

Portanto, pode-se dizer que “são os incidentes patológicos que produzem um organismo qualitativamente diferente na velhice, e não o envelhecimento, muito menos por causa da passagem do tempo” (NERI, 1993, p.34). Os incidentes

patológicos aos quais a autora se refere parecem estar relacionados às doenças e/ou patologias adquiridas no decorrer da vida que, em muitos casos, deixam seqüelas (como, por exemplo, o sarampo, a poliomielite) as quais irão alterar e/ou produzir um organismo diferenciado com o passar dos anos. Pesquisas recentes, realizadas por cientistas do mundo todo, têm chegado a conclusões que irão interferir no conceito que se possuía até bem pouco tempo de envelhecimento. Uma das conclusões obtidas comprova que a decadência física inerente ao organismo na terceira idade resulta, na maioria dos casos, não dos anos acumulados de vida de cada indivíduo, mas, sim, de condições inadequadas a que foi submetido o organismo em etapas anteriores da própria vida. Assim, se o indivíduo tiver uma vida normal, sem excessos, facilmente chegará à casa dos oitenta anos com um bom nível de saúde, apresentando apenas um decréscimo das funções gerais do organismo. Em oposição, quando o envelhecimento for antecedido por doenças, cigarro, álcool, má alimentação, o idoso até poderá chegar aos oitenta anos, mas com grandes problemas de saúde. Isso só vem referendar o que se tentou propor a partir do gráfico de correlação analisado, ou seja, o envelhecimento é o somatório das atitudes positivas e negativas que os indivíduos adotam ao longo de suas vidas.

Assim, se a ciência ainda não encontrou formas concretas de deter ou manipular as condições genéticas e metabólicas que determinam o envelhecimento (como a menopausa, a perda de neurônios, perdas hídricas...), pode existir uma possibilidade real de retardar a evolução dos processos negativos associados ao envelhecimento. Essa possibilidade de prolongamento da vida, sem dúvida, seria a *educação*.

A educação e a compreensão real do envelhecimento podem mudar os paradigmas. O envelhecimento é uma realidade da qual não se deve e não se pode fugir. Então, é preciso criar uma nova realidade para os que estão envelhecendo e para os que ainda vão envelhecer; não há tempo a perder. Se, como afirmava Marx⁸, o que distingue os indivíduos humanos é que esses são capazes de produzir seus meios de vida, condicionados por sua organização corpórea e associados em agrupamentos e que esses são de acordo como manifestam sua vida, já que o que

são coincide com sua produção – tanto com o que produzem como com o modo como produzem, há que se criar condições para que os mais velhos também possam possuir condições materiais de garantir a continuidade da produção de sua vida. O envelhecimento nasce com o homem e é o resultado de toda sua trajetória no planeta Terra, no universo. É como disse Meirelles (1999, p.24): “A velhice não existe. O que existe é o ser humano pleno a caminho de sua auto-realização como pessoa humana, como indivíduo inimitavelmente único... O resto é ideologia, preconceito, acaso, sorte, azar, silêncio”.

2.3 O papel social do idoso em diferentes épocas

Como já destacamos anteriormente, o mundo está envelhecendo. O aumento da longevidade humana é incontestável. Se até o começo do século XX, a expectativa de vida do indivíduo era em torno de quarenta anos, hoje, graças aos avanços sociais, tecnológicos e culturais, o ser humano facilmente chega aos oitenta anos. Se, há poucas décadas, o envelhecimento era um fato raro, restrito à esfera familiar ou privada, nos dias atuais a questão é diferente. As conquistas na área da saúde e a descoberta da importância da inserção social, do projeto de vida e da criação de novas políticas sociais fazem com que a sociedade como um todo comece a se dar conta dessa nova condição.

Não basta, entretanto, perceber esse fenômeno como uma questão social. É preciso, sim, redefinir os comportamentos sociais, permitindo a inserção social do idoso. Os costumes sociais perpetuados de geração a geração, devem ser ajustados a uma nova ordem. Como afirma Papaleo Netto (1999, p.09):

Não é justo, não é humano somente prolongar a vida dos que já ultrapassaram a fase de homens adultos, quando se não lhes dá condições para uma sobrevivência digna. Sob este aspecto não há dúvida ao se afirmar que é melhor acrescentar vida aos anos a serem vividos do que anos à vida precariamente vivida.

⁸ MARX, Karl, ENGELS, Friedrich. **A Ideologia Alemã** (Trad.Luis Cláudio de Castro e Costa). 2ªed. São Paulo: Martins Fontes, 2002, Introdução, p.XXIV.

Os idosos ainda estão vivos, com longos anos pela frente. A sociedade, apesar de não estar devidamente adaptada a esses novos sócios, precisa lhes oferecer ferramentas a fim de que as mudanças nas relações humanas realmente sejam efetivadas. Até bem pouco tempo, os idosos mostravam-se fragilizados, acomodados, sem nenhuma pretensão social. Porém, cansados de ficar “em cima do muro”, foram em busca de seus direitos; organizaram-se em sindicatos, grupos de convivência, grupos de estudos, garantindo direitos que jamais passariam pela cabeça de seus antepassados.

Vivemos a era do envelhecimento, a qual, segundo a Organização Mundial de Saúde – OMS, começou por volta de 1975 e deverá estender-se por mais cinco décadas. Os idosos de hoje sobreviveram a epidemias, duas guerras mundiais e a vários conflitos localizados. Nessa caminhada, os mais velhos, enquanto representantes da humanidade, foram construindo práticas sociais que foram transformando tanto a natureza quanto a sociedade. A fim de entender esse movimento na história, e como se deu o movimento da prática social, compartilhamos do pensamento de Triviños (2005), quando esse cita Vazquez(1980), p.29):

O tipo fundamental da prática é a atividade de produção material humana. Ela cria os bens materiais, transforma também socialmente a atividade revolucionária da massa que visa mudar as relações de produção. A atividade prática dos homens e sua participação sócio-política, nas lutas de classe, em sua revolução social.

Isso significa dizer que através da produção material humana, através da prática social, o homem foi criando bens, meios, os quais foram transformados em um conjunto de conceitos – teorias, que foram sistematizando o conhecimento produzido a partir dessas práticas. Dessa forma, pudemos observar, em especial no século XX, que a humanidade pode contar com relevantes avanços científicos, como a descoberta do antibiótico e a criação de vacinas contra várias doenças, o que lhes permitiu viverem mais e formar a parcela de idosos que vemos hoje no seio de nossa sociedade.

Por outro lado, percebemos que o continente europeu levou cem longos anos para envelhecer e estar preparado para cuidar de seus idosos, e as mudanças que se apresentaram foram lentas, progressivas e graduais. E no continente americano, como ocorreu o envelhecimento da população? Como o Brasil encarou e encara o envelhecimento? Notamos que as mudanças estão ocorrendo rapidamente, tanto que a América, em apenas vinte anos, viu surgir uma população de idosos.

O Brasil, que desde o descobrimento se autoproclamava um país jovem, começa a contabilizar vincos e rugas. Segundo Berquó (1996), com o início do século XXI serão cerca de 8,7 milhões de pessoas com mais de 65 anos, todos sobreviventes das coortes nascidas até 1935. Passados mais de dez anos da projeção feita pela autora percebemos, pelos dados do Censo de 2000⁹, divulgados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE em 2002, que sua estimativa não estava equivocada.

De acordo com o do IBGE, em 2000, eram 14.536.029 indivíduos com mais de 60 anos, perfazendo 8,6% da população total do país. Em relação ao Censo de 1991, representa um aumento de 4 milhões de idosos. Isso representa dizer que um em cada dez habitantes, no Brasil, tem mais de 60 anos.

De acordo com Paschoal (1999, p.30):

Estima-se que, atualmente, cerca de um milhão de pessoas cruza a barreira dos 60 anos de idade, a cada mês, em todo o mundo. Essa velocidade assustadora faz com que a maioria (2/3) da população idosa mundial já esteja vivendo nas regiões menos desenvolvidas do globo.

⁹ Os dados aqui mencionados pertencem ao Censo 2000, uma vez que os dados obtidos em 2006, de acordo com o próprio IBGE estão sendo revistos e recalculados.

A informação trazida faz cair por terra o mito de que a maioria dos idosos vive em países desenvolvidos, pois os países em desenvolvimento apresentam uma população de idosos cada vez mais numerosa: “A razão de crescimento da população idosa em alguns países em desenvolvimento (Brasil, México e Nigéria, por exemplo) é quatro a cinco vezes maior que a dos Estados Unidos e Japão” (PASCHOAL, 1999, p.30). Esse crescimento do contingente de idosos exigirá, em todo o mundo, o aumento dos gastos públicos para atender às demandas dessa população. Em relação ao Brasil, essa explosão demográfica, implica projeções para um futuro próximo. A partir do ano 2000, a população brasileira de mais de sessenta anos vêm crescendo a taxas oito vezes superiores às taxas de crescimento da população jovem. De acordo com a Organização das Nações Unidas – ONU, o Brasil está cotado para ser o sexto país com maior população idosa no mundo por volta de 2025.

Diante desse quadro, torna-se uma tarefa complexa definir o que é o envelhecimento, pois o mesmo é um processo cercado de falsas concepções, crenças e temores. A velhice, como parte do *continuum* da vida, é também uma palavra carregada de inquietudes, fragilidade, angústia. Ainda hoje, veem-se prevalecer idéias, mitos e preconceitos que são ecos de culturas e tempos remotos.

Ser idoso, muitas vezes, é ser julgado pelos outros; portanto, é um julgamento social. Cada sociedade, em cada época da história, produziu um conceito sobre o que é ser idoso: “A velhice, em algumas sociedades, é apresentada como tempo de introspecção, isolamento e dependência, como se esses fossem elementos naturais. No entanto a marginalização e a introspecção do idoso são produtos sociais” (MOREIRA, 1992, p.127). Nesse sentido, para que ocorra a compreensão da velhice, é preciso identificar e compreender o reflexo dos quadros sociais na sua definição.

Ao analisar o sentido literal da palavra “velho” observamos que essa também é crivada de preconceitos, a própria definição de “velho” é cercada de estereótipos. Segundo o *Dicionário brasileiro* (1997), o significado do termo é “avelhantado, muito idoso, antigo, gasto pelo uso, desusado, antiquado”. Por causa desse estigma criado em torno da palavra “velho”, passou-se a utilizar a

nomenclatura “idoso” ao se referir às pessoas de mais idade, termo que parece, ainda não possuir uma carga tão elevada de preconceitos.

Por outro lado, em relação ao termo “velhice”, como se observou anteriormente, este também está travestido de uma conotação um tanto depreciativa. Numa tentativa de resolver este impasse, criou-se o termo “terceira idade”.

Terceira Idade é uma expressão que, nas últimas décadas e com muita rapidez, se popularizou no vocabulário internacional e, mais recentemente, no brasileiro. Mais do que referencia a uma idade cronológica, é uma forma de tratamento das pessoas de mais idade que ainda não depreciativa. A expressão se originou na França, referindo-se a uma nova etapa de improdutividade no ciclo da vida (a primeira é a infância). Da mesma forma, a expressão ‘third age’ de acordo com Laslett (In Debert, 1996) foi incorporado ao vocabulário anglo-saxão, sendo hoje de uso corrente entre os de pesquisadores de língua inglesa interessados na velhice. Hoje, com a expectativa vida aumentada, a França, país originário desse termo, já fala da Quarta Idade - pessoas com 80 anos ou mais (PALMA, 1999, p.02).

O termo “terceira idade” foi criado e rapidamente incorporado ao vocabulário dos indivíduos, tanto dos que pertencem a esta categoria como pelos demais representantes da sociedade. Com o surgimento dessa categoria surgiu uma grande dúvida: quando começa a terceira idade? Segundo Steglich (1992, p.47):

O começo da Terceira Idade é muito relativo. A maioria dos autores convencionam a idade de 65 anos. No entanto a OMS reconhece os 60 anos com o início do período ‘anosos’ como ela denomina essa etapa da vida [...] Em todo caso, a fixação de um limite de idade para o início da Terceira Idade é puramente acadêmica pois há pessoas que, aos 50 anos, já apresentam todos os sintomas de velhice avançada e não mais conseguem agir como gostariam e há pessoas que, até mesmo aos 80 anos, ainda atuam vigorosamente.

Analisando a citação transcrita, surge um questionamento: o que o autor quer dizer com atuar “vigorosamente”? Segundo o *Dicionário brasileiro* (1997), “vigor” significa energia física ou moral; força, eficácia, valor. Em que significados o autor estará fundando seu pensamento? Será na energia física ou moral? Será na força ou na eficácia? Ou, ainda, na realização de tarefas diárias sem depender do

auxílio dos outros, ou participar de uma corrida de 100 metros rasos? Torna-se difícil compreender o que o autor quer dizer com essa afirmação, uma vez que o envelhecimento é algo subjetivo e fazer afirmações como esta, às vezes, mais confunde do que esclarece.

Nesse sentido, já dizia Cícero¹⁰: “Estou com meus 85 anos e não sou como o jovem que entrou no estádio com um boi nos ombros e nem por isso eu deixo de ter minha saúde”. Nesse sentido, independentemente da idade em que se estabeleceu o início da terceira idade, esse é um elemento que leva conta apenas a idade cronológica do indivíduo.

É óbvio que a idade cronológica deixa suas marcas, mas não podemos esquecer que a sociedade também exerce pressão sobre as pessoas. Dois indivíduos podem possuir a mesma idade cronológica e agir de formas totalmente distintas, levando em conta as diferentes versões que possuem de sua própria idade. A idade cronológica pouco diz sobre um indivíduo, principalmente se esse compreender e conhecer a amplitude total de sua idade.

Quanto à discussão sobre o começo da terceira idade, há divergências até entre os órgãos internacionais. A ONU estabelece 65 anos; a OMS, 60 anos. Há, ainda, quem convencie que, para os países desenvolvidos, a idade de início da terceira idade seria na casa dos 65 anos, ao passo que, para os países em desenvolvimento, estaria em 60 anos.

Apesar de o Brasil ser considerado um país em desenvolvimento, parece que esse limite etário que convencia o início da terceira idade está um pouco distante da realidade atual em que o país se encontra no que tange ao envelhecer, e a distância parece aumentar ainda mais quando se considera a realidade gaúcha.

¹⁰ No primeiro século antes da Era Cristã, Marco Túlio Cícero (103-43 a.C.), o grande filósofo romano, político, jurista e orador demonstrou-se uma figura exponencial nos estudos sobre a velhice. Aos 63 anos de idade, senador da república, escreveu o livro *De senectute - Catão, o velho*. Nele resume sua visão de envelhecimento, enquanto um processo fisiológico, relata os problemas dos idosos quanto à perda da memória, perda da capacidade funcional, as alterações dos órgãos dos sentidos, a perda da capacidade de trabalho. Salienta que, com o envelhecimento, os prazeres corporais vão sendo substituídos pelos intelectuais, enfatizando a necessidade de prestigiar-se os idosos e de fazer-lhes um preparo psicológico para a morte.

De acordo com o Relatório de Desenvolvimento Humano 2007/2008, publicado para o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento – PNUD/ Organização das Nações Unidas¹¹ – ONU, o Brasil, em relação aos anos anteriores, melhorou, mesmo que muito pouco. Passou a ocupar a 70ª colocação entre 177 países. O Índice de Desenvolvimento Humano - IDH, calculado com base em dados de renda, educação e saúde, subiu de 0,790 para 0,800 e coloca o país um pouco abaixo da Rússia (que ocupa a 67ª colocação, com o IDH de 0,802) e da Malásia e logo atrás da Macedônia (69ª colocação e IDH de 0,801). O avanço brasileiro, ainda que pequeno, aconteceu em saúde e educação, e fez com que o país ficasse colocado entre os países com Desenvolvimento Humano Elevado. O relatório aponta que a esperança de vida da população ao nascer subiu de 70,2 anos para 71,5 anos, enquanto que a taxa de matrícula subiu de 90% para 91%. Além disso, o índice de esperança de vida da população brasileira é de 0,779.

¹¹ Informações retiradas em 30/01/09 do site: www.pnud.org.br/arquivos/rdh/rdh20072008/hdr_20072008_pt_complete_pdf

O Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (Pnud), responsável pelo estudo, usa três áreas - expectativa de vida, a taxa de alfabetização e de matrícula e a renda per capita - para fazer o cálculo. Quanto mais próximo a um (01), melhor a situação do país. As informações constantes neste relatório foram calculadas com base em dados de 2005. O IDH leva em conta dados de 177 países sobre três áreas (são usadas as informações sobre taxa de alfabetização, taxa de matrícula no ensino básico, PIB per capita e expectativa de vida). A cada ano, um relatório e o ranking são produzidos com os indicadores mais recentes, normalmente que retratam o país de dois anos antes.

Os dados de cada nação são fornecidos por agências estatísticas internacionais ou outras instituições especializadas, como Unesco e Banco Mundial. A partir deles, uma equipe independente escolhida pelo Pnud calcula o IDH.

O índice varia de 0 (nenhum desenvolvimento humano) a 1 (desenvolvimento humano total). países com IDH até 0,499 têm desenvolvimento humano considerado baixo; os de índices entre 0,500 e 0,799 apresentam médio desenvolvimento humano; e IDH superior a 0,800 – índice obtido pelo Brasil – significa desenvolvimento humano elevado.

Caso analisarmos os dados em relação à expectativa de vida no estado do Rio Grande do Sul, ou mesmo da região Sul, em relação à esperança de vida e o índice de esperança de vida da população brasileira, do acordo com o IDH é possível observarmos as grandes diferenças de se envelhecer no Rio Grande do Sul, que difere consideravelmente de envelhecer no Nordeste, por exemplo. A expectativa média de vida ao nascer no Rio Grande do Sul é de 71,60 anos (67,48 anos para os homens e 75,89 anos para as mulheres) contra 65,78 anos (62,72 anos para os homens e 68,86 anos para as mulheres) para quem nasce na região Nordeste¹². Veranópolis, cidade situada na Serra gaúcha (considerada a cidade mais longeva do país), possui, em âmbito nacional, a maior expectativa de vida, em torno dos 75 anos, um índice bastante próximo dos padrões europeus. Esses índices, se comparados a média nacional, também demonstram uma sutil superioridade da região Sul e do próprio estado do Rio Grande do Sul.

Tabela 1 – Distribuição demográfica dos idosos por sexo no Brasil - Esperança de Vida ao nascer – 2000

	Masculino	Feminino	Geral
Brasil	64,77	72,55	68,55
Região Nordeste	62,72	68,86	65,78
Região Sul	67,27	75,02	71,03
Rio Grande do Sul	67,48	75,89	71,60

Fonte: Indicadores Demográficos IBGE/Censo Demográfico 2000

¹² Conforme Indicadores Demográficos IBGE/Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios PNAD e Censo Demográfico 2000.

Em relação aos índices nacionais, o Rio Grande do Sul supera em 3,05% a média brasileira, fator que, talvez, possa ser atribuído às características históricas, socioeconômicas e culturais construídas ao longo dos tempos.

As pesquisas apresentadas, apesar de apresentarem dados diferentes e paradoxalmente opostos (pois as diferenças entre os dados obtidos em cada uma são gritantes), quando analisadas mais profundamente, revelam um quadro preocupante. É consenso que, nas duas últimas décadas, a expectativa de vida do brasileiro teve um aumento semelhante àquele alcançado ao longo de mais de um século nos países de Primeiro Mundo. Contudo, esses dados sugerem a necessidade de uma revisão do limite imposto pela OMS e/ou ONU, quanto à terceira idade, o qual poderia ser ampliado ao menos até os setenta anos.

Por outro lado, embora possua uma idade cronológica, o idoso também possui uma idade psicológica, biológica e, não se pode deixar de lado, uma idade social. Essas idades também são estabelecidas levando-se em conta fatores que dizem respeito, geralmente, a cada uma das áreas correspondentes, ou seja, cada área analisa o processo de envelhecer com base em parâmetros estabelecidos por ela própria, não levando em consideração, na maioria das vezes, os parâmetros das demais áreas. Observamos, também, que não há relação entre essas idades já que as variáveis não são confrontadas.

Assim como não há relação direta entre o que cada área preconiza no que tange às idades do envelhecer, percebemos que a sociedade, por sua vez, ignora muitas das idades do idoso, levando em consideração apenas a idade social e a idade cronológica. Moreira (1992, p.128) explica a relação entre essas duas idades:

A sociedade atual é burocratizada e o critério 'idade cronológica' tornou-se fundamental - com tantos anos vai-se à escola, mais tarde casa-se na vida profissional, com o tempo se aposenta. Logo, o lugar que se ocupa na sociedade está em função da idade cronológica. Nosso ciclo de vida tem etapas clássicas: infância, adolescência, adulto e velhice.

De acordo com a sociedade atual, o ciclo de vida possui etapas clássicas e rígidas: infância, adolescência, adulto e velhice. Nesse sentido, o critério “cronológico” é de fundamental importância, pois é ele que determina quem é criança, quando o indivíduo se torna adulto e quando passa ser considerado “velho”. Assim, o *status* que o indivíduo desempenha nas diferentes etapas do ciclo da vida está diretamente relacionado à idade cronológica e ao sentido de pertinência e de significância. Enquanto criança e/ou adolescente, o indivíduo não pertence ao mundo “adulto”; quando chega à fase adulta, tem garantido, pela sociedade, um sentido de pertinência e significância, já que participa do mundo produtivo e rentável; ao findar da vida profissional e com a chegada da aposentadoria, ele deixa de pertencer a um grupo social, perdendo, com isso, seu significado e sua identidade. Em parte, essa perda de significado e identidade se deve ao fato da sociedade capitalista levar em conta apenas o trabalho visto enquanto produção de bens e de mais valia. Fromm (1983, p. 48) destaca que:

O trabalho é a expressão própria do homem, uma expressão de suas faculdade físicas e mentais. Nesse processo de atividade genuína, o homem desenvolve-se a si mesmo, torna-se ele próprio; o trabalho não é um meio para um fim – o produto – mas um fim em si mesmo, a expressão significativa da energia humana; por isso, pode-se gostar do trabalho.

Sendo assim, percebemos que é comum os indivíduos não gostarem do trabalho, principalmente porque esse em nossa sociedade é visto como um meio para se obter um fim: a manutenção de condições mínimas de sobrevivência. Contudo, ao mesmo tempo em que perdem o trabalho enquanto um meio, perdem, por consequência, sua identidade e significância, já que para nossa sociedade o status está diretamente relacionado à questão profissional e, em contrapartida, a classe social da qual fazemos parte. Como isso parece dar “sentido” a existência humana torna-se compreensível o não querer abandonar um “posto” arduamente conquistado.

De acordo com os autores consultados, entretanto, esse quadro não está presente em todas as sociedades, e, historicamente, nem sempre foi assim. A

atenção e os cuidados destinados aos idosos foram sendo revistos e alterados ao longo dos tempos, variando de cultura a cultura. A construção social do idoso através das diferentes épocas pode ser assim explicada:

Os documentos de que dispomos só raramente fazem alusão à este assunto: os idosos são incorporados ao conjunto dos adultos. Das mitologias, da literatura e da iconografia destaca-se uma certa imagem da velhice, variável de acordo com os tempos e os lugares. Mas que relação esta imagem sustenta com a realidade? É difícil determinar. A imagem da velhice é incerta, confusa, contraditória (BEAUVOIR, 1976, p.45).

Ao fazermos uma retrospectiva histórica do envelhecimento, é preciso reportarmo-nos às antigas civilizações. No entanto essa volta ao passado se deve ao fato de que o homem é produto da história, pois enquanto se desenvolve, se transforma, ele faz história e se produz enquanto ser social histórico.

Na produção social de sua existência, os homens estabelecem relações determinadas, necessárias, independentes da sua vontade, relações de produção que correspondem a um determinado grau de desenvolvimento das forças produtivas materiais. O conjunto destas relações de produção constitui a estrutura econômica da sociedade, a base concreta sobre a qual se eleva uma superestrutura jurídica e política e a qual correspondem determinadas formas de consciência social. O modo de produção da vida material condiciona o desenvolvimento da vida social, política e intelectual em geral. Não é a consciência dos homens que determina seu ser; é o seu ser social que, inversamente, determina sua consciência (MARX, 2003, p. 05).

Para tanto, sabemos que, desde o Egito, Grécia e Roma antigos há registros sobre a velhice. A primeira referência aos idosos, de que se tem notícia é de autoria de PtahHotap, no Egito, no ano de 2500 AC: “Quão penoso o fim de um ancião! Vai dia-a-dia enfraquecendo! A visão baixa, os ouvidos se tornam surdos, a força declina, o corpo não encontra repouso, a boca se torna silenciosa e já não fala ... a velhice é a pior desgraça que pode acometer um homem”.

Como se pode observar, numa sociedade em que a juventude e a beleza eram tão valorizadas, não era de se estranhar que já houvesse preconceitos em relação aos mais idosos. Ainda de acordo com as obras consultadas, nas

sociedades anteriores às civilizações antigas, os chamados “povos primitivos”, o idoso exercia o papel de transmissor e portador do conhecimento e, como eram poucos os que atingiam uma maior longevidade, esses eram respeitados. À medida que os povos iam se organizando socialmente, o papel do idoso tornava-se mais complexo. Como a magia e a religião começaram a florescer nesse período, cabia aos idosos a instrução de seus descendentes, os quais eram os grandes detentores do poder, pois conheciam as tradições sagradas e guardavam para si certos segredos; possuíam ainda poder de vida e morte sobre seus filhos e todos lhe deviam obediência. Nessas sociedades o idoso era aureolado pelo privilégio “sobrenatural” de sua longevidade, que era associada a sabedoria e a experiência.

Por outro lado, estudos antropológicos realizados sobre esses povos dão conta de que já na Pré-História, os idosos não eram respeitados, sendo geralmente deixados para trás, já que os cuidados maiores eram destinados às crianças e jovens, que poderiam dar continuidade à espécie. Os “velhos” só eram cuidados enquanto tivessem alguma utilidade, ou seja, enquanto pudessem trabalhar, produzir ou, ainda, por possuírem algum saber que fosse significativo.

A própria Bíblia, no Antigo Testamento, também faz menção aos idosos. Na época dos hebreus, a sabedoria, a nobreza, o caráter e a longevidade estavam intimamente ligados; os mais velhos serviam de modelo para os demais e sua longevidade era tida como um sinal divino, desde que estes possuíssem algum recurso, fosse financeiro, econômico, político, cultural.

Em relação às antigas civilizações, sem dúvida, a grega foi a que mais proporcionou dados concretos sobre a concepção da velhice. Os gregos idealizavam a beleza, a força, a juventude, relegando os idosos a um lugar subalterno; os mais velhos eram desprezados, eram desrespeitados e alvo de ironias e deboches. O teatro grego era hábil em ironizar os mais velhos, já que, culturalmente, os gregos acreditavam que a velhice e a morte faziam parte dos *Keres* (males da vida) e ambos eram irreversíveis. Nesse sentido, os principais filósofos - Sófocles, Aristófanes, Eurípedes - apresentavam a velhice como uma fase privada de razão. Aristóteles, em seu livro *Tratado sobre Retórica*, descrevia os idosos como desconfiados, inconstantes, temerosos, melancólicos e egoístas.

Por outro lado, havia os que defendiam os idosos. Homero associava a velhice à sabedoria. Platão, em seu livro “A República”, elogiava a velhice, dizendo que: “A velhice faz surgir em nós um imenso sentimento de paz e libertação”.

Já, na civilização romana, os idosos possuíam um poder essencial. O direito romano concedido aos idosos, o *pater família*, pelo qual esses eram os senhores e os juízes dos destinos de suas famílias. Os idosos também estavam presentes no cenário político, pois a maioria do Senado romano era composta pelos mais velhos. Como já dissemos anteriormente, eles eram “valorizados” enquanto detentores do poder, já que os mais novos não possuíam a sabedoria daqueles que envelheciam. No entanto, esse respeito estava associado apenas aos idosos nobres, poderosos, já que aqueles que eram pobres não tinham vez.

Como expoentes significativos representantes dos mais velhos, destacam-se Cícero e Sêneca. Este último, em sua obra *A brevidade da vida* destaca que a verdadeira velhice deveria estar relacionada com a sabedoria, nunca com os anos. Porém, com o advento do Império Romano, os idosos, aos poucos, foram perdendo seu espaço, aumentando significativamente o poder dos filhos dentro das famílias. Com isso, podemos dizer que, apesar de a literatura apresentar uma visão romântica dos mais velhos e do envelhecimento, a realidade era bastante diferente. O velho valia enquanto detivesse algum poder; em caso contrário, não encontrava espaço na sociedade e sofria com a discriminação e falta de cuidados.

Os séculos passaram e a situação pareceu não se alterar significativamente. Com a chegada da Idade Média o mundo sofreu uma série de transformações que marcaram profundamente a história da humanidade. Este período histórico ficou caracterizado pela concentração do poder nas mãos dos nobres e da Igreja e o posterior surgimento da burguesia. Na primeira metade da Idade Média a velhice era associada a pecado, a decrepitude, a feiúra; os idosos eram poucos e a Igreja, nessa época, possuía uma grande concentração de idosos ocupando seus principais cargos. Nesse período também foram fundados os primeiros asilos e hospitais, onde os idosos eram acolhidos e tratados.

Já, na segunda metade da Idade Média, por volta do século X, houve grandes baixas no crescimento populacional, com a população voltando a crescer a

partir do século XV. Nesse período, a mortalidade infantil era elevada e, em contrapartida, a longevidade era baixa, o que caracterizava uma população predominantemente jovem. Epidemias, guerras, fome praticamente dizimavam a população de idosos. Outro agravante é que até o século XII não havia certidões de nascimento ou óbito, de modo que não conheciam sua verdadeira idade. Mais que em outra época, a idade era avaliada pela capacidade de trabalhar ou guerrear.

Além disso, a medicina era atrasada e, via de regra, servia aos mais ricos. Com isso, os ricos viviam mais que os pobres, os quais dispunham apenas do saber popular dos curandeiros e das bruxas. O envelhecimento agravava-se ainda por não existirem meios de corrigir certos problemas próprios da velhice, como surdez, pouca visão, perda dos dentes. Galeno, célebre médico deste período da história, escreveu uma obra denominada *Gerokomia (Higiene dos velhos)*, onde tratava a velhice como o “esfriamento da vida” e aconselhava os idosos a beber vinho, tomar banhos quentes e realizar atividades físicas e mentais.

Mais alguns anos se passaram e chegou-se ao século XVI, marcado pela introdução do pensamento científico, mecanicista. O universo deixou, então, de ser orgânico e espiritual e, a partir deste momento, o mundo passou a ser visto como uma máquina. Se, até então, o idoso era visto com ressalvas, com esse novo pensamento a situação social dos mais velhos ficou ainda pior. Nesta fase, houve violentos ataques à velhice, por causa da adoração e culto à beleza e à juventude. Usavam-se todos os meios disponíveis para prolongar a juventude e a vida e retardar ou eliminar a velhice.

Assim, o desenvolvimento do mundo ocidental, que se inicia com a Idade Moderna, foi fortemente influenciado pelo paradigma mecanicista, e os idosos, neste novo mundo, continuaram relegados ao ostracismo. O pensamento científico possibilitou inúmeros avanços nos conhecimentos médicos da época, apesar de ainda prevalecer um conceito ambíguo em relação à velhice.

A partir do século XVIII, houve um significativo aumento da longevidade na Europa. Com a ascensão da burguesia, após a Revolução Francesa, os “homens de idade” passaram a adquirir maior importância e significado, pois simbolizavam a

“unidade e a permanência da família”. Os idosos começavam a aparecer nos países europeus e passaram a ser reconhecidos e valorizados. Apesar de a literatura anunciar um período de otimismo em relação à velhice e de o idoso ser considerado um patrimônio e não um encargo, cabe aqui relatar que, no mesmo século, o então soberano da França criou uma lei que impedia os pais idosos de passarem seus bens para os filhos enquanto fossem vivos, o que só poderia ser feito após a morte do idoso em questão. Com essa lei, o Estado livrava-se do ônus de sustentá-los.

Com a chegada da Revolução Industrial, no século XIX, a máquina tomou conta de tudo. Se, antes, muitos asilos foram fechados para que os idosos se transformassem em mão-de-obra, agora, a história era diferente. Os idosos mais abastados continuaram no poder, apenas substituindo a mão-de-obra existente por maquinaria. Eles nem mesmo pensavam em si mesmos como “velhos”. Os idosos da classe trabalhadora eram “velhos” e nada mais; como tais, não mereciam atenção nem consideração, não havia “solidariedade de idade”: os ricos eram veneráveis; os pobres, porém, eram inúteis aos olhos dos veneráveis.

Os primeiros sindicatos surgidos Pós-Revolução Industrial não apresentavam reivindicações acerca dos operários mais velhos. A idéia vigente era a de que a idade acarretava miséria e abandono e eram poucos os operários que chegavam à velhice. Os estudiosos, os políticos e as principais lideranças burguesas, por sua vez, deram-se conta de que o custo social pago pela sociedade era muito elevado.

A partir dessa contestação é que surgiram os primeiros protestos de inspiração humanitária, bem como os primeiros estudos mais profundos acerca do envelhecimento e seus problemas, o que contribuiu para que os indivíduos mudassem de atitude. Esses estudos começaram a apresentar resultados no início do século XX. Pesquisadores como Metchinikoff (médico russo) e Brow-Sequard (médico francês) destacaram-se neste período tentando comprovar suas teorias. Metchinikoff, inclusive, é o criador do termo “Gerontologia” (Geronto = velho Log(O)+IA = estudo = estudo da velhice).

Anos mais tarde, Nascher (médico austríaco) também se destacou em seus estudos sobre o envelhecimento humano. Nascher é o criador do termo “Geriatrics” (GER(O) = velho+Iatrikos = tratamento = tratamento do velho). Contudo, esses estudos e avanços científicos não garantiram melhores condições de vida ao idoso do século XX. Parece que o padrão estabelecido ainda durante a expansão ocidental, de cunho mecanicista e perpetuado após a Revolução Industrial, ainda se manteve, uma vez que a situação dos mais velhos pouco se alterou, apesar de já terem se passado muitos séculos.

O desenvolvimento social, econômico e cultural alcançado ao longo de toda a evolução da espécie humana conseguiu aumentar a sobrevivência do homem. Assim, a longevidade passou a ser desejada pela maioria dos indivíduos. Viver mais, todavia, nem sempre significa envelhecer. Viver com independência e autonomia representa garantia de uma vida mais qualitativa, mas é paradoxal imaginar viver mais e melhor sem querer, ao mesmo tempo, envelhecer.

Hoje, em fase de transição do século, o que se nota é uma inversão de valores. Fruto da Revolução Industrial, dos avanços tecnológicos dela decorrentes e da valorização excessiva de teses desenvolvimentistas, ganha importância a força de produção, obviamente muito mais próxima dos jovens. Passa-se julgar o homem pela sua capacidade de produzir. Dentro dessa lógica, os idosos, em sua imensa maioria, por terem reduzida sua capacidade fisiológica de trabalho, não tem como enfrentar uma competição na qual as condições são desiguais (PAPALEO NETTO, 1999, p.09).

Os idosos continuam vivendo à margem de uma sociedade que os ignora. Por não serem produtivos, são retirados do mercado de trabalho como peças obsoletas. Entram, então, em cena elementos que tornam o envelhecer ainda mais difícil: a aposentadoria, os sistemas de saúde, as políticas públicas. Como indivíduos que deixaram de ser interessantes e banidos de uma sociedade que um dia lhes acolheu e reservou um lugar especial, esses parecem estar destinados à marginalização, em função da sua nova condição social e dos baixos rendimentos recebidos por este, fruto de uma aposentadoria muitas vezes irrisória, da ausência de políticas públicas próprias, de um sistema de saúde eficiente. Isso parece

sugerir que tanto sociedade como governo parecem não estar preparados para o “fenômeno” do envelhecimento.

De acordo com Ramos (1993), o envelhecimento, do ponto de vista econômico, aumenta a população não produtiva, sobrecarregando a população economicamente ativa e onerando o sistema de previdência social. Entretanto, isso parece ser reflexo de um sistema de aposentadoria compulsória - que estabeleceu uma idade-limite para o indivíduo cessar seu processo produtivo - que precisa, com a máxima urgência, ser revisto e reestruturado.

Já, em relação à área da saúde, “[...] o envelhecimento provoca modificações ainda mais drásticas. A transição de uma população jovem para uma população envelhecida com baixa mortalidade provoca profunda alteração no perfil da morbidade e causas de morte dessa população” (PALMA, 1999, p. 33). A morte pode ter sido postergada, mas as doenças crônicas e as incapacidades por elas geradas continuam atingindo os mais velhos. Se esses têm pela frente uma perspectiva de viver cerca de vinte anos mais, esses anos podem ser marcados por saúde precária e incapacitante. Assim, as reformas nos sistemas de saúde precisam passar por mudanças urgentes, redefinindo suas prioridades e atacando, principalmente, as principais causas da morbidade na velhice, que são as doenças crônicas. O envelhecimento é um processo que representa inúmeras e novas demandas em relação a serviços, benefícios e atenções, que, na sua totalidade, representam um desafio tanto para governantes como para a sociedade do presente e do futuro.

Em relação ao Brasil, o número de idosos está aumentando num momento em que, segundo o governo, é de estabilidade financeira, mas o contexto mundial vem apresentando uma grande crise econômica, em que as desigualdades e os problemas parecem se multiplicar. Segundo os dados do último estudo do IBGE (Síntese dos Indicadores Sociais 2000), o número de indivíduos idosos (com sessenta anos e mais de idade) subiu de 7,9% (em 1992) para 9,1% (em 1999). Apesar do aumento da população idosa, os gastos do governo com as políticas públicas de saúde parecem ter “encolhido”, representando apenas 2,9% do PIB nacional. Diante desse contexto, “torna-se difícil sustentar expectativas otimistas

quanto à evolução de respostas adequadas às crescentes demandas da população” (FERRARI, 1999, p.99).

Parecem, entretanto, já existir tentativas de amenizar esse “problema social” que o envelhecimento vem representando. Existem, hoje, vários programas para idosos, envolvendo diversas atividades, sejam elas físicas, de lazer, culturais, objetivando a autonomia e oportunizando aos mais velhos o direito de dirigirem as suas próprias vidas. Esses programas precisam e devem ser estendidos e multiplicados nas diversas regiões, municípios, bairros de todo o país.

Quanto às ações governamentais relacionadas ao idoso brasileiro, podemos destacar a Lei 8.842 de 04.01.94 (Anexo 1) que representou o passo inicial no sentido de dar reconhecimento a esse segmento da população e assegurar seus direitos sociais, criando condições para a promoção da autonomia e participação dos idosos na sociedade. Esta lei é considerada uma das mais avançadas do mundo, porém ainda precisa ser melhor implementada para, dessa forma, ser totalmente colocada em prática.

Outra ação governamental importante a ser destacada é o Plano de Ação Governamental Integrado para o Desenvolvimento da Política Nacional do Idoso (resumo em anexo – Anexo 2). Este plano contempla estratégias em todos os setores, incluindo desde a concessão do benefício de prestação continuada, reformulação dos currículos universitários, readequação da rede de saúde e assistência social, inserção da população idosa na vida socioeconômica das comunidades, como também a modernização das leis, regulamentos e, ainda, o desenvolvimento do turismo e lazer.

Por fim, cabe comentar, ainda, os resultados da 25ª Conferência Sanitária PanAmericana (50º Sessão do Comitê Regional de 21 a 25/09/98 em Washington DC), onde a Organização Pan-Americana da Saúde – OPAS apresentou um novo paradigma do envelhecimento, considerando os idosos como participantes ativos na sociedade e oferecendo a base para um novo enfoque na promoção da saúde, cujo maior objetivo seria a concentração de forças na promoção da saúde e na minimização da dependência dos idosos. A OPAS baseia-se no pressuposto de que uma velhice bem-sucedida depende da prevenção de doenças, da

manutenção das funções físicas e cognitivas e da participação constante em atividades sociais e produtivas. Assim, possibilitar aos idosos condições de viverem uma velhice bem-sucedida não é uma tarefa exclusiva desse ou daquele país, mas de todos os governos, de todas as famílias, de toda a sociedade.

O envelhecimento humano é uma construção social e política que pode ser aprimorada pela invenção de novas circunstâncias. A longevidade e sua qualidade pedem uma urgente mudança social a fim de minimizar a violência da retirada da vida muito antes da natureza apontar seu fim. No entanto, torna-se um grande desafio mudar a sociedade e os indivíduos já que esses foram constituídos a partir de um paradigma econômico e produtivo.

A mudança, talvez, esteja em avançar para além dos conceitos que hoje estão postos e que são considerados como verdades imutáveis. Ver os indivíduos e a vida com uma visão utilitária não é garantia de um envelhecimento possível e saudável. Os indivíduos não podem mais ser vistos como mão-de-obra para a simples produção de bens; faz-se necessário que o referencial econômico que até hoje guiou e dominou a vida humana seja abandonado. Para que o envelhecimento seja uma realidade concreta, as relações sociais precisariam estar fundadas em outro parâmetro: o parâmetro humano, no qual o humano fosse a medida de tudo e de todas as coisas e o conhecimento do mundo se fizesse com base numa perspectiva humana¹³. Ao pensar nessa perspectiva humana e sua relação com o envelhecimento, poderíamos imaginar uma sociedade socialista. Para tanto, nos remetemos a Fromm (1983, p.62), onde esse destaca que a meta do socialismo é o homem e, se sua meta é o homem, pensar uma sociedade socialista seria

[...] criar uma forma de produção e uma organização da sociedade onde o homem possa superar a alienação de seu produto, de seu trabalho, de seu semelhante, de si mesmo e da natureza; na qual ele possa regressar a si mesmo e apreender o mundo com suas próprias forças, tornando-se, dessarte, unido ao mundo.

¹³ A idéia do parâmetro humano é trabalhada por Luís Fernando Veríssimo em seu artigo "O parâmetro humano", editado na revista *Fórum*, s/n. de 2001.

Assim, o indivíduo é o que é e pelo que pode vir a ser e/ou existir. Isso representa uma mudança de valores, princípios e conceitos, que poderiam ser consolidados através de um processo educativo que ainda precisa ser inaugurado. Nesse processo, os indivíduos devem ser convidados a aprender a envelhecer de forma saudável e os jovens, a respeitar os idosos pelo valor que a vida tem e não por aquilo que foi ou não produzido durante suas vidas.

2.4 O mundo do trabalho e a exclusão social do Idoso

Uma das mais tristes experiências que um ser humano pode ter é acordar, grisalho e enrugado, perto do fim de uma carreira, lembrando-se que, durante todos esses anos, ele esteve usando uma pequena parte de si mesmo. (V.W. Burrows)

A citação acima faz menção a um sentimento pelo qual muitos idosos já passaram. O fato de dar-se conta que uma vida inteira foi dedicada a uma única função, a um único objetivo e que, de uma hora para outra esta função ou este objetivo deixa de existir, parece ser uma experiência bastante frustrante.

O ser humano é um ser social e, como tal, em nenhum momento de sua vida pode realizar-se sem o reconhecimento dos demais, ou seja, o indivíduo não pode se construir “humano” em completa solidão. E neste viver em grupo é que sociedade e instituições desempenham suas funções, no sentido de programar, autorizar e convidar os indivíduos a exercerem sua inserção e cooperação no meio no qual estão inseridos.

Sendo assim, no decorrer de sua existência, o indivíduo faz parte de vários grupos: familiar, de amizade, escolar, profissional, entre outros. Porém, ao que parece, o grupo que mais marcas imprime ao indivíduo é o profissional, já que o ato de ingressar no grupo profissional parece dar ao indivíduo um novo status social. É como se este passasse a valer pela função que pode exercer, pois durante todo o processo de formação do ser humano, o valor aplicado ao trabalho é o maior de todos.

O grupo familiar – base do desenvolvimento, por sua vez, ao planejar o futuro de seus entes leva em consideração o aspecto social da profissão (do

trabalho) a ser escolhido para esses. Posteriormente, ao ingressar na escola, essa incute no indivíduo os valores reconhecidos pela sociedade e ditados pela classe dominante, preparando seus alunos para exercerem atividades profissionais que, por sua vez, representam papéis e reproduzem as diferentes classes sociais.

Mais tarde, ao adentrar o grupo profissional, o indivíduo inconscientemente está preparado para exercer um papel social que vem a ser representado por uma profissão. Pelo menos é o que a sociedade espera dele. O indivíduo passa, então, a incorporar a profissão que exerce e esta irá fazer parte da sua personalidade¹⁴.

Steglich (1992) comenta que, na maioria dos casos, o indivíduo assume como seus, os valores sociais correspondentes ao papel que desempenha profissionalmente e seu respectivo status. O que se observa na seqüência da vida profissional, depois de anos e anos de atividade, dedicação e doação, é que, via de regra, esses indivíduos são “contemplados” com um “prêmio”, ou seja, o indivíduo é agraciado com a aposentadoria.

Sendo assim, se antes seu status e sua personalidade estavam associados ao seu “eu” profissional, com a chegada da aposentadoria o que resta é o vazio frente à nova situação, pois a mesma sociedade que lhe conferiu status, encarrega-se de tirar-lhe o papel social que tanto sofreu para construir, desligando-o totalmente de sua atividade profissional. Ao que parece, “o indivíduo banido da sociedade sente-se como um peixe fora d’água, como um estrangeiro eterno, ou se rebela contra sua sociedade, mas este jamais lhe é perdoado, seja qual for a causa do banimento” (BOTH, 1994, p.27).

¹⁴ Essa incorporação da profissão à personalidade Steglich (1992) classifica como um “superego psicanalítico”. A profissão passa a integrar a personalidade do indivíduo e em muitos casos é como se ambos desempenhassem a mesma função.

Desta forma, o aposentado é banido do seu seio social, pois o espaço que passa a ocupar deixa de ser interessante. Com isso, ele deixa de ser um sócio nas ações econômicas e sociais, ficando a sós com suas lembranças, perdido no meio de uma multidão a qual não lhe diz respeito. Por não partilhar das principais questões sociais, ele passa a fazer parte dos ausentes. É comum, nesse momento em que ocorre a retirada da vida produtiva, que os aposentados sintam-se estranhos, tanto na sua comunidade como também na sua família.

Se as transformações que o envelhecimento acarreta no indivíduo já se fazem sentir neste período de transição profissional, o quadro tende a agravar-se ainda mais, provocando o possível surgimento de distúrbios psicológicos (baixa auto-estima, sensação de perda da auto-eficácia, auto-imagem, stress, depressão). Isso se deve ao fato de que fatores como sobrevivência e bem-estar estão invariavelmente associados ao trabalho, à atividade produtiva.

Para Salgado (apud NERI, 1993, p.185):

[...] a inadaptação do idoso reflete uma inadequação dos padrões sociais estabelecidos pela sociedade exigidos pelos grupos sociais e pelas pessoas, como condições capazes de conferir, a cada um, a personalidade social, ou seja, a posição do cidadão e o respeito no seio dos demais.

Para a sociedade, o aposentado, o idoso, sempre foram imaginados como aqueles que estão se despedindo da vida: aposentando-se do trabalho, de sua função, aposentaram-se da vida.

Na nossa sociedade, ser velho significa na maioria das vezes estar excluído de vários lugares sociais. Um desses lugares, densamente valorizado, é aquele relativo ao sistema produtivo, o mundo do trabalho. Estar alijado do sistema produtivo quase que inteiramente define o "ser velho". O alijamento do mundo produtivo - extremamente valorizado, na nossa cultura - espalha-se, criando barreiras impeditivas de participação do velho nas outras tantas e diversas dimensões da vida social (MERCADANTE, 1999, p. 75).

Contudo, a sociedade precisa compreender que o fato de ter mais idade, de ter se aposentado, não implica, ou não deveria implicar, na demissão da vida e no

começo da morte, mas, sim, significa uma mudança de atividades e, principalmente, uma mudança de atitude. Neste sentido, tanto indivíduo como sociedade parecem necessitar estar preparados para aceitar as mudanças que se processam neste período.

Os indivíduos, avançados na vida, deveriam ser encarados como um patrimônio da sociedade, nunca como um ônus ou um empecilho. Porém, a associação existente entre velhice e aposentadoria parece levar a uma representação coletiva em que o idoso não é visto mais como um agente de bens e serviços estando, portanto, marginalizado nos contextos sociais contemporâneos, pautados no valor produtivo, repercutindo diretamente na qualidade de vida e na integração social do idoso.

Por outro lado, o fato das sociedades contemporâneas apresentarem uma tendência à generalização da aposentadoria, a fim de renovarem e/ou ampliarem os quadros funcionais, parece significar que, a cada dia, maior é o número de pessoas que, após trabalharem por certo período de tempo ou alcançarem determinada idade, passam a inatividade.

A chegada dos idosos leva à competição por recursos. Como garantir, por exemplo, uma aposentadoria digna para todos os idosos brasileiros? Ainda mais sabendo que a população prestes a se aposentar e já aposentada está crescendo mais que a população economicamente ativa, ou prestes a entrar no mercado de trabalho (PASCHOAL, 1999, p.41).

Sendo assim, ao mesmo tempo em que aumentam os níveis de longevidade e a exigência por novas aposentadorias, parece caber, ao Estado, o dever de ampliar e aperfeiçoar o sistema de atendimento do idoso e dos aposentados, visando proteger-lhe a saúde, a dignidade e a provisão de suas necessidades materiais.

Por outro lado,

[...] a sociedade moderna encontra-se hoje diante de uma situação contraditória: de um lado, defronta-se com o crescimento massivo da população de idosos, fruto do aumento da expectativa média de vida da raça humana, e, de outro, se omite ou adota mesmo atitudes preconceituosas sobre o velho e a velhice, retardando destarte a implementação de medidas que visam minorar o pesado fardo dos que ingressam na terceira idade (PAPALEO NETTO, 1999, p.09).

Assim, sociedade e governo parecem precisar buscar a mudança desse preconceito que foi construído ao longo da história acerca dos mais velhos e dos já aposentados, pois se hoje a situação enfrentada por esses é discriminatória, num futuro bem próximo poderá agravar-se ainda mais, se não forem tomadas as devidas providências.

No entanto,

[...] a política de desenvolvimento que domina as sociedades industrializadas e urbanizadas sempre teve mais interesse na assistência materno-infantil e com os jovens. O investimento numa criança tem um retorno potencial de 60 anos ou mais de vida útil, produtiva, enquanto que amplos cuidados médico-sociais na tentativa de manutenção de uma vida saudável de um idoso não podem ser encarados como investimento. São na verdade um dever da sociedade para aqueles que deram tanto de si para as gerações futuras (PAPALEO NETTO, 1999, p.05).

Assim, enquanto houver, por parte do Estado, uma preocupação apenas com a assistência materno-infantil e com os jovens, em função da preocupação com a futura força de trabalho e mão-de-obra barata, a ausência de políticas específicas para os mais velhos continuará sendo uma realidade. Sendo assim, a criação dessas se apresenta como um processo lento e gradual que, no entanto, não pode ser dispensado, principalmente se levarmos em conta que na maioria dos países a aposentadoria é um benefício recente, com pouco mais de um século de instauração e que, apenas nas últimas décadas, foi aprimorado.

Por outro lado, ao mesmo tempo em que a maioria dos autores conceitua a aposentadoria como sendo uma forma de produzir a rotatividade no trabalho, pela troca de gerações, permitindo aos jovens o acesso a uma atividade remunerada, a cultura capitalista mostra que a aposentadoria representa o não emprego, o estar desempregado compulsoriamente e, o que é pior, isso é visto culturalmente como algo natural e necessário, já que faz a máquina capitalista funcionar.

Com a chegada da aposentadoria, os indivíduos vão perdendo suas atribuições sociais e sua substância humana. Há um sutil e velado processo de desligamento e os idosos vão tornando-se dispensáveis. Os papéis que esses

desempenhavam, rapidamente passam a ser desempenhados por outros, mais jovens, mais eficazes. Os velhos papéis, no entanto, acabam por não ser substituídos, ou porque a população da terceira idade não desenvolve novos costumes sociais (por falta de elaboração), ou porque ainda não se iniciou o processo de construção de tarefas adequadas as exigências humanas daqueles que envelhecem.

Nesse sentido, Both (1994), ao referir-se à exclusão do idoso do mundo do trabalho, coloca que a ocupação do espaço social e profissional pelos mais jovens faz com que os velhos percam seus papéis e sua identidade. Os contornos da personalidade vão aos poucos perdendo a nitidez e, comunidade e idosos parecem não saber mais para que servem. Com isso, os idosos acabam por tornarem-se amargos, já que pouco se faz do que eles são.

Como seres dispensáveis, parecem estar distantes de realizar tarefas respeitáveis e relevantes. Deles se espera tolerância, abnegação, servidão, ao mesmo tempo em que cometer erros, ter acessos de raiva, esquecimento, fraqueza são vistos como condenáveis e, quando ocorrem, podem representar não só a exclusão social, como também o início do banimento familiar. Esses passam a ter um caráter de disponibilidade e o sentimento de perplexidade parece os invadir, pois, ao realizarem suas tarefas não escutam quase nenhum eco de reconhecimento. É triste ver que, “terminado o trabalho para o qual se preparou e terminada a geração e educação dos filhos, o indivíduo deixa de ser o cidadão cheio de vigor social com direitos e deveres” (BOTH, 1994, p.39).

Por outro lado, apesar da sociedade ter alcançado uma maior longevidade, os costumes sociais não a permitem aceitar generosamente o envelhecimento. Em relação à cultura ocidental, essa parece ter se travestido de um perverso caráter de exclusão, sendo que os idosos já fragilizados por sua condição social, são os alvos mais freqüentes da exclusão. Ledauseurs (apud BOTH, 1994, p.38), mostra o caráter perverso da sociedade ao excluir o idoso: “Eu, sociedade, não tenho mais projetos para ti. Ocupa-te de ti mesmo conforme te convém, sobre isso não tenho nenhum interesse”. Com isso, o indivíduo parece cair no vazio e sua vida passa a fazer parte apenas do imaginário.

A cultura da morte psicológica e social precisa aos poucos ser abandonada. Os idosos necessitam aprender a ser sujeitos ativos na determinação de seus próprios caminhos. Esses parecem precisar de um outro destino, a fim de saber ao certo onde podem e devem chegar. A velhice não é um acontecimento irrealizável.

Para tanto, a sociedade necessita aprender a olhar os idosos com dignidade, dando condições para que esses possam projetar de forma satisfatória sua personalidade, de forma que o idoso não se sinta solitário na determinação de seus próprios propósitos de humanização, já que, como indivíduo, ele necessita de sócios para reconquistar seu espaço na sociedade, pois como ser humano precisa do outro, precisa de interlocutores a fim de dar significado à sua existência e ao seu próprio eu, já que “o homem não vive nunca em estado natural; na sua velhice, como em qualquer idade, seu estatuto lhe é imposto pela sociedade a qual pertence” (PAPALEO NETTO, 1999, p.74).

Existindo para si próprio e para os outros, o idoso estará deixando de ser um herói solitário em busca de seus direitos e de sua dignidade. Nessa sua busca ele estará também em busca de parceiros com os quais possam dar continuidade a suas vidas. Esses parceiros, ou ainda interlocutores comumente são representados pelas instituições: família, escola, empresa, comunidade, Estado. Segundo Pierson (apud BOTH, 1994, p. 49) “as instituições envolvem sempre um conceito, idéia ou interesse, e mais uma estrutura de rituais e funcionários para concretizá-lo”.

Em outras palavras, isto quer dizer que as instituições são os fatos sociais mais importantes, exigentes e duradouros na vida dos indivíduos, pois atendem suas maiores necessidades, como segurança, afetividade, trabalho, convivência. Além disso, a participação nas instituições durante todo o *continuum* da existência é uma necessidade já que a qualidade dessa inserção será o grande qualificador da vida humana, pois sabemos que o envelhecimento humano provoca limitações, mas não serão essas que irão desencadear o processo degradante da retirada da existência social, uma vez que as limitações podem ser substituídas pelas virtudes inerentes a todo indivíduo e que nesse período da existência humana emergem substancialmente.

Mais do que nunca, o envelhecimento parece ser o período em que as instituições deveriam estar mais próximas dos idosos, pois só elas podem dar conta das necessidades que são impossíveis de serem atendidas longe da solidariedade humana. Nesse sentido, Both (1994, p.52) salienta:

O envelhecimento das populações está a exigir um novo equacionamento social das instituições. Parece ser inevitável uma flexibilização das funções humanas, seja na família, nas escolas, nas empresas, nas igrejas, nos clubes. A reunião de esforços em torno de iniciativas sociais parece indicar uma mudança no sentido de afastar-se a violência dos costumes que não correspondem aos anseios das populações da Terceira Idade.

Os mais velhos precisam ser aceitos pelo que são e não pelo que os outros - a sociedade - querem que eles sejam. As instituições são importantes na vida dos idosos, mas estes têm o direito de agruparem-se e reunirem-se com quem quiserem, de qualquer idade, em qualquer tempo e em qualquer lugar, sem precisar do recurso social do rebanho.

3. Asilos, Instituições de Longa Permanência ou Instituições Geriátricas – uma introdução

“O fato de que um homem nos últimos anos de sua vida não seja mais que um marginalizado evidencia o fracasso de nossa civilização: esta evidência nos deixaria engasgados se considerássemos os velhos como homens, com uma vida atrás de si, e não como cadáveres ambulantes”.

“[...] não sabemos quem somos, se ignoramos quem seremos; aquele velho, aquela velha, reconheçamo-nos neles. Isso é necessário, se quisermos assumir em sua totalidade nossa condição humana”.

Simone de Beauvoir

Vivemos um tempo de envelhecer e esse novo tempo traz inúmeros reflexos para a vida social, econômica e política das nações, em função dos arranjos que se fazem necessários. Frente a esse outro contexto, os mais velhos parecem não encontrar espaço para viver a última etapa de seu desenvolvimento, já que, por terem se tornado “improdutivos”, não conseguem desenvolver tantas parcerias e se cercar de tantos significados como em outras etapas. Esse não encontrar espaço os leva, muitas vezes, a buscar o espaço das instituições como uma última alternativa de estabelecer vínculos, o que nos permite pensar que o processo de institucionalização na velhice é um dos reflexos das contradições sociais do mundo contemporâneo.

Sendo assim, a institucionalização é um assunto atual, fazendo (ou devendo fazer) parte das discussões não só no âmbito social, mas,

principalmente, econômico e político. A institucionalização ou asilamento – termos que serão apresentados e discutidos no decorrer do texto – visto a partir do contexto capitalista parece comprovar a ação da sociedade de descartar os indivíduos no momento em que deixam de ser saudáveis, produtivos, utilizando, por vezes, um discurso que promove a exclusão social.

Por outro lado, sabemos que os processos de exclusão social não atuam apenas sobre a população que envelheceu, mas fazem parte, também, do cotidiano de crianças, mulheres e, em nível amplo, das camadas sociais economicamente desfavorecidas. Entretanto, conforme Camarinha¹⁵, ao se tratar da problemática do envelhecimento, verifica-se que os processos macroestruturais de exclusão interagem fortemente com aqueles microestruturais, no seio da própria estrutura familiar, o que faz com que a institucionalização do idoso seja resultado da interação entre esses dois níveis.

Essa afirmação nos sugere que o estudo do idoso institucionalizado pressuponha um conhecimento da infra-estrutura que o sustenta e, simultaneamente, um domínio da superestrutura pelas representações sociais que o mantinham na sociedade. De acordo com Cortelleti et al (2004), o processo de institucionalização leva aquele que envelheceu a substituir essas representações sociais por novas que se caracterizam pela exclusão do processo produtivo, pela perda familiar, pelo rompimento dos vínculos afetivos e pelo isolamento social, já que essa nova condição o leva a assumir outros papéis sociais, que são definidos e determinados pela própria instituição e por seus representantes. Mas, por que o indivíduo é excluído da sociedade ao envelhecer? No que consiste a institucionalização?

¹⁵ Camarinha, Heimar S. Prefácio do livro **“Instituições Geriátricas: avanço ou retrocesso?”** de Eliane Brandão Vieira.

Para melhor compreender como o indivíduo é excluído da sociedade nas diferentes etapas de sua existência e, principalmente quando envelhece, onde por vezes a exclusão parece se completar de fato, buscaremos apoio na teoria desenvolvida por Marx, que através do materialismo histórico e dialético, buscava um entendimento do homem, da sociedade e dos diferentes processos históricos que levaram a construção do homem e da sociedade que temos hoje. Na obra “Ideologia Alemã”, escrita em parceria com seu grande amigo Engels, Marx nos apresenta o início de uma possível explicação para a sociedade que hoje temos, quando diz:

Chegamos hoje em dia ao ponto em que os indivíduos são obrigados a se apropriar da totalidade das forças produtivas existentes, não somente para chegar a uma manifestação de si, mas antes de tudo para garantir sua existência. Essa apropriação é condicionada, em primeiro lugar, pelo objeto de que ele quer se apropriar, neste caso as forças produtivas desenvolvidas até o nível de sua totalidade e existindo unicamente nos limites de trocas universais. Sob esse aspecto, essa apropriação deve necessariamente apresentar um caráter universal correspondente às forças produtivas e às trocas. A apropriação dessas forças é apenas, em si mesma, o desenvolvimento das faculdades individuais correspondentes aos instrumentos materiais de produção. Por isso mesmo, a apropriação de uma totalidade de instrumentos de produção já é o desenvolvimento de uma totalidade de faculdades nos próprios indivíduos. Essa apropriação é, além disso, condicionada pelos indivíduos que se apropriam (2002, p.82-83).

Nessa apropriação das forças produtivas a fim de garantir sua existência a humanidade vai fazendo sua história, já que:

A história não é senão a sucessão das diferentes gerações, cada uma das quais explora os materiais, os capitais, as forças produtivas que lhe são transmitidas pelas gerações precedentes; assim sendo, cada geração, por um lado, continua o modo de atividade que lhe é transmitido, mas em circunstâncias radicalmente transformadas, e, por outro lado, ela modifica as antigas circunstâncias entregando-se a uma atividade radicalmente diferente; chega-se a desnaturar esses fatos pela especulação, fazendo-se da história recente a finalidade da história anterior (MARX & ENGELS, 2002, p.46-47).

Os autores destacam, ainda, que o homem para fazer história e se constituir como tal necessita, inicialmente, satisfazer suas necessidades mais básicas, ou, ainda, garantir a produção de sua própria vida material.

Primeiro pressuposto de toda a existência humana, e portanto de toda a história, ou seja, o de que todos os homens devem ter condições de viver para poder 'fazer a história'. Mas, para viver, é preciso antes de tudo beber, comer, morar, vestir-se e algumas outras coisas mais. O primeiro fato histórico é, portanto, a produção dos meios que permitem satisfazer essas necessidades, a produção da própria vida material; e isso mesmo constitui um fato histórico, uma condição fundamental de toda a história que se deve, ainda hoje como há milhares de anos, preencher dia a dia, hora a hora, simplesmente para manter os homens com vida (MARX & ENGELS, 2002, p.21).

Dessa forma, podemos perceber como se dá o movimento de desenvolvimento da sociedade e, conseqüentemente, do homem, através da sucessão das diferentes gerações e o uso e exploração por esses dos diferentes materiais, capitais, forças produtivas, meios de produção disponíveis, estabelecendo diferentes relações de produção, que irão constituir e construir os diferentes modos de produção que a humanidade viu nascer e vivenciar.

Como a cada estágio essas condições correspondem ao desenvolvimento simultâneo das forças produtivas, sua história é ao mesmo tempo a história das forças produtivas que se desenvolvem e são retomadas por cada geração nova e é também a história do desenvolvimento das forças dos próprios indivíduos (MARX & ENGELS, 2002, p.89).

Fromm (1983, p. 22), por outro lado, em sua análise sobre o conceito marxista do homem, declara:

[...] o materialismo histórico não é de forma alguma uma teoria *psicológica*; ela alega que a *forma por que o homem produz determina seu pensamento e seus desejos*, [...] As condições dadas objetivamente que determinam o modo de produção, e em conseqüência a organização social, determinam o homem, suas idéias, assim como seus interesses.

Se através das condições dadas e da estrutura do modo de produção vigente em cada época o homem foi sendo determinado, assim como suas idéias e interesses, com base na prática social desenvolvida a partir do trabalho, esse sim, a essência da existência humana, a humanidade foi construindo uma série de produções teóricas, que acabaram por também determinar os aspectos culturais, sociais e, porque não, políticos ao longo dos tempos.

Esta concepção da história, portanto, tem por base o desenvolvimento do processo real da produção, e isso partindo da produção material da vida imediata; ela concebe as formas dos intercâmbios humanos ligada a esse modo de produção e por ele engendrada, isto é, a sociedade civil em seus diferentes estágios como sendo o fundamento de toda a história, o que significa representá-la em sua ação enquanto Estado, bem como em explicar por ela o conjunto das diversas produções teóricas e das formas da consciência, religião, filosofia, moral etc., e a seguir sua gênese a partir dessas produções, o que permite então naturalmente representar a coisa na sua totalidade (MARX & ENGELS, 2002, p.35).

Através das palavras de Marx compreendemos que o homem constrói a si próprio no decorrer da história e nas relações que vai estabelecendo com a natureza na produção de sua vida material. 'O homem' diz Goethe, 'conhece-se a si mesmo na medida em que conhece o mundo; ele só conhece o mundo dentro de si mesmo e só toma conhecimento de si mesmo dentro do mundo (FROMM, 1983, p. 37-38).

Contudo, nessa descoberta de si próprio, do mundo, e do estabelecimento de relações com a natureza, o homem encontra no trabalho o fator que media essa relação, já que o trabalho enquanto expressão da vida humana provoca alterações na relação homem-natureza e faz com que este transforme a si mesmo.

Para Marx, o processo de alienação manifesta-se no trabalho e na divisão do trabalho. O trabalho é, para ele, relacionamento ativo do homem com a natureza, a criação de um mundo novo, incluindo a criação do próprio homem. [...] Com a expansão da propriedade privada e da divisão do trabalho, todavia, o trabalho perde sua característica de expressão do poder do homem; o trabalho e seus produtos assumem uma existência à parte do homem, de sua vontade e de seu planejamento. 'O objeto produzido pelo trabalho, seu produto, agora se

opõe a ele como um *ser estranho*, como uma *força independente* do produtor. O produto do trabalho é trabalho humano incorporado em um objeto e transformado em coisa material; esse produto é uma *objetificação* do trabalho humano (FROMM, 1983, p.53).

Marx (2002), contudo, coloca que apesar da importância do trabalho na vida humana, o homem acaba por alienar-se, sendo que a alienação para Marx era um conceito importante, pois através dela o homem passa a não vivenciar-se como sujeito de seu próprio controle sobre o mundo e sobre as coisas, fazendo com que o mundo e o que se refere a ele permaneçam estranhos a sua vida. É como se através da alienação o homem passasse a vivenciar o mundo e a si próprio de forma passiva e neutra.

O trabalho humano é alienado porque trabalhar deixou de fazer parte da natureza do trabalhador e, conseqüentemente, ele não se realiza em seu trabalho mas nega-se a si mesmo, tem uma impressão de sofrimento em vez de bem-estar, não desenvolve livremente suas energias mentais e físicas mas fica fisicamente exaurido e mentalmente aviltado. O trabalhador, portanto, só se sente à vontade quando de folga, ao passo que no trabalho se sente constrangido'. Assim, no ato de produzir, a relação do trabalhador com sua própria atividade é vivenciada 'como algo alheio e não pertencente a ele, a atividade como sofrimento (passividade), o vigor como impotência, a criação como emasculação'. Enquanto o homem se torna, pois, alienado de si mesmo, o produto de seu trabalho torna-se 'um objeto estranho que o domina' (FROMM, 1983, p.53).

Assim, se de início o trabalho e sua divisão representavam um laço que unia o homem a si próprio e às forças produtivas, com o aprimoramento dos processos de alienação, o trabalho perdeu, entre estes, toda uma possível aparência de manifestação de si, e só consegue manter sua vida enfraquecendo-a. Com isso, é comum percebermos, hoje, manifestação de si e produção da vida material como coisas totalmente distantes e separadas, onde a vida material surge como uma finalidade, ao mesmo tempo em que o trabalho – enquanto produção da vida material – aparece como um meio.

De início a divisão do trabalho inclui também a divisão das *condições de trabalho*, instrumentos e materiais e, com essa divisão, o fracionamento do capital acumulado entre diversos proprietários e, em seguida, o fracionamento entre capital e trabalho, bem como as diversas formas da própria propriedade. Quanto mais a divisão do trabalho se aperfeiçoa, mais a acumulação aumenta e mais esse fracionamento se acentua também de maneira marcante. O próprio trabalho só pode subsistir sob condição desse fracionamento (MARX & ENGELS, 2002, p. 81).

Com o fracionamento do trabalho e o aumento da acumulação do lucro e do capital, a humanidade viu surgir mais um elemento importante para a concretização do modo de produção no qual vivemos e que nos faz sermos o que somos, que é a propriedade privada. Através dela, o abismo entre a classe dominante – detentora dos meios de produção e do capital circulante –, e os dominados só tende a aumentar e, o que é pior, dominantes e dominados orientam suas vidas num único objetivo: o sentido do ter.

‘A propriedade privada [...] tornou-nos tão estúpidos e parciais que um objeto só é *nosso* quando o temos, quando ele existe para nós como capital ou quando é diretamente comido, bebido, vestido, habitado etc., em suma, *utilizado* de qualquer maneira. Apesar de a propriedade privada em si mesma só conceber essas várias formas de posse como *meios de vida*, a vida para qual eles servem como meios é a *vida da propriedade privada* – o trabalho e a criação de capital. Assim, *todos* os sentidos físicos e intelectuais foram substituídos pela simples alienação de *todos* esses sentidos: o sentido de *ter* (FROMM, 1983, p. 43).

Desta forma, o homem passa a produzir buscando, como fim último, o ter, como se a posse de diferentes elementos vistos antes como necessidades secundárias passassem para a ordem de necessidades primárias, das quais dependesse sua existência. Além disso, na ordem capitalista, “o trabalhador existe para o processo da produção, e não este para aquele”. Podemos aqui nos remeter mais uma vez a Fromm (1983) quando esse afirma que a crítica de Marx a sociedade capitalista não era dirigida ao processo de distribuição de renda, divisão do trabalho, classes sociais, mas, sim, contra seu modo de produção, sua destruição da individualidade e sua escravização do homem, não pelo capitalista, mas a escravização do homem – trabalhador e capitalista – por coisas e circunstâncias feitas por ele próprio.

Fromm (1983, p.15) destaca, ainda, que:

A maioria das pessoas é motivada por um desejo de maiores ganhos materiais, conforto e aparelhos de toda sorte, e esse desejo só é restringido pelo desejo de segurança e de evitar os riscos. Elas ficam cada vez mais satisfeitas com uma vida regulamentada e dirigida, tanto na esfera da produção quanto na do consumo, pelo Estado e grandes empresas e pelas respectivas máquinas burocráticas; elas chegaram a um grau de conformismo que eliminou o individualismo em grande parte. Elas são, para empregar a expressão de Marx, impotentes 'homens-mercadoria' que servem a máquinas viris.

Diante desse quadro onde o ser humano tornou-se uma mercadoria, um ser sem individualidade, conformado, alienado, seu papel enquanto ser social parece ter ficado distante ou ainda esquecido. Como um ser que precisa produzir até as últimas conseqüências para "garantir" um lugar ao sol, um status na esfera social capitalista, ele precisa manter sua força de trabalho apta e atraente a fim de que o empregador deseje adquiri-la, já que a oferta de mão-de-obra por vezes é maior que a procura pela mesma.

Se durante a infância e adolescência o indivíduo idealiza seu futuro profissional, de formas a garantir o "ter" para utopicamente ter acesso ao "ser", e passa sua vida útil buscando atingir esses objetivos, após a retirada do mundo produtivo parece justo a ausência de outros objetivos e, conseqüentemente, do interesse por quem envelheceu, afinal, sua maior mercadoria – o trabalho, deixou de ser produzido e/ou ofertado e o capitalista precisa buscar em alguém mais jovem a garantia da continuidade do processo produtivo.

Além disso, é interessante que ideologicamente as coisas assim permaneçam, pois dessa forma a alienação do homem pelo homem continua e a substituição do indivíduo no processo produtivo, principalmente através da aposentadoria ou ainda de outros mecanismos de exclusão (como os programas de demissão voluntária entre outros), acaba sendo visto como algo natural e conseqüente. A própria ideologia da classe dominante dos nossos tempos nos dá a garantia da naturalidade desses procedimentos, já que:

Os indivíduos que constituem a classe dominante possuem, entre outras coisas, também uma consciência, e conseqüentemente pensam; na medida em que dominam como classe e determinam uma época histórica em toda a sua extensão, é evidente que esses indivíduos dominam em todos os sentidos e que têm uma posição dominante, entre outras coisas também como seres pensantes, como produtores de idéias, que regulamentam a produção e a distribuição dos pensamentos da sua época; suas idéias são portanto as idéias dominantes de sua época (MARX & ENGELS, 2002, p.48-49).

Assim:

Sendo o Estado, portanto, a forma pela qual os indivíduos de uma classe dominante fazem valer seus interesses comuns e na qual se resume toda a sociedade civil de uma época, conclui-se que todas as instituições comuns passam pela mediação do Estado e recebem uma forma política (MARX & ENGELS, 2002, p. 74).

Para tanto, se a classe dominante faz valer seus interesses, enquanto sociedade civil, através do Estado e as instituições num contexto amplo passam pela mediação desse e, conseqüentemente, recebem a influência da classe dominante, as Instituições de Longa Permanência para Idosos - ILPIs também recebem sua ascendência. A fim de entendermos como se dá essa ascendência, passaremos, agora, novamente, a discutir essas instituições e sua organização.

Através da história, temos notícia de que as instituições – enquanto estabelecimentos sociais começaram a existir ainda na Idade Média. Com o declínio do Feudalismo, o Estado, buscando formas de organização, se deparou com uma população de indivíduos que não se adequavam à nova ordem social. A partir da Idade Média surgem instituições que recebiam toda espécie de pessoas que não se incluíam no modelo social estruturado¹⁶. Para tanto, no século XVII, foram criadas várias casas de internamento, sendo as primeiras delas destinadas a abrigar órfãos. Mais tarde, essas casas passaram abrigar não só os considerados insanos, mas também desempregados, mendigos e todos aqueles incapacitados que eram encaminhados pela autoridade real e judiciária.

¹⁶ A idéia do surgimento dessas instituições na Idade Média é explicitado na obra **História da Loucura**: na idade clássica, de Michel Foucault. 6.ed. São Paulo: Ed. Perspectiva, 1999.

Vimos surgir, também, nesse período histórico, o Hospital de Paris – por volta de 1656 – que buscava lutar contra o ócio e a mendicância, elementos que já dominavam o espaço social da época. O grande objetivo da criação desse hospital era tentar restabelecer a capacidade para o trabalho daquelas pessoas sem posses, já que nesse contexto, em que ainda vigorava o modo de produção feudal, o trabalho era compreendido como tendo uma função moral, enquanto que a pobreza era vista como falta de disciplina e de bons hábitos.

Como tentativa de ordenar o mundo da miséria, essas instituições desempenhavam um papel não só de assistência como também de repressão, e eram controladas tanto pelo poder e dever da Igreja quanto pela necessidade de controle social da burguesia. Neste sentido, o "dever de caridade e a vontade de punir" (FOUCAULT, 1999, p.50) adquiria não apenas uma dimensão social, mas, também, política, religiosa, econômica e, acima de tudo, moral.

Porém, o período de existência dessas grandes instituições de internação não foi dos mais longos, pelo menos com essa estrutura, sendo que as mesmas acabaram por fracassar no final do século XVIII. O fracasso se deveu, em grande parte, às necessidades econômicas dos estados nacionais, já que estes necessitavam de mão-de-obra para dar seqüência à industrialização que se iniciava naquele momento. A necessidade de mão-de-obra, o início do processo de industrialização e a expansão econômica, neste momento, tornaram-se o ponto de partida para resolver a questão do desemprego. Como assinala Foucault (1999, p. 405), "esse lado pobre também é necessário porque torna possível a riqueza".

Sendo assim, estabeleceu-se uma divisão: os "pobres válidos" e os "pobres doentes", ou seja, estes eram diferenciados a partir da sua capacidade ou incapacidade para trabalhar. Os pobres capacitados para trabalhar eram vistos como a pobreza positiva, e essa devido sua capacidade poderia ser liberada da instituição e re-inserida no espaço social, ao passo que a pobreza negativa, aquela que representava a população inerte, improdutiva, deveria permanecer assistida pela sociedade.

Passados alguns anos, já vivendo sob a égide do modo de produção capitalista – que teve na Revolução Francesa a ruptura com o modo de produção anterior –, outras concepções nas formas de organização econômica e social foram surgindo. Toda aquela população de indivíduos excluídos passaram a ter importância em um novo mercado de trabalho emergente e na concepção de cidadania, liberdade e igualdade, pois era necessário produzir e alavancar uma sociedade ávida por prosperar. Com isso, nas instituições fechadas sobraram apenas os loucos.

Em sua análise sobre a constituição das instituições que abrigam os mais velhos, Cortelleti et al (2004), salientam que existem muitas formas de organizar os serviços de atenção destinados a estes. Muitas dessas formas hoje estão determinadas em lei e também no Plano Integrado de Ação Governamental para o Desenvolvimento da Política Nacional do Idoso (Anexo 2), sendo que as autoras salientam algumas dessas formas: família natural; família acolhedora; residência temporária; centro-dia; centro de convivência; casa-lar; república; atendimento integral e institucional; assistência domiciliar / atendimento domiciliar.

Apesar da existência destas diferentes nomenclaturas e da tendência de que as mesmas sejam implementadas, ainda que a longo prazo, podemos observar, não obstante, a presença do termo “asilo” no cotidiano social.

Os asilos ficaram conhecidos como instituições que abrigam idosos em tempo integral e em caráter permanente. Sendo assim, os asilos são instituições totais, criadas para cuidar de indivíduos considerados incapazes, dependentes, velhos, sem condições de decisão. Ou seja, indivíduos que não possuem autonomia – capacidade para realizar atividades diárias, tomar decisões, tendo liberdade de ação – e nem independência – possibilidade de suprir as suas necessidades (CORTELLETI, et al, 2004).

Desta forma, as instituições asilares passaram a desempenhar funções que antes eram das famílias, como zelar, proteger, alimentar e abrigar os mais velhos, já que estes são, muitas vezes, rejeitados pelos seus grupos diretos à medida que sua presença torna-se incômoda, difícil e insustentável, ficando sua participação familiar e social limitada ou até impossibilitada.

Em função de sua estrutura fechada e hierarquizada e por funcionarem, muitas vezes, como “depósitos” os asilos foram se constituindo de uma aura de preconceitos e mitos, já que nessas instituições se ocultava algo indesejado. Numa tentativa de amenizar a imagem criada em torno dos mesmos, vários nomes passaram a ser adotados: lares, residenciais, casas de repouso, mas nenhum livrava a instituição do preconceito. Atualmente há uma corrente teórica que vem adotando um outro nome para se referir a estes estabelecimentos: Instituições de Longa Permanência – ILPs. Concordamos com esta nomenclatura, acrescentando, porém, o termo “Idoso” já que uma instituição desse porte pode abrigar também outros indivíduos. Por outro lado, acreditamos que essa nomenclatura dá um caráter mais amplo as instituições.

Essas instituições caracterizam-se, de um lado, como uma comunidade que reside sob o mesmo teto e utiliza os mesmos espaços físicos e, por outro, como uma organização formal, estruturada funcionalmente, com hierarquias definidas pela divisão de trabalho interno. Mesmo apresentando diferentes denominações, possuem, em comum, a função de propiciar o atendimento por meio de hospedagem permanente, assistência à saúde de forma direta ou indireta e algumas atividades de ocupação e lazer (CORTELLETTI, et al, 2004, p.18).

Em se falando dessas instituições, Vieira (2003) aponta que estabelecimentos ditos geriátricos têm surgido na mesma proporção que aumentam os patamares da longevidade. Contudo, essas instituições, muitas vezes, surgem à revelia de qualquer parâmetro ético, técnico e humanitário. Para tanto, de todo o contingente de instituições existentes, não apenas no município de Passo Fundo, mas também a nível nacional, observamos que grande número delas apresenta precárias condições de funcionamento e isso em grande parte se deve à falta de fiscalização por órgãos competentes. Outro elemento importante é que essas instituições localizam-se comumente em regiões carentes e periféricas das cidades. Isso pode ser comprovado pelos dados apurados através da Comissão Parlamentar de Inquérito – CPI do Idoso. Essa CPI, realizada em 2001, foi coordenada pela Assembléia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro – ALERJ e mostrou a realidade chocante e absurda de muitas dessas instituições.

Por outro lado, parece faltar ao Estado uma melhor articulação dos diferentes setores governamentais, pois a realidade atual está longe de garantir uma rede de saúde, cuidado e assistência eficaz e, muito menos, uma rede de serviços geriátricos públicos. Ao mesmo tempo em que faltam serviços que atendam às necessidades desses, as dificuldades passam a ser maiores para aqueles de poucos recursos socioeconômicos sendo que a única alternativa possível acaba por ser a institucionalização.

3.1 Do asilo a ILPI: revendo conceitos

De acordo com Born e Boechat (2006, p.1131),

não se pode falar de idoso institucionalizado sem antes fazer-se referência a imagens negativas frequentemente associadas a entidades que o abrigam, para as quais a denominação popular 'asilo' continua a prevalecer. Associado à pobreza e ao abandono, apesar de ser precursor de programas de Gerontologia Social, até anos recentes o asilo não mereceu atenção daqueles que se interessavam por trabalhos de cunho científico.

Hoje, porém, observamos alguns estudos e pesquisas, ainda que isoladas, que procuram analisar essas instituições e os processos pelos quais se dá o que se tem convencionado como institucionalização dos mais velhos. Inicialmente, trataremos do significado do termo institucionalização, bem como sua aplicação e entendimento. Na sequência, faremos um breve histórico do surgimento dessas instituições onde procuraremos analisar sua origem e as modificações que foram ocorrendo nas mesmas, influenciadas, principalmente, pela transição demográfica e epidemiológica pela qual estamos passando.

Sendo assim, o que significa institucionalizar? O que é passar por um processo de institucionalização? Ao buscar um significado para estes termos, encontramos algumas informações interessantes, porém, a fim de sintetizá-las, optamos pela sistematização a seguir.

Na língua portuguesa, *institucionalização* é o “ato ou efeito de institucionalizar”. *Institucionalizar*, por sua vez, é “dar o caráter de instituição, adquirir o caráter de instituição; dar forma institucional”. Assim, o idoso *institucionalizado* é aquele a quem se dá ou que adquire o caráter de instituição, que se transforma em instituição, o que, obviamente, não faz sentido¹⁷.

Na língua inglesa, o verbo correspondente a institucionalizar, *to institutionalize*, tem uma acepção a mais, a de colocar ou confiar alguém aos cuidados de uma instituição especializada.

Quanto aos países de fala portuguesa, as instituições que normalmente abrigam os velhos são classicamente chamadas de asilos ou albergues. Os velhos são nesses locais recolhidos por não terem parentes que os assistam ou porque seus familiares não podem ou não desejam cuidar dos mesmos.

Em função da conotação pejorativa de abandono, pobreza, ou ainda, rejeição familiar, denominações como asilo e albergue têm sido substituídas por outras mais eufêmicas, como *Casa dos idosos*, *Lar dos idosos*, entre outros, tanto em instituições da caridade, como em estabelecimentos públicos ou privados.

Encontramos, ainda, outras denominações que podem ser utilizadas para definir a institucionalização dos mais velhos. A Academia Brasileira de Letras sancionou os termos *gerocômio* e *gerontocômio* como sinônimos para denominar essas instituições. Os dicionários, tanto em latim como em português, referem-se à *gerontocômio* como hospício, hospital, asilo ou albergue para velhos.

Nesse sentido, segundo dados históricos, as primeiras instituições filantrópicas destinadas a abrigar velhos surgiram no Império Bizantino, no século V d.C. O Código Justiniano, que regulamentou a legislação do Império, faz referências aos *gerontocômios* e é comumente citado como fonte de datação histórica do termo.

No ocidente, o primeiro *gerontocômio* foi fundado pelo Papa Pelágio II (520-590), que transformou sua própria casa em hospital para velhos.

¹⁷ As informações aqui contidas são um resumo do texto “‘Institucionalização’ do idoso – disponível em <http://usuarios.cultura.com.br/jmrezende/idoso.htm>. Acessado em 03/04/2006.

O termo em questão encontra acepções também no espanhol (*gerocomio* e *gerontocomio*), no italiano (*gerontocomios*), bem como no alemão (*gerontokomium: ort wo alte leute gepflegt werden*, ou, local onde as pessoas idosas são cuidadas). Com isso, observamos que, embora o termo seja antigo e tenha caído em desuso em muitos lugares, em muitos países europeus ainda é utilizado.

Os autores destacam, ainda, que para expressar o recolhimento dos velhos a um gerocômio, por solidariedade ou mediante pagamento, haveria a necessidade de se buscar um termo correspondente a *institutionalization* em inglês. Para os mesmos, o termo mais apropriado seria *asilamento*, ato de asilar, de recolher a um asilo, ou, ainda, *albergamento*. Porém, talvez pela profunda influência da literatura inglesa no vocabulário médico brasileiro, os geriatras e estudiosos da área do envelhecimento continuem preferindo o neologismo importado do inglês, mantendo os velhos *institucionalizados*, em lugar de abrigados, albergados, asilados, internados ou recolhidos a um gerocômio.

Sendo assim, apesar dos lexicógrafos ainda não terem acrescentado uma acepção mais ampla ao verbo institucionalizar em português, que dê conta do significado real com que este termo vem sendo utilizado, optaremos por utilizá-lo ao longo do texto.

É importante destacar, também, que um dos primeiros estudos sobre a institucionalização de indivíduos foi feito por Erving Goffman, ainda na década de 60. Seu estudo resultou na obra *Manicômios, Prisões e Conventos (Asylums – Essays on the social situation of mental patients and other inmates)*, publicado, inicialmente, em 1961. Nesta obra, Goffman (1974, p.11) apresenta uma análise do que chama de instituição total – definido pelo autor como “um local de residência e trabalho onde um grande número de indivíduos com situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, leva uma vida fechada e formalmente administrada”. O autor agrupa as instituições totais em cinco categorias, sendo uma delas as instituições destinadas ao cuidado de indivíduos considerados incapazes e inofensivos, ou seja, indigentes, órfãos, cegos e velhos.

Nessa perspectiva, conforme análise de Born e Boechat (2006), consideram-se as instituições para velhos, na sua origem, local de segregação, o que, até hoje, ainda são em grande número. Além disso, algumas dessas instituições denominavam-se asilo de mendicidade, já que a problemática do envelhecimento se confundia, por vezes, com a da pobreza. No Brasil encontramos alguns exemplos deste tipo de instituição, como é o caso da Casa dos Inválidos, primeira instituição para velhos fundada no país, ainda em 1790, na cidade do Rio de Janeiro, do Asilo São Luiz para a Velhice Desamparada, fundado em 1890, também no Rio de Janeiro, ou, ainda, o Lar dos Velhinhos de Campinas, fundado em 1905. É importante mencionar que o Asilo São Luiz, em 1909, construiu um anexo na instituição destinado aos velhos não desamparados, evento esse que assinala uma desvinculação da velhice da pobreza, da mendicância, da vadiagem e do desamparo (ROSSI, 2001).

Além disso, conforme sinaliza Rossi (2001), classicamente os lares para idosos são vistos como estabelecimentos de internação que agem como substitutos do lar individual, dispendo de todos os serviços sociais necessários para a vida comunitária. Fornecem alojamento para velhos que, por razões sociais, não podem viver em seus domicílios ou não tem onde morar. O autor destaca, ainda, que os asilos têm sido criados com o objetivo maior de serem “lares” com um enfoque estatutário “puramente social”, como se isso fosse possível, ou seja, que os velhos não necessitassem de cuidados médicos. Mas será que os velhos necessitam apenas de cuidados médicos? Ou ainda apenas de um local para passar seus dias?

Dessa forma, a problemática é tão ampla e complexa que fica difícil conceituar ou ainda clarificar o que são as instituições que abrigam os mais velhos. A legislação brasileira buscou também discutir a questão da institucionalização. Um exemplo disso é a Política Nacional do Idoso – PNI. A PNI foi um dos primeiros documentos legais a discutir o envelhecimento humano e propor alternativas a fim de democratizar o entendimento em torno daqueles que envelhecem e seus processos. Contudo, para Rossi (2001) a PNI reflete e reforça um ponto de vista arcaico e irrealista sobre as necessidades da população e o

dever do Estado para com os cidadãos, principalmente ao referir que o atendimento ao idoso deve ser prioritariamente executado pela sua família, “à exceção dos idosos que não possuem condições para garantir a própria sobrevivência” (Lei 8.842 de 4 de janeiro de 1994, artigo 40, item III, regulamentada pelo Decreto nº 1948 de 3 de julho de 1996). O que a PNI estaria entendendo por idosos que não conseguem garantir sua própria sobrevivência? Seriam apenas os mais pobres que seriam contemplados? Ou seriam os doentes? E o velho pobre e sadio ou ainda aquele doente, rico e sem família, como ficariam ante essa designação?

Por outro lado, observamos que o Estado não oferece nenhum tipo de serviço especializado tanto de tratamento como de internação aos mais velhos, sendo que a Lei anuncia ser um dever deste. O Estado também falha no sentido de não oferecer serviços de apoio às famílias dos velhos, a fim de que essas possam desempenhar o papel que dela se espera.

Outro detalhe importante a ser destacado diz respeito ao fato de que essas instituições não poderão receber idosos incapacitados e dependentes:

Entende-se por modalidade asilar o atendimento, em regime de internato, ao idoso sem vínculo familiar ou sem condições de prover à própria subsistência de modo a satisfazer as suas necessidades de moradia, alimentação, saúde e convivência social¹⁸.

[...] é vedada a permanência de portadores de doenças que necessitem de assistência médica ou de enfermagem permanente em instituições asilares de caráter social¹⁹

¹⁸ Artigo 3º. Decreto nº 1.948 de 03 de julho de 1996 (Anexo 3).

¹⁹ Artigo 9º da Lei 8.842 de 4 de janeiro de 1994.

Cabe ressaltar que, apesar da mudança de nomenclatura, algumas concepções e práticas ainda se fazem presentes nas ILPIs. Estas, em alguns casos, parecem continuar promovendo uma destruição massiva da possibilidade de exercício da cidadania, pois, pelo fato de estar internado em uma instituição de longa permanência, os indivíduos devem se submeter às normas e regulamentos próprios destas, o que, via de regra, pode levar ao comprometimento da autonomia, independência e individualidade dos mais velhos, já que na prática, apesar da mudança de nome, essas instituições continuam como instituições totais.

Nas instituições asilares [...] o idoso institucionalizado vive em espaço fechado, realizando as mesmas atividades com o mesmo grupo de pessoas, no mesmo horário, atendendo as exigências institucionais e não as pessoais, sofrendo, assim, a restrição de outras vivências externas. Nesse espaço, o atendimento não é individualizado, e o asilado depende das condições externas e internas que o local lhe oferece. As condições existentes determinam as formas de relação social a serem estabelecidas entre a estrutura organizacional e o idoso e deste com os demais idosos (CORTELLETI, et al, 2004, p. 18-19).

Sendo assim, o indivíduo idoso, além de estar vivendo a última etapa do ciclo vital, circunstância que por si só restringe as perspectivas de futuro e de vida, sente ainda mais agravado o seu estado de velhice. Parece não saber o que fazer de seus dias, as perspectivas não são muitas, as relações são escassas, as visitas não acontecem com a frequência desejada e a liberdade de ir e vir acabou por ser cerceada. Muitos aparentam estar num eterno estado entre o aborrecido e o melancólico, e os quadros de depressão e stress se tornam comuns. Situações como as descritas acima, levam os idosos a um desequilíbrio social, já que suas relações interpessoais ficaram comprometidas.

Além disso, de acordo com Cortelleti et al (2004), a própria estrutura e divisão do trabalho necessária à manutenção da instituição parece limitar a comunicação entre os que integram a instituição asilar, restringindo-se essa comunicação apenas à equipe dirigente que organiza as decisões segundo seus interesses, excluindo a vontade e os desejos dos que são o alvo do atendimento.

As autoras colocam, ainda, que a ligação com o mundo externo é estabelecida por meio dos membros que atuam no funcionamento da estrutura asilar e estes, nessa ação, exercem a função de controlar a manutenção dos papéis sociais, restringindo os contatos externos e reafirmando a conservação dos estereótipos existentes. A visão das mesmas pode ser complementada por Groisman (1999), quando este afirma que, com o surgimento do asilo, a velhice ganha um lugar, mas perde simbolicamente o seu lugar na vida. A localização da velhice no asilo parece não ser apenas geográfica, mas também representativa: o asilo pode ser visto como uma espécie de *limbo*, onde a velhice se encontra fora do tempo e do espaço, sacralizada, vista como degeneração, alienada do mundo (CORTELLETI et al, 2004, p.19).

Além disso, não podemos deixar de lado a idéia de que o idoso ao ingressar em uma instituição não está simplesmente passando de um ambiente físico para outro, de um lar para outro. Nesse outro “lar” o idoso terá que estabelecer novas e outras relações, já que, na verdade ele deverá ajustar-se ao novo “lar” mais do que o “lar” a ele.

Não podemos esquecer, como salienta Cortelleti et al (2004), que o idoso, ao chegar na instituição para ser integrado, traz consigo uma bagagem cultural, sustentada nas relações estabelecidas até aquele momento com a família e o meio social circundante. A bagagem trazida é a sua história de vida, da qual é obrigado a abrir mão no momento da institucionalização, em detrimento à sua inserção na nova condição de vida. A troca de meio provoca a passagem de um mundo amplo e público para um mundo restrito e privado, fazendo com que os idosos se recolham a um estado de mutismo, perdendo sua vez ao diálogo, ficando relegados ao silêncio.

Em silêncio, o idoso assiste ainda a perda do seu papel social, enfrentando o que Goffman (1974) chama de “morte civil”²⁰, ou seja, está vivo, mas perdeu seu direito à cidadania. Essa perda, que não é apenas civil, acaba por enfraquecer e fragilizar ainda mais o idoso institucionalizado, já que leva a perceber que foi excluído dos laços que o vinculavam à família, ao trabalho, aos amigos, à cultura, e por meio dos quais estabelecia sua relação de estar no mundo, com o mundo e

pelo mundo. O idoso é um ser que foi aposentado, afastado, despedido do mundo produtivo. Para muitos idosos essa perda de ações se assemelha à perda de entes queridos, já que para eles o significado da existência está em pertencer a este mundo.

Por outro lado, se a realidade das ILPIs parece ser tão cruel com aqueles que a ela recorrem, o que a legislação brasileira diz a respeito das mesmas? O Brasil conta, atualmente, com dois documentos fundamentais para o trato dos mais velhos: A Política Nacional do Idoso, Lei nº 8842, de 04 de janeiro de 1994 e o Estatuto do Idoso, Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003 (Anexo 4). Essas duas leis se fazem importantes, pois são – ou deveriam ser –, instrumentos legítimos que o Estado utiliza para garantir os direitos individuais e coletivos da população, além de que consistem na principal alternativa para tentar olhar o envelhecimento humano com mais respeito, responsabilidade, humanidade e coerência.

A Lei nº 8842, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, o considera como sendo a pessoa com 60 anos e mais de idade, tendo como objetivo principal “assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições de promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade”. (Art. 1º). Ao que parece, no entanto, os direitos dos idosos ainda estão longe de ser assegurados, tal o abandono e precariedade em que a maioria é obrigada a viver.

²⁰ Morte civil significando a perda permanente do direito de dispor do próprio dinheiro, de assinar cheques, de votar, enfim, de exercer seus direitos civis.

Numa outra tentativa de assegurar os direitos e necessidades dos mais velhos, o governo federal, no ano de 1996, instituiu o Decreto-lei nº 1948, de 03 de julho de 1996 (Anexo 3), que, além de regulamentar a lei supracitada, em seu artigo 3º, ao abordar as instituições asilares, deixa claro que a modalidade asilar de assistência social ao idoso é entendida como sendo o “atendimento em regime de internato, ao idoso sem vínculo familiar, ou sem condições de prover a própria subsistência, de modo a satisfazer as suas necessidades de moradia, alimentação, saúde e convivência social”. O parágrafo único desse mesmo artigo explicita que a “assistência na modalidade asilar ocorre no caso da inexistência do grupo familiar, abandono, carência de recursos financeiros próprios ou da família”.

Ainda o parágrafo único do artigo 17 diz: “O idoso que não tenha meios de prover a sua própria subsistência, que não tenha família, ou cuja família não tenha condições de prover a sua manutenção, terá assegurada a assistência asilar, pela União, pelos Estados, pelo Distrito Federal e pelos Municípios, na forma de lei”. Se a intenção do Estado era melhorar o atendimento em torno do idoso, infelizmente, o resultado foi desastroso, pois as instituições clandestinas continuaram funcionando sem regulamentação e/ou fiscalização, os idosos continuaram a ser abandonados nas ILPIs, mesmo tendo familiares ou condições de prover a subsistência. Além disso, a afirmação de que a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios devem apenas assegurar a assistência asilar, fez com que estes se sentissem desobrigados de oferecer serviços deste tipo em sua abrangência.

Em Passo Fundo, por exemplo, a Prefeitura Municipal não oferece nenhuma assistência asilar que lhe seja própria. Sua ação se limita ao convênio estabelecido com o Fundo Nacional de Assistência Social – FNAS. Através desse convênio, o fundo repassa a duas instituições do município uma verba mensal para a manutenção dos idosos carentes do município nessas instituições. Além disso, o município fornece uma contrapartida de 20% do valor das metas repassadas pelo FNAS e fornece, através da Secretaria Municipal de Cidadania e Assistência Social - SEMCAS, serviços a estas entidades, como professores de educação física, fisioterapeutas, assistente social, entre outros.

Já em relação ao Estatuto do Idoso, esse passou, após sua promulgação, a garantir direitos capazes de melhorar a qualidade de vida dos mais velhos, além de ensejar profundas mudanças sociais, políticas, econômicas. Contudo, o domínio de seus preceitos e sua aplicabilidade ainda levarão um tempo para se efetivarem e nos mostram o quanto nós, enquanto sociedade, temos que avançar no conhecimento e trato com aqueles que envelheceram, sem perder de vista, principalmente, que nós, como todos os demais, também seremos velhos e talvez soframos os mesmos preconceitos e descaso que hoje oferecemos aos nossos velhos.

3.2 A institucionalização de idosos: algumas reflexões

De acordo com Born e Abreu (1996), no Brasil o problema da institucionalização de idosos, ou ainda da internação de idosos em instituições especializadas, continua sendo visto e tratado como um TABU, uma vez que a família, na história recente da humanidade, tem sido a base de suporte e apoio aos indivíduos que necessitam de algum tipo de ajuda no dia-a-dia. A própria Constituição Federal de 1988, no Capítulo VII, artigo 229, afirma: “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” (Grifo da autora). No caput do artigo seguinte (art.230), o documento afirma que “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”, sendo que o parágrafo primeiro determina que “os programas de amparo aos idosos serão executados preferencialmente em seus lares”.

Da mesma forma, inúmeras prescrições culturais e religiosas, que delegam aos filhos a responsabilidade pela assistência aos pais idosos, parecem não acompanhar na mesma velocidade nem a transição epidemiológica que vem ocorrendo no país, nem as drásticas mudanças na organização das famílias brasileiras. Mantém-se, assim, a expectativa de que os filhos cuidem

pessoalmente dos pais, não se interrogando sobre a existência de condições concretas para esse cuidado.

Além disso, a manutenção dos mais velhos no seu ambiente familiar, conhecido, rodeado de elementos e fatos importantes de sua história de vida parece ser um fator a ser priorizado, a fim de garantirmos a qualidade de vida destes. Contudo, a manutenção dos mais velhos junto à família ou vivendo sozinho em sua casa, ou, ainda, tendo o apoio familiar nem sempre é possível. Diferentes circunstâncias ou motivações – de ordem social, individual e familiar –, podem dificultar a perpetuação desses laços.

É comum, também, observar nos relacionamentos familiares, divergências e conflitos. Estes vão desde condições de saúde, moradia, até a falta de conhecimentos, treinamento e paciência para a questão do cuidado com quem envelheceu. Conforme Pavarini (1996), Siqueira (1997) e Varoto (2005), o apoio, a orientação e o suporte à família, assim como para todos os indivíduos que estão no processo do envelhecimento, são essenciais, fundamentalmente no aprendizado sobre o envelhecimento “pleno”, que inclui preservar a autonomia, a integridade, a produtividade, o envolvimento e a satisfação do velho, dentro do seu contexto individual e cultural.

Entretanto, na ausência do suporte familiar, algumas alternativas foram sendo criadas a fim de suprir essa lacuna. É nesse hiato que, ao longo da história surgem o que hoje se convencionou chamar Instituições de Longa Permanência para Idosos - ILPIs. Como já foi destacado, esse tipo de instituição, conhecida pelos mais variados nomes – asilos, entre outros –, vem se multiplicando, de acordo com as necessidades de cada lugar, ainda que de forma desorganizada. No Brasil, de acordo com Born e Boechat (2002), é a partir da década de sessenta que esses lugares foram classificados e determinados como instituições destinadas ao atendimento aos velhos e, por volta da década de setenta, tiveram uma expansão em quantidade.

Born e Boechat (2002) destacam, ainda, que as ILPIs foram criadas dando ênfase à caridade, ao atendimento assistencial, principalmente pelo fato de que

foram as entidades filantrópicas e religiosas as pioneiras na base estrutural desse tipo de instituição.

Em relação à década de noventa, pode-se observar que as ILPIs tomaram um impulso maior, no que diz respeito a ser “um meio de vida”, já que muitos, ao observarem um aumento crescente por parte de velhos e de seus familiares, da busca de ajuda e apoio para os cuidados diários, viram nestas um “filão” ainda pouco explorado. Com essa demanda crescente, seja por motivos pessoais e/ou familiares – quando a família não possui condições de cuidar do velho – ou por falta de outras alternativas de cuidado, a ILPI passou ocupar um espaço na sociedade, visando, agora, fins lucrativos (VAROTO, 2005).

Outro fator que pode ser observado em relação as ILPIs é que estas, ao longo dos anos, foram se modificando, seja em função da demanda crescente da população idosa, seja pela influência de demandas legais, públicas ou operacionais. Além disso, algumas leis e normas foram estabelecidas na legislação brasileira – como, por exemplo, a Política Nacional do Idoso - PNI, o Estatuto do Idoso - EI, a Portaria 810/89 (Anexo 5) – na tentativa de oferecer um melhor atendimento a essa população. Contudo, ao que parece, em muitos locais ainda permanece a característica de moradia sem uma adequada qualidade do cuidado (VAROTO, 2005).

Nesse sentido, Born e Boechat (2002, p. 404), destacam que:

Muitas instituições procuraram adequar-se a novas demandas, reformando suas instalações, construindo outras, contratando profissionais geralmente com grandes dificuldades devido à permanente falta de recursos econômicos para programas sociais: criando pavilhões ou setores para a nova categoria de residente.

Outro aspecto importante que deve ser ressaltado diz respeito à manutenção das ILPIs. Ao analisarmos as mesmas, observaremos que são mantidas de diferentes formas, tais como meios filantrópicos, recebimento de doações, ajuda de entidades assistenciais, ajuda da comunidade, contribuições dos usuários e familiares, de órgãos públicos ou ainda instituições privadas.

Como mencionamos anteriormente, muitas ILPIs tem sua origem no caráter filantrópico, cujo objetivo era “acolher pessoas carentes e sem família”. São instituições criadas por entidades religiosas de caridade, cuja manutenção se dá, basicamente, através do suporte filantrópico. Essas instituições ficaram conhecidas como asilos, abrigos, pensionatos, ancionatos, diferindo a nomenclatura de acordo com o local e a comunidade onde estavam inseridos.

Quanto às demais instituições, aquelas de caráter privado e que visam fins lucrativos, observamos que estas, no tocante à estrutura do cuidado, não diferem muito das filantrópicas, aspecto que será analisado posteriormente. Diferem, via de regra, apenas no tocante a manutenção, já que comumente são espaços mantidos exclusivamente pelas contribuições mensais dos usuários e seus familiares. Essas instituições ficaram conhecidas como Casas Geriátricas ou Clínicas Geriátricas e Casas de Repouso (BORN, 2002; MEDIONDO, 2002; PAVARINI, 1996; VAROTO, 2005). Enquanto as Casas Geriátricas atuam no cuidado por parte da clínica médica, desenvolvendo procedimentos especializados, as Casas de Repouso oferecem uma estrutura baseada em cuidados básicos, bastante semelhantes aos asilos e abrigos.

Frente a estas diferentes nomenclaturas utilizadas para se referir ao atendimento aos mais velhos, recentemente no Brasil passou-se a utilizar o termo Instituições de Longa Permanência para Idosos – ou ILPIs – para se referir as instituições de atendimento que prestam serviço de moradia. Observa-se que a adesão a esta nomenclatura iniciou na cidade de São Paulo, principalmente após a publicação do Manual de Funcionamento para ILPIs (SBGG, 2003)²¹.

²¹ O Manual de Funcionamento para ILPIs visa o oferecimento de subsídios técnicos gerontológicos, buscando uma melhoria de atendimento e funcionamento.

O Manual define ILPIs como:

Estabelecimentos para atendimento integral institucional, cujo público alvo são as pessoas de 60 anos e mais, dependentes ou independentes, que não dispõem de condições para permanecer com a família ou em domicílio. Essas instituições, conhecidas por denominações diversas – abrigo, asilo, lar, casa de repouso, clínica geriátrica e ancionato – devem proporcionar serviços nas áreas social, médica, de psicologia, enfermagem, fisioterapia, terapia ocupacional, odontologia, e em outras áreas, conforme necessidades desse segmento etário (p.4).

Essa opção se deve a sugestão da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia da adoção do termo Instituição de Longa Permanência para Idosos – ILPI, que, de acordo com Born e Boechat (2006), é uma adaptação do termo *Long-Term Care Institution*, utilizado pela Organização Mundial da Saúde – OMS e amplamente utilizado nos países de língua inglesa.

Contudo, Camarano (2002) salienta que apesar desta nova nomenclatura, ainda encontram-se na literatura e na legislação referências indiscriminadamente a ILPIs e asilos. A autora coloca, ainda, que na prática das instituições, estas se autodenominam asilos, residências para idosos, casas de repouso, casas geriátricas, entre outras.

3.3 ILPIS... uma análise crítica

Temos observado um movimento diferente nas últimas décadas nos países em desenvolvimento e, em especial, no Brasil. O movimento ao qual nos referimos diz respeito a mudança do padrão demográfico, fato que constitui uma das mais importantes transformações na estrutura social brasileira neste início de século. Segundo Silva *et al* (1998), há pelo menos quatro décadas a população vem envelhecendo nestes países e o crescimento deste contingente pode ser três vezes maior do que em países desenvolvidos. As autoras destacam, ainda, que a década de 40 foi o marco inicial do envelhecimento da população brasileira, com a razão de sexo equilibrada. Contudo, passadas quase seis décadas, observamos que esta razão hoje apresenta-se desequilibrada quanto ao gênero, já que na

atualidade estamos vendo acontecer o que os autores chamam de “feminização” da velhice.

Estatísticas da Organização Mundial da Saúde – OMS indicam que, no início dos anos 2000, cerca de 10% da população mundial era constituída por indivíduos com mais de 60 anos, sendo que destes cerca de 240 milhões eram mulheres e aproximadamente 200 milhões eram homens²².

De acordo com Marin e Angerami (1996) um país envelhecido é aquele que apresenta um contingente de 7% de velhos na população geral. A Organização das Nações Unidas – ONU considera idosa a população que possui 8% de velhos.

Além disso, essa modificação demográfica vem ocorrendo de forma heterogênea nas diferentes regiões do país. Isso pode ser comprovado quando analisamos os dados divulgados pelo IBGE, baseado em dados de 2002. Em 2002, o país possuía 16.022.231 pessoas com mais de 60 anos ou mais, representando 9,3% da população, e 56,0% destes idosos eram mulheres. Ainda de acordo com o mesmo, a população de velhos, na região Sul, era de 10,0%, percentual bastante semelhante ao da região Sudeste, que era de 10,2%. Porém, estes índices se diferem significativamente quando comparados com a região Nordeste, onde o percentual era de 8,9% ou da região Centro-Oeste, cujos índices eram de 7,2%. A região Norte, por sua vez, apresentou o percentual de 9,3% de idosos entre a população geral.

Contudo, ao mesmo tempo em que este fenômeno se caracteriza como um ganho coletivo para a sociedade, por outro lado pode se transformar num sério problema social, em função dos altos custos da aposentadoria, bem como, pela onerosa cobertura médico-assistencial exigida pela velhice. Esses parâmetros são importantes não só no que tange a criação e manutenção de políticas públicas destinadas aos mais velhos como, também, na sensibilização da população brasileira para com a velhice.

²² Os dados aqui mencionados estão disponíveis em: NERI, A.L (Org.) Idosos no Brasil: vivências, desafios e expectativas na terceira idade. São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, Edições SESC, São Paulo, 2007.

Para Silva *et al* (1998), dois aspectos do envelhecimento devem ser também considerados: o velho sadio que mantém sua autonomia e o velho doente que necessita de cuidados, gerando situações difíceis para seu núcleo familiar, para a sociedade e para ele próprio.

As autoras destacam, ainda, que embora existam idosos que tem condições de viver e manter-se sozinhos ou que tem familiares interessados em acompanhar suas vidas e auxiliar na solução de seus problemas, existem também aqueles que, além de pobres, não possuem condições de viver sozinhos ou, ainda, não possuem familiares que os suportem, ou seja, estão sem alternativas a curto prazo, sendo a institucionalização a única opção.

Por outro lado, a família, historicamente, é a base de apoio e suporte aos indivíduos que necessitam de algum tipo de ajuda no dia-a-dia. Esse aspecto, apesar de comum, é uma questão cultural, uma vez que podemos observar, nas diferentes culturas, exemplos de suporte e apoio que ultrapassam gerações, limites geográficos e laços sanguíneos. Além disso, se analisarmos a sociedade brasileira, por exemplo, veremos que a própria Constituição Federal (1988) se encarrega de reforçar este princípio, ao mencionar no Capítulo VII, artigo 229, 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”. No caput do artigo seguinte (art.230), o documento afirma, também, que “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”.

Dessa forma, o apoio ao indivíduo que envelhece é de responsabilidade de sua família e é esta que deve proporcionar o cuidado, assistência, suprimindo as necessidades e demandas surgidas. Porém, sabemos que a realidade é outra. Apesar de cultural, o cuidado familiar em relação aos mais velhos nem sempre existiu, sendo que muitos antropólogos defendem a idéia de que a espécie humana sempre esteve empenhada em defender a sua perpetuação, protegendo aqueles que poderiam levar a diante a bagagem genética. Atualmente, a preocupação da humanidade não está mais tão relacionada a sua perpetuação,

mas os arranjos familiares fazem com que o cuidado com os mais velhos tenha que ser dividido com outras questões não menos relevantes, como a criação e educação dos filhos, a permanência no mundo do trabalho, entre outras.

Paralelamente a este aspecto, observamos que as organizações existentes para os mais velhos também tiveram sua história construída a partir de aspectos culturais e sociais. Como já se destacou anteriormente, essas organizações recebem ou receberam inúmeras denominações, sendo as mais comuns, **asilo** ou **abrigo** e são mantidas por fontes particulares ou filantrópicas, já que, segundo Haddad (1991) não existem instituições mantidas sob a responsabilidade direta do Estado, sendo o atendimento deste feito através de auxílios financeiros e convênios. Isso pode ser observado também se fizermos uma rápida análise da Política Nacional do Idoso – PNI. O documento – importante por ser um dos primeiros a se preocupar diretamente com a questão dos mais velhos no país – reflete e reforça um ponto de vista irrealista das necessidades da população e dos deveres do Estado para com seus cidadãos mais velhos, já que também reforça a idéia de que o atendimento ao idoso deve ser prioritariamente executado pela família, “a exceção dos idosos que não possuem condições para garantir sua própria sobrevivência (Política Nacional do Idoso. Lei 8.842 de 4 de janeiro de 1994, art. 40, item III, regulamentada pelo Decreto nº 1.948 de 3 de julho de 1996). Com isso, podemos observar que mesmo para aqueles que não possuem condições de garantir sua sobrevivência, sejam eles sadios ou doentes, não há garantia ou oferta de qualquer tipo de serviço especializado de tratamento e de internação.

Numa visão mais realista da questão do envelhecimento, temos observado alguns especialistas defenderem a idéia de que os asilos são socialmente necessários, já que cumprem um importante papel social e se configuram numa forma legítima de se viver a velhice, principalmente quando cuidados especiais se fazem necessários (SILVA e SILVA, 1997).

Para Born e Abreu (1996), não há dados concretos no país quanto às instituições para idosos. As autoras citam um estudo realizado pelo sociólogo francês Jean Louis Hôte, ainda em 1984 – *Brasil: uma política para a velhice já* –

que apontava que de 0,6 a 1,3% da população idosa brasileira estaria em instituições. Contudo, atualmente os dados são mais precisos, graças ao empenho de alguns pesquisadores e centros especializados.

No ano de 2008, o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - IPEA concluiu, sob a coordenação da pesquisadora Ana Amélia Camarano, a pesquisa "Condições de funcionamento e de infra-estrutura nas instituições de longa permanência para idosos no Brasil". A mesma foi realizada pelo Instituto em parceria com a Secretaria Especial dos Direitos Humanos (SEDH) da Presidência da República e o Conselho Nacional dos Direitos do Idoso (CNDI). Os resultados obtidos apontam que na Região Sul mais de quinze mil idosos vivem em ILPIs, pois, conforme publicação do *site* do Instituto²⁴ dos 2.474.174 brasileiros com mais de 60 anos que vivem na Região Sul do Brasil, 15.422 (0,6%) moram em ILPIs.

Tabela 2 – Número de idosos residentes em ILPIs e população idosa residente por estado – Região Sul, 2007-2008

	Idosos em ILPIs	População idosa	%
Paraná	5.542	863.002	0,6
Santa Catarina	2.521	474.462	0,5
Rio Grande do Sul	7.359	1.136.710	0,6
Região Sul	15.422	2.472.174	0,6

Fonte: Pesquisa IPEA/CNDI/SEDH

São 5.542 idosos no Paraná, 2.521 em Santa Catarina e 7.359 no Rio Grande do Sul, institucionalizados em 693 instituições especializadas registradas. Deste total, sete em cada dez idosos estão abrigados em estabelecimento privados filantrópicos, sendo que apenas 2% são cuidados em instituições públicas.

²⁴ Os dados aqui mostrados referentes a pesquisa "Condições de funcionamento e de infra-estrutura nas instituições de longa permanência para idosos no Brasil" estão disponíveis no *site* <http://www.ipea.gov.br/003/00301009/htm>

Já em relação ao índice de 0,6% de velhos institucionalizados na Região Sul, podemos observar que este é um valor bastante próximo ao levantado pelo Censo Demográfico de 2000, onde foram encontrados 103 mil idosos vivendo nas instituições, o que representava aproximadamente 0,8% do total da população envelhecida. Se observarmos os dados mencionados no estudo de Born e Abreu (1996) de que nos países desenvolvidos, cerca de 5% da população com 65 anos ou mais encontram-se em instituições e que nos países escandinavos esse percentual sobe para 7%, enquanto que no Canadá atinge 7,5%, nos parece que a institucionalização não é um fato comum no Brasil.

Nesse aspecto, podemos citar um outro estudo recente, no qual é mencionado que a institucionalização dos mais velhos em espaços específicos para eles não é uma prática comum nos países do hemisfério Sul²⁵.

Quadro 1 – Percentual de idosos residentes em ILPIs, segundo a natureza da instituição na Região Sul do Brasil

Pública	2%
Privada Filantrópica	67,4%
Privada com Fins Lucrativos	27,7%
Mista	3%

Fonte: Pesquisa IPEA/CNDI/SEDH

²⁵ As informações aqui mencionadas fazem parte do livro “Idosos no Brasil: vivências, desafios e expectativas na terceira idade”, organizado por Anita Liberalesso Neri e publicado no ano de 2007. A obra analisa e discute os resultados da pesquisa que leva o mesmo nome, sendo que a mesma foi realizada pela Fundação Perseu Abramo, em parceria com o SESC nacional e SESC São Paulo.

De acordo com o estudo foi possível, ainda, verificar que entre todas as ILPIs - públicas, privadas com fins lucrativos, privadas filantrópicas e mistas - metade não tem médicos próprios, 96% não têm serviço de fonoaudiologia e 67% não contam com fisioterapeutas. Ao confrontarmos esses dados com o que a Portaria nº 810, de 22 de setembro de 1989, do Ministério da Saúde que dispõe sobre as Normas para Funcionamento de Casas de Repouso, Clínicas Geriátricas e outras Instituições de Atendimento ao Idoso (Anexo 5) observamos que há uma discrepância entre o que é realmente oferecido como serviço especializado aos mais velhos na maioria das instituições e o que o documento prevê que os recursos humanos atuantes nas instituições devam dar conta: assistência médica; assistência odontológica; assistência de enfermagem; assistência nutricional; assistência psicológica; assistência farmacêutica; atividades de lazer; atividades de reabilitação (fisioterapia, terapia ocupacional e fonoaudiologia); apoio jurídico e administrativo; serviços gerais.

Tabela 3 – Proporção das ILPIs por serviço próprio oferecido segundo a natureza – Região Sul, 2007-2008

	Médico	Fisioterapia	Fonoaudiologia	Treinamento em atividades que gerem renda
Pública	23,1	23,1	0,0	7,7
Privada filantrópica	39,0	30,5	2,3	1,2
Privada com fins lucrativos	67,0	35,5	5,5	1,1
Mista	50,0	40,0	5,0	0,0
Total	50,2	32,6	3,6	1,4

Fonte: Pesquisa IPEA/CNDI/SEDH

Outro elemento de extrema importância revelado pela pesquisa diz respeito ao número de ILPIs existentes no país. Os pesquisadores fizeram vários levantamentos sobre as mesmas, levando em conta àquelas que eram registradas junto aos órgãos competentes, como por exemplo, prefeituras municipais,

conselhos, secretarias da saúde. Estas foram contatadas, a fim de responderem os questionamentos referentes ao estudo, porém, nem todas as instituições registradas responderam à pesquisa.

Tabela 4 – Número de ILPIs identificadas e respondentes por estado – Regiões Norte, Centro-Oeste, Sul, Nordeste e Sudeste – 2006/2008

	Identificadas	Respondentes	Taxa de resposta
Norte	49	49	100,0
Centro-Oeste	249	246	98,8
Nordeste	306	296	96,7
Sul	693	663	95,7
Paraná	251	248	98,8
Santa Catarina	96	96	100,0
Rio Grande do Sul	346	319	92,2
Sudeste			
Minas Gerais	708	431	60,9
Espírito Santo	52	26	50,0
Brasil	2.057		

* No Distrito Federal foram identificadas 18 instituições, mas 3 estavam interditadas.

Fonte: Pesquisa IPEA/CNDI/SEDH

Além disso, o estudo permitiu detalhar o perfil dos profissionais que trabalham nesses estabelecimentos: 48% das entidades contam com voluntários e 37,4% das ILPIs recebem atendimento do Programa Saúde da Família (PSF). Os aspectos referentes aos profissionais serão discutidos posteriormente.

Por outro lado, numa tentativa de “clarificar” a discussão em torno das instituições para idosos, Rossi (2001) busca apoio no aspecto histórico, onde destaca que, em sua origem, os asilos de pobres, órfãos, mendigos, leprosos, loucos e irresponsáveis constituíam locais onde as sociedades podiam esconder suas mazelas, afastar os indesejáveis e punir os desviantes. Como já destacamos anteriormente, os asilos, na tradição sociológica, eram vistos como **instituições totais**²⁶, ou seja, um lugar onde os indivíduos que compartilhavam uma condição semelhante eram segregadas sob condições indignas, acobertadas por um manto de silêncio e desamparo.

O autor salienta, também, que no final do século XIX, a palavra asilo começou a cair em desuso, já que os espaços em que se abrigavam órfãos

passaram a ser chamados de orfanatos, os de loucos, de hospitais psiquiátricos, e os de mendicidade, de centros de triagem social e casas de acolhida, ficando o termo em questão sendo utilizado para as instituições que abrigavam uma clientela pobre e desprivilegiada, via de regra, caracterizada pelos mais velhos.

Esse evento – a criação de espaços destinados aos mais velhos – assinala, para o autor, uma desvinculação da velhice da mendicância, da pobreza e do desamparo, renunciando a medicalização do atendimento em asilos, pois “até hoje nossas instituições são consideradas pelo poder público como de assistência social”.

A fim de entendermos como esse evento acabou por repercutir nas políticas sociais voltadas aos mais velhos, mencionamos o trabalho desenvolvido por Haddad (1991), onde este discute as políticas de inserção social da velhice no Brasil e ressalta que a assistência ao idoso no passado confundia-se com a dispensada aos indigentes e acabava por produzir uma dependência irreversível.

Contudo, se o trabalho de Haddad é importante a fim de que possamos compreender as políticas de inserção social da velhice, é de fundamental importância conhecer e analisar criticamente como o serviço institucionalizado está ou deveria estar organizado e estruturado.

Para tanto, voltamos a mencionar, neste momento, o Plano Integrado de Ação Governamental para o Desenvolvimento da Política Nacional do Idoso, de novembro de 1996 (Anexo 2). O Plano estabelece várias modalidades de atenção e cuidado aos mais velhos, com as mais diferentes nomenclaturas e tipos de serviços prestados. Em se tratando de discutir a existência das ILPIs no Brasil, iremos apresentar, na seqüência, elementos sobre como os idosos são assistidos nos países desenvolvidos e quais são as semelhanças e diferenças destes em relação aos diferentes tipos de serviços ofertados no Brasil.

²⁶ A idéia de Instituição Total foi elaborada por Goffman, em seu livro “Manicômios, prisões e conventos”. Segundo o autor, uma instituição total pode ser definida como um local de residência e trabalho onde um grande número de indivíduos com situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, levam uma vida fechada e formalmente administrada. GOFFMAN, Erwing. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Ed. Perspectiva, 1974, p.11.

Nos países desenvolvidos as moradias para idosos, cujo funcionamento se aproxima das ILPIs brasileiras, são conhecidas como “*nursing home*”. Varoto (2005) destaca que esses países têm como desafio diminuir o custo das mesmas, além do fato dessas serem espaços de baixa preferência entre os mais velhos e estarem se multiplicando junto ao setor privado.

Ainda em relação aos países desenvolvidos, é possível observar que as instituições que prestam assistência aos mais velhos estão divididas de acordo com níveis de comprometimento dos idosos, classificando-se em dois grandes grupos: instituições para idosos independentes e instituições para idosos dependentes. Esses dois grupos apresentam subdivisões em outras quatro categorias (BORN; BOECHAT, 2002, p.404-405):

1. Cuidado ao idoso independente em instituição (corresponde ao Home for the aged). Oferece atenção 24 horas, sem atendimento médico, apenas controle de medicamentos. O idoso deve ser capaz de funcionamento independente.
2. Serviço intermediário (Intermediate Care Facility – ICF). Não necessita de um diretor clínico. Proporciona cuidados médicos simples, plantão diário de uma enfermeira-padrão (8 horas). O idoso deve ter controle sobre eliminação, deve ser capaz de alimentar-se, transferir-se da cama para uma cadeira (sem assistência).
3. Serviço de enfermagem especializada (Skilled Nursing Facility – SNF). Necessita de um diretor clínico. Proporciona assistência médica, com suporte hospitalar, cuidados gerais de enfermagem, plantão diário de enfermeira padrão (24 horas), assistência na eliminação, transferências e deambulações e na alimentação. O idoso deve ser não-agressivo, não-perambulador.
4. Serviço para idosos com problemas mentais. Proporciona serviços de enfermagem num ambiente fechado. Idosos requerem enfermagem especializada, são agressivos, tem tendência para perambular, tem um curador.

Se nos países desenvolvidos a estruturação das ILPIs se apresenta conforme o que foi descrito acima, no Brasil, a partir de 2003, há a orientação de que as instituições sigam o Manual de Funcionamento para ILPIs²⁷. O Manual – desenvolvido pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia /SBGG –

estabelece normas que visam o oferecimento de subsídios gerontogeriátricos, buscando um melhor atendimento e funcionamento.

O Manual define como ILPI (SBGG-SP, 2003, p.04):

Estabelecimentos para atendimento integral institucional, cujo público alvo são as pessoas de 60 anos e mais, dependentes ou independentes, que não dispõem de condições para permanecer com a família ou em domicílio. Essas instituições, conhecidas por denominações diversas – abrigo, asilo, lar, casa de repouso, clínica geriátrica e ancionato – devem proporcionar serviços nas áreas social, médica, de psicologia, enfermagem, fisioterapia, terapia ocupacional, odontologia, e em outras áreas, conforme necessidades desse segmento etário.

O documento define ainda como as ILPIs serão classificadas:

Modalidade I

É a instituição destinada a idosos com até uma Atividade da Vida Diária (AVD) (segundo escala de Katz) comprometida e com capacidade cognitiva preservada, mesmo que requeiram o uso de algum equipamento de auto-ajuda, isto é, dispositivos tecnológicos que potencializam a função humana, como por ex., andador, bengala, adaptações para vestimenta, escrita, leitura, alimentação, higiene, etc. Capacidade máxima recomendada por Unidade²⁸: 40 pessoas.

Modalidade II

É a instituição destinada a idosos com até três AVDs afetadas e com comprometimento cognitivo controlado, que necessitam de auxílio e de cuidados especializados e exigem controle e acompanhamento adequado por profissionais de saúde. Capacidade máxima recomendada por Unidade: 30 pessoas.

Modalidade III

É a instituição destinada a idosos com quatro ou a cinco AVDs comprometidas, com quadro demencial e/ou cognição alterada. Necessita de uma equipe multiprofissional de saúde. Capacidade máxima recomendada por Unidade: 30 pessoas.

Modalidade IV

É a instituição destinada a idosos dependentes que requeiram assistência total nas AVDs. Necessita de uma equipe multiprofissional de saúde. Capacidade máxima recomendada por Unidade: 30 pessoas (SBGG-SP, 2003, p.04)

²⁷ O manual, conforme se destacou é uma publicação da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia e busca orientar a estruturação e o trabalho nas ILPIs.

²⁸ Entende-se por Unidade a ala, pavilhão ou espaço destinado a um determinado grupo. Cada instituição poderá ter mais de uma unidade conforme a capacidade física. Os quartos devem ter no máximo quatro pessoas.

Varoto (2005, p.48-49), em seu estudo, ao analisar a classificação das ILPIs de acordo com o Manual, apresenta o modelo de cuidado de moradia para idosos implementado nos Estados Unidos, que recebe o nome de “*hospice care*”. O mesmo, conforme a autora, refere-se “ao ambiente de cuidar de uma pessoa idosa acometida por doença terminal. Carrega características similares aos asilos, [...] Ao longo dos anos, o cuidado foi se tornando mais específico para o tratamento e suporte à pessoa sem possibilidade de cura e à sua família”.

A partir dessas reflexões, podemos observar que o modelo americano se assemelha ao atendimento domiciliário de longa permanência oferecido aos mais velhos no Brasil, mas o grande diferencial, no entanto, é que parte do modelo americano é financiado pelo sistema público de saúde – conhecido como *medicare*, que é mantido graças às contribuições para com a Seguridade Social. A outra parte é financiada com recursos oriundos do sistema público de saúde estadual, com uma parcela do governo federal, para pessoas e famílias carentes – chamada de *medicaid* – sendo que cabe a cada estado estabelecer as regras para a elegibilidade e serviços disponíveis (VAROTO, 2005).

Se nos Estados Unidos o cuidado domiciliário é subsidiado pelo Estado, no Brasil o que se observa é que a maior parte das instituições, como já destamos anteriormente, é sustentada pelo setor privado, enquanto que no setor público, as demandas tentam ser supridas através do Programa de Saúde da Família –PSF e o Programa de Atenção Domiciliar – PAD (TIRRITO, 2003; DUARTE & DIOGO, 2000, VAROTO, 2005).

Uma outra alternativa para os mais velhos, segundo o Plano Integrado, são as Casas Lares ou as residências temporárias. Este tipo de serviço objetiva atender idosos sem família e detentores de renda insuficiente para sua manutenção, sendo uma opção de atendimento de moradia não-institucionalizada que incentiva a autonomia e independência. São lugares que geralmente contam com a participação de uma equipe vinculada ao município, que faz a supervisão dos trabalhos. No entanto, este tipo de atendimento ainda é pouco difundido nos municípios brasileiros.

A residência temporária, segundo Diogo (2002), visa o cuidado ao idoso dependente ou semi-dependente que requeira maiores cuidados após a alta hospitalar, oferecendo, por um período determinado, um local temporário de moradia provisória onde este receberá cuidados de acordo com suas necessidades, além de oferecer orientação à família e/ou o cuidador para quando retornar para casa. Entretanto, este modelo ainda é pouco encontrado no país.

Os centros dia ou centros de cuidado diurno são a tendência que mais tem ganhado força na tentativa de se evitar a institucionalização. Esses espaços buscam oferecer cuidados na área da saúde, além de proporcionar lazer, apoio sócio-familiar e auto-cuidado. A oferta desse tipo de serviço visa manter o velho junto à sua família ao mesmo tempo em que oferece cuidados necessários básicos diurnos, já que este permanece durante o dia neste espaço e, ao final da tarde, volta para casa. Varoto (2005) destaca que este serviço é um espaço inovador no sentido de atenuar as dependências funcionais, sociais, psicológicas, priorizando e estimulando a interação social. Carinhosa ou depreciativamente chamados de a “creche do vovô”, os centros dia vem sendo um dos programas priorizados nas diretrizes do Estatuto do Idoso, ainda que bastante escasso na maioria dos estados e municípios brasileiros. Cabe ressaltar que na II Conferência Municipal do Idoso de Passo Fundo/RS, realizada em 07 de maio de 2008, os participantes deliberaram sobre a instalação, no município, de um centro dia, ao mesmo tempo em que se manifestaram contrários à construção de uma ILPI pelo governo municipal.

Tirrito (2003) e Varoto (2005) assinalam a presença dos centros dia também nos Estados Unidos. Os *day center* são encontrados na maioria dos estados americanos, ainda que em número reduzido em relação à demanda. Os mesmos funcionam na perspectiva do *adult day-care programs*, uma alternativa crescente e inovadora de atendimento ao idoso, que estimula a interação entre as áreas de saúde, social, cultural, transporte e de recreação, estabelecendo, ainda, uma rede de suporte com outros serviços/programas, como o *adult day-care center* (atendimento ao idoso fragilizado), *outreach services* e *social work* (visitas domiciliares de profissionais qualificados), *transportation services* (serviços de

transporte adaptado), ou ainda o *senior dining* (alimentação em refeitórios dos centros para idosos) e o *meals on wheels* (entrega de refeições no domicílio para idosos).

A literatura coloca, também, como alternativa para os mais velhos, os albergues, que funcionariam como lugares de acolhimento temporário. Observa-se que os mesmos funcionam como alternativa de moradia temporária para moradores de rua, idosos ou não. São espaços públicos mantidos pelo município que oferecem refeição, banho e leito por um período curto de tempo. Em Passo Fundo existe um albergue com estas características, sendo que o mesmo nos períodos em que a temperatura é baixa tem suas dependências lotadas. Atualmente são poucos os idosos que lá residem.

Faz-se necessário, entretanto, dar ênfase a um outro tipo de serviço destinado aos mais velhos que vem tendo destaque nos últimos anos, em nosso país. Esse, conhecido como assistência domiciliar ou atendimento domiciliário²⁹ visa incentivar a independência e autonomia, bem como reforçar vínculos familiares e de vizinhança para indivíduos com certa limitação em seu domicílio. Varoto (2005, p.52) destaca que este tipo de atendimento “tende a ser um jeito mais integrado de promoção à saúde, porém isso nem sempre acontece, dependendo dos profissionais envolvidos e da disponibilidade financeira da família, que, quando pode, opta pelo atendimento privado”.

A autora salienta, ainda, que o PSF – uma estratégia de atenção no ambiente domiciliário a partir de uma equipe multidisciplinar – nem sempre funciona na prática, ficando o atendimento domiciliário restrito a profissionais autônomos e a uma parcela da população que dispõe de recursos socioeconômicos suficientes para usufruir desses serviços.

²⁹ Para Varoto (2005), apesar do termo mais utilizado atualmente ser atendimento domiciliar, o mais adequado seria atendimento domiciliário, já que etimologicamente *domiciliar* se refere a *dar domicílio, recolher em domicílio*, enquanto que *domiciliário* se refere a *domicílio, feito no domicílio*.

4. Sobre o cuidado...

O cuidado, de acordo com o Manual de Gerontologia (2004), é o ato ou tarefa de zelar pelo bem-estar de alguém, prestando-lhe assistência, assumindo a responsabilidade e os encargos inerentes a esse caso.

Nesse sentido, ao zelarmos por alguém necessitamos refletir sobre o fato de que a existência humana pressupõe a idéia de coabitar no mundo, ou seja, o ser humano existe com o outro. Esse existir deve-se ao fato do humano ser um ser social que necessita e vive para si e para o outro. Ao transpormos esse juízo para a esfera do cuidado, passamos a estabelecer uma teia de relações entre aquele que cuida e o que é cuidado, sendo importante e necessária a compreensão do outro em seu modo único e singular de convivência.

De acordo com Silva (1997), o processo de constituição da teia de relações acontece por meio de uma relação de reciprocidade e intimidade, onde os envolvidos passam a criar um espaço para vivências, nas quais as experiências podem ser socializadas. Essa troca de experiências permite, ainda, a construção de conhecimentos, a integralização da ética, uma vez que o conviver provoca uma atitude de respeito e o reconhecimento da dignidade do outro.

Rosa (2001), por sua vez, afirma que o comportamento humano assume um caráter social, à medida que os indivíduos vivem em determinada sociedade, com uma moral efetiva que corresponde às necessidades e exigências da vida social. Isso parece fazer com que suas crenças, percepções, emoções, valores, hábitos e, até mesmo os enfrentamentos frente aos problemas do cotidiano, devam ser considerados, uma vez que são estes que irão marcar

significativamente a existência do ser-no-mundo, determinando seu comportamento e suas atitudes.

Assim, como destacam Celich e Crossetti (1997), o cuidado deve ser permeado pelo respeito ao outro em suas limitações, incapacidades e necessidades, onde o comprometimento sensível, construído na busca da compreensão do outro e na percepção do eu e da maneira como se cuida, enquanto ser único, amoroso e ilimitado, seja eticamente valorizado. Com isso, é possível afirmar que o cuidado não se restringe apenas ao ato de prestar alguma ação ou atenção a alguém, uma vez que o cuidado acontece a partir da própria existência como ser humano. O cuidado, enquanto existência humana, surge da consciência que possibilita a oportunidade de conhecer as suas próprias possibilidades, dentro do contexto da vida, e perceber as possibilidades e limitações do outro. Dessa forma, o cuidado não envolve somente aquele que está dependente, necessitando de atenção, mas todo o contexto que o circunda e neste a figura do cuidador, como instrumento de cuidar, assume papel fundamental.

Levando em conta os pressupostos acima, Backes, Martins e Dellazzana (2001), ao analisarem as estruturas da existência humana, colocam que o trabalho em equipe, quando pensado em relação ao cuidado, possibilita a construção de relações humanas e sociais saudáveis, uma vez que neste espaço podem vir à tona as limitações, mas, principalmente, as potencialidades de cada um. Assim, a compreensão destes relacionamentos parece ser o grande desafio da humanização, pois quando as equipes realmente se integram, promovem amadurecimento e crescimento aos profissionais envolvidos.

4.1 O cuidado pelo viés das redes sociais

As novas estruturas organizacionais das famílias brasileiras, bem como das instituições sociais, tem feito surgir demandas coletivas e individuais importantes no sentido de se criar novos espaços ou novas alternativas de atendimento. Uma dessas novas alternativas seria a rede social.

O termo rede social, de acordo com Varoto (2005), é designado para descrever a ligação e interação que ocorre entre instituições tais como família, vizinhança, organizações religiosas.

Já para Neri e Sommerhalder (2002, p.12), “redes sociais de apoio são grupos hierarquizados de pessoas que mantêm entre si laços e relações de dar e receber”, sendo que as mesmas existem ao longo de todo o ciclo vital, já que atendem a motivação básica do ser humano a uma vida gregária. No entanto, sua estrutura e suas funções sofrem alterações dependendo das necessidades dos indivíduos, o que faz com que alterem e renovem a cada mudança estrutural ou funcional.

Além disso, as redes sociais existem e organizam-se independente da faixa etária, gênero ou condição social. Em relação às redes sociais de apoio a idosos, estas são caracterizadas por normas de conduta, valores e expectativas que lhes são específicas. Dar e receber ajuda material, instrumental e emocional, e, além disso, serviços e informações são funções centrais das redes de apoio envolvendo adultos e idosos. Da mesma forma, conforme Antonucci e Akyiama (apud NERI, 2002) elas permitem às pessoas crerem que são cuidadas, amadas e valorizadas, oferecem-lhes garantias de que pertencem a uma rede de relações comuns e mútuas, ajudam-nas a encontrar sentido nas experiências do desenvolvimento, principalmente quando elas são estressantes, auxiliam-nas a interpretar expectativas pessoais e grupais e avaliar as próprias realizações e competências.

Sendo assim, no intuito de fornecer o apoio necessário aos indivíduos idosos, as redes de apoio social organizam-se em duas outras redes, a formal e a informal que diferem entre si em função dos contatos e subestruturas envolvidas. Contudo, a interrelação entre as mesmas é fundamental, uma vez que não funcionam de forma isolada ou separada.

4.1.1 Redes de apoio social formal e informal

No Brasil, a *rede de apoio formal* a idosos é constituída por hospitais, ambulatórios e consultórios médicos e de outras especialidades na área da saúde; por clínicas geriátricas, casas de repouso, ILPIs, centros-dia e, mais

recentemente, unidades de apoio domiciliar. Por se tratar de uma rede formal, as relações que se estabelecem entre quem oferece e quem recebe os cuidados e serviços envolvem contratos profissionais, contratos estes subordinados aos códigos de ética e a remuneração direta (pelos interessados) ou indireta (pelo governo ou por instituições privadas).

É importante destacar que a existência de uma rede de apoio formal é um indicativo de progresso social e quanto mais diversificadas, estruturadas, eficientes e bem distribuídas, maiores serão as garantias de uma melhor qualidade de vida para o idoso e para seu cuidador.

Já as *redes de apoio informal* estruturam-se com base nos princípios de solidariedade e de reciprocidade entre as gerações. Em relação à solidariedade, esta se faz presente no contexto do cuidado oferecido a pessoas da mesma geração, como, por exemplo, o cônjuge, parentes ou amigos com idade próxima à do cuidador, com os quais ele não compartilhou uma relação de dependência em outro momento do ciclo vital (NERI e SOMMERHALDER, 2002). Quanto à reciprocidade, a mesma tem a ver com as relações de cuidado dos filhos para com os pais e, em alguns casos, para com outros parentes da geração precedente. A partir desse princípio, os cônjuges dos filhos e seus descendentes, por extensão, acabam por compartilhar o dever de cuidar, mesmo que a responsabilidade recaia sobre os descendentes diretos, ou seja, filhos e filhas.

O que diferencia a rede de apoio formal e a informal é que esta atua de forma não remunerada e voluntária. Como destaca Neri e Sommerhalder (2002), além dos cônjuges e dos amigos, outras pessoas da comunidade podem oferecer cuidados, tanto de forma individual como congregados em organizações. São bastante comuns, ainda, a formação de equipes de voluntários, geralmente oriundos e grupos étnicos ou religiosos que, associados a universidades ou organizações profissionais, oferecem apoio ao mais velhos.

Por outro lado, apesar de uma rede de apoio formal estruturada ser sinônimo de progresso social, cabe lembrar que a rede de apoio informal, com destaque para a família, é o primeiro abrigo e a fonte primária de assistência aos idosos (BAUM e PAGE, 1991). Observamos que, mesmo a distância, os laços

afetivos podem ser preservados, ou seja, ainda que pais e filhos estejam separados geograficamente o apoio e a assistência permanecem. Essa permanência dos laços familiares é descrita na literatura como laços de *intimidade à distância* (ROSENMAYR, 1977, *apud* BALTES e SILVERBERGER, 1995).

Faz-se interessante ainda mencionar como as redes de apoio se organizam. Nos Estados Unidos, de acordo com Hooyman e Kyiak (1996), estima-se que pelo menos 80% dos idosos recebam ajuda da família, mesmo na presença de recursos formais, que são usados de forma seletiva. Além disso, para cada idoso de alta dependência que se encontra institucionalizado, há dois sendo cuidados em casa pela família.

Já no Canadá, país conhecido pelo seu elevado IDH, o percentual de idosos que contam com apoio da família atinge 94%, mesmo tendo uma rede formal estruturada à sua disposição. Por outro lado, em países como o Brasil, que oferecem poucas alternativas de apoio formal, uma vez que os serviços disponíveis por vezes não dão conta da demanda pelos mesmos ou, o que é pior o acesso aos serviços especializados é precário, o suporte informal é crucial e determinante. Talvez seja esse um dos motivos do aumento da procura por cuidadores de idosos, não apenas para o cuidado institucional, foco deste estudo, mas principalmente para o cuidado domiciliar.

4.2 O cuidador de idosos

De acordo com Born (2006) o termo “cuidador” de idosos nem sempre fez parte do linguajar comum. A origem deste substantivo, segundo a autora, remete aos primeiros cursos de Gerontologia Social realizados no Brasil, ainda na década de 80, onde se fazia uso da expressão em inglês *caregiver* ou *careprovider*. Na tentativa de encontrar, na língua portuguesa, uma palavra que permitisse dar conta do seu significado em inglês, a que melhor se adequou foi o termo em questão.

Desde essa época muito se pesquisou e escreveu sobre o cuidador, principalmente aquele que se dedica a cuidar dos mais velhos. Porém, como destaca Born (2006), ações de impacto, em especial por parte do poder público,

no sentido de criar medidas de apoio aos cuidadores ainda são bastante reduzidas. As ações que vem se desenvolvendo para este público ainda se restringem aos projetos e cursos de treinamentos de cuidadores, que surgem, na maioria das vezes, por iniciativa de hospitais, universidades ou, ainda, Organizações Não Governamentais – ONGs.

No sentido de conceituar o que é um cuidador, bem como as funções a serem desempenhadas por este, alguns grupos passaram a discutir essa temática. Um dos primeiros documentos elaborados foi a apostila “Idosos: problemas e cuidados básicos”³⁰. Sequencialmente, a partir da Portaria Interministerial 5.153 de 7 de abril de 1999, foi elaborado o Programa Nacional de Cuidadores de Idosos³¹. Contudo, apesar da iniciativa governamental, o programa acabou se perdendo no limbo da história.

No mesmo ano foi publicado, também, o documento “Publicização do papel do cuidador domiciliar”, este preparado por pesquisadores do Instituto de Estudos Especiais da PUC-SP³². Neste documento surge uma primeira definição do “cuidador”, apontando para o aspecto, inicialmente do cuidado domiciliar. Para tanto, o cuidador domiciliar é “aquele que exerce a função de cuidar de pessoas dependentes numa relação de proximidade física e afetiva – o cuidador pode ser desde um parente, que assume o papel a partir de relações familiares, até um profissional, especialmente treinado para tal fim”. O documento distingue, ainda, duas grandes categorias de cuidador:

- a) O cuidador remunerado é uma pessoa que recebe treinamento específico para a função e mantém vínculos profissionais para exercer a atividade de cuidar, mediante uma remuneração.
- b) O cuidador voluntário é uma pessoa que, tendo relação familiar, de amizade ou vizinhança, se encarrega ou assume os cuidados de um dependente dentro do domicílio.

³⁰ O documento “Idosos: problemas e cuidados básicos” reflete sobre o que é um cuidador de idosos, trazendo consigo os princípios norteadores para o preparo destes, além de definir o conceito e perfil do que é um cuidador formal e um cuidador profissional.

Born (2006) salienta que estas duas categorias costumam ser denominadas na literatura existente como cuidadores formais e informais. Para tanto, o cuidador formal é a pessoa capacitada para auxiliar o idoso que apresenta limitações para realizar as atividades da vida cotidiana, fazendo elo entre o idoso, a família e os serviços de saúde ou da comunidade, geralmente remunerado. O perfil para desempenhar esta função, segundo a autora, é ter cursado o 1º grau ou ensino fundamental, ser maior de idade e submetido a treinamento específico, ministrado por instituição reconhecida, em observância ao conteúdo oficialmente aprovado para atuar junto às pessoas idosas. Além disso, o cuidador formal pode ser contratado para trabalhar na moradia do idoso – cuidador domiciliar, ou trabalhar na ILPI, onde passa a ser chamado de cuidador institucional.

Já o cuidador informal é aquele que presta cuidados a pessoa idosa no domicílio, com ou sem vínculo familiar, e que não é remunerado. Seu perfil é marcado por, em geral, serem pessoas de ambos os sexos, pertencentes à família ou não, que possuem idoso em casa e se identificam com as atividades pertinentes. Devem ser alfabetizadas, ser saudáveis e possuir noções básicas sobre o cuidado do idoso, bem como uma compreensão mínima do processo de envelhecimento humano.

Born (2006) menciona, também, a existência do cuidador profissional, que se caracteriza por serem pessoas que possuem educação formal de nível superior e exercem funções específicas em conformidade com as legislações das categorias profissionais as quais pertencem.

³¹ A Portaria Interministerial 5.153, de 7 de abril de 1999, instituiu o Programa Nacional de Cuidadores de Idosos a ser coordenado por Comissão Interministerial, que seria constituída por representantes da Secretaria de Estado de Assistência Social do Ministério da Previdência e Assistência e da Secretaria de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde. A idéia da referida Portaria era criar condições que proporcionassem aos idosos melhor qualidade de vida.

³² O documento “Publicização do papel do cuidador domiciliar”, desenvolvido por pesquisadores do Instituto de Estudos Especiais da PUC-SP, coloca em debate a necessidade de extensão ao domicílio de serviços, programas e ações de atendimento a pessoas que necessitem de atenção especial, como os idosos, as pessoas portadoras de deficiência, as crianças, os doentes crônicos entre outros.

A função exercida pelo cuidador passou a exigir reconhecimento, tanto em relação às qualificações mínimas necessárias, como em relação à remuneração e o registro em carteira de trabalho. A emergência dessa nova modalidade de atividade ocupacional hoje é fato. Para isso, podemos nos valer da Classificação Brasileira de Ocupações – CBO³³, do Ministério do Trabalho e Emprego, onde estão nomeadas e descritas as ocupações do mercado de trabalho.

A versão da CBO de 2000 traz, entre as ocupações ali descritas, a família ocupacional de cuidadores, que compreende cuidadores de crianças, jovens, adultos e idosos (CJAI). O código dessa família ocupacional é 5162, sendo o código de cuidador de idosos o número 5162-10, o qual pode ser aplicado a outras denominações da mesma categoria: acompanhante de idosos; cuidador de pessoas idosas e dependentes; cuidador de idosos domiciliar; cuidador de idosos institucional; e gero-sitter. No documento, porém, há uma ressalva que a família ocupacional não compreende técnicos e auxiliares de enfermagem, cujo código é outro – 3222.

A CBO apresenta, ainda, as condições gerais de exercício da função:

O trabalho é exercido em domicílios ou instituições cuidadoras de crianças, jovens, adultos e idosos. As atividades são exercidas com alguma forma de supervisão, na condição de trabalho autônomo ou assalariado. Os horários de trabalho são variados: tempo integral, revezamento de turno ou períodos determinados. No caso de cuidadores de indivíduos com alteração de comportamento, estes estão sujeitos a lidar com situações de agressividade.

Já como condições de formação e experiência, a CBO descreve:

³³ A CBO – Classificação Brasileira de Ocupações, é uma norma de classificação enumerativa e descritiva de atividades econômicas e profissionais determinada pela Comissão Nacional de Classificação - CONCLA para o uso por órgãos governamentais. A mesma é publicada pelo Ministério do Trabalho.

Essas ocupações são acessíveis a pessoas com dois anos de experiência em domicílios ou instituições cuidadoras públicas, privadas ou ONGs [...]. O acesso ao emprego também ocorre por meio de cursos de treinamento de formação profissional básicos, concomitante ou após a formação mínima, que varia da quarta série do ensino fundamental até o ensino médio. Podem ter acesso os trabalhadores que estão sendo reconvertidos da ocupação de atendente de enfermagem. No caso de atendimento a elevado grau de dependência, exige-se formação na área da saúde, devendo o profissional ser classificado na função de técnico/auxiliar de enfermagem.

Faz-se pertinente ressaltar que o documento, além de apresentar as condições de exercício da função e as condições de formação e experiência, especifica as habilidades e qualidades que o cuidador precisa desenvolver, que dizem respeito à:

- **Habilidades técnicas:** é o conjunto de conhecimentos teóricos e práticos, adquiridos por meio da orientação de profissionais especializados. Esses conhecimentos irão preparar o cuidador para prestar atenção e cuidados ao idoso.
- **Qualidades éticas e morais:** são atributos necessários para permitir relações de confiança, dignidade, respeito e ser capaz de assumir responsabilidades com iniciativa. Quando não for parente, deve procurar adaptar-se aos hábitos familiares, respeitar a intimidade, a organização e crenças da família, evitando interferência.
- **Qualidades emocionais:** deve possuir domínio e equilíbrio emocional, facilidade de relacionamento humano, capacidade de compreender os momentos difíceis vividos pelo idoso, deve se adaptar às mudanças sofridas por ele e a família, e ter tolerância ante situações de frustração pessoal.
- **Qualidades físicas e intelectuais:** deve possuir saúde física, incluindo força e energia, condições essenciais nas situações em que haja necessidade de carregar o idoso ou lhe dar apoio para se vestir e cuidar da higiene pessoal. Ser capaz de avaliar e administrar situações que envolvem ações e tomada de decisões.

- **Motivação:** é condição fundamental a empatia por idosos. Valorizá-los como grupo social, considerando que o “cuidado” deve ser um compromisso prioritário, pessoal e também da sociedade.

Os elementos dispostos acima nos levam a refletir sobre quem é, de fato, o cuidador de idosos. Do ponto de vista legal pudemos observar que alguns avanços foram conseguidos entre as décadas de 80 e 90, uma vez que foi neste período que se tentou estruturar um Programa Nacional de Formação de Cuidadores e que se conseguiu definir melhor o perfil profissional do mesmo, enquanto uma ocupação que passou a ser descrita e incluída na CBO. Esses elementos permitiram que a formação de cuidadores informais em diferentes comunidades espalhadas pelo país fosse priorizada, o que nem sempre significava uma qualidade adequada da mesma. Como já se mencionou anteriormente, essa se dava muito mais pela iniciativa de hospitais, universidades ou ONGs, não contando com o apoio dos órgãos governamentais.

Nesse sentido, Born (2006) salienta que a organização dos cuidadores formais em categoria ocupacional não lhes deu muitas garantias, uma vez que estes não mereceram maior atenção por parte dos órgãos competentes, pois ainda hoje é possível observarmos, não apenas no cuidado domiciliar, mas, também, nas ILPIs a presença de cuidadores sem preparo profissional adequado. Outro fator preocupante é que a demanda por cuidadores tende a aumentar e a inserção de “profissionais” não-qualificados acaba deixando de ser uma mera possibilidade.

Outro fator que não pode ser omitido é que muitos desses cuidadores possuem um baixo nível de escolaridade e nem sempre os programas de formação a eles destinados levam em conta suas necessidades e graus de complexidade em relação a problematização dos conhecimentos a serem adquiridos. Com isso, faz-se necessário que os mesmos continuem tendo uma orientação, supervisão e apoio contínuos, seja da equipe onde estão inseridos ou, ainda, de uma equipe externa.

Um outro elemento, que não pode ser ignorado, diz respeito ao seu campo de atuação profissional. Até onde a atuação destes está presente nas ILPIs? Existe algum dispositivo legal que determine sua presença nas instituições? A Resolução RDC nº 283, de 26 de setembro de 2005, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) – que diz respeito ao Regulamento Técnico para o funcionamento das ILPIs, sinaliza algumas possibilidades para a atuação do cuidador. A partir da Resolução, a ILPI pode oferecer uma ou mais modalidades assistenciais, descritas a seguir:

- a) Modalidade I – destinada a pessoas idosas independentes, mesmo que requeiram uso de equipamentos de auto-ajuda.
- b) Modalidade II – destinada a pessoas idosas com dependência funcional em qualquer atividade de autocuidado como alimentação, mobilidade, higiene e que necessitem de auxílios e cuidados específicos.
- c) Modalidade III – destinada a pessoas idosas com dependência que requeiram assistência total, com cuidados específicos, nas atividades de vida diária.

De acordo com essas modalidades a ILPI deve ter o seguinte dimensionamento de pessoal para atender as necessidades das pessoas idosas:

Modalidade I

- a) Um cuidador para cada 20 pessoas idosas, ou fração, com carga horária de 40 horas por semana.
- b) Dois trabalhadores para serviços gerais com carga horária de 40 horas por semana.
- c) Dois cozinheiros com carga horária de 40 horas por semana.

Modalidade II

- a) Um médico com carga horária de 08 horas por semana.
- b) Um enfermeiro com carga horária de 12 horas por semana.
- c) Um nutricionista com carga horária de 04 horas por semana.
- d) Um fisioterapeuta com carga horária de 04 horas por semana.
- e) Um técnico de enfermagem para cada 15 pessoas idosas, ou fração, por turno.

- f) Um cuidador para cada 10 pessoas idosas, ou fração, por turno.
- g) dois trabalhadores para serviços gerais com carga horária de 40 horas por semana.
- h) Dois cozinheiros com carga horária de 40 horas por semana.

Modalidade III

- a) Um médico com carga horária de 12 horas por semana.
- b) Um enfermeiro com carga horária de 20 horas por semana.
- c) Um nutricionista com carga horária de 08 horas por semana.
- d) Um fisioterapeuta com carga horária de 20 horas por semana.
- e) Um técnico de enfermagem para cada 10 idosos, ou fração, por turno.
- f) Um cuidador para cada 08 idosos, ou fração, por turno.
- g) Dois trabalhadores para serviços gerais com carga horária de 40 horas por semana.
- h) Duas cozinheiras com carga horária de 40 horas por semana.

Diante dessas considerações, podemos observar a necessidade de que as ILPIs mantenham uma equipe multiprofissional que possa, de fato, proporcionar um cuidado adequado dos idosos residentes, visando uma qualidade de vida satisfatória. Porém, o que se verifica na prática, mesmo quando as leis procuram ser claras quanto às necessidades ideais a fim de que uma Instituição funcione adequadamente, são instituições com *déficit* e/ou alta rotatividade de trabalhadores, infra-estrutura inadequada, pessoal desqualificado para o trabalho na área gerontológica o que, infelizmente, é uma realidade presente no Brasil todo.

Nesse sentido, os trabalhadores que hoje atuam nas ILPIs necessitam estar capacitados técnica e emocionalmente, a fim de se sentirem capazes de assumir as responsabilidades que dizem respeito à satisfação das necessidades básicas dos mais velhos, uma vez que as intervenções frente a essa população necessitam ser realizadas e orientadas visando à promoção da autonomia e independência da pessoa idosa, estimulando-a para o autocuidado. Talvez sua

capacitação adequada auxiliasse no combate a alta rotatividade de cuidadores nestes espaços, além de qualificá-los para o trabalho gerontológico.

Contudo, para que isso ocorra, além de qualificações técnicas e científicas, esses profissionais precisam possuir qualidades capazes de promover um cuidado eficiente para os idosos residentes em ILPI, qualidades essas já definidas pela CBO, mas que necessitam ser discutidas, desenvolvidas e ampliadas junto aos que desenvolvem a tarefa de cuidar.

5. Conhecendo um pouco da realidade de Passo Fundo...

Passo Fundo é um município que se localiza na região do planalto médio do estado do Rio Grande do Sul, na mesorregião do Noroeste Rio-grandense e microrregião de Passo Fundo, sendo um dos dez (10) municípios mais populosos do estado. Possui uma área aproximada de 780,355 km² e sua densidade demográfica é de 221,8 habitantes por km², estando à 687m acima do nível do mar. O município está dividido em seis distritos, a sede mais os distritos de Pulador (à 25 km da sede), São Roque (à 8 km), Bela Vista (à 12 km), Independência (à 20 km) e Bom Recreio (à 5 km) e está 287 km distante da capital Porto Alegre. A estimativa de população para 2009, segundo o IBGE é de 195 mil habitantes, sendo que o PIB geral do município é de R\$ 2.402.739 – ano (dados de 2005), e o PIB per capita R\$ 12.968 anuais (dados de 2005). É ainda considerada a “Capital do Planalto Médio” e “Capital Nacional da Literatura”, sendo a maior cidade do norte do estado³⁴.

³⁴ Os dados históricos foram retirados do *site* da Prefeitura Municipal de Passo Fundo, cujo endereço eletrônico é www.pmpf.rs.gov.br

Historiando um pouco a trajetória do município, podemos dizer que Passo Fundo, que conservou o nome de batismo que lhe foi dado pelos índios colorados, é chamado GOIO-EN, palavra composta que na língua dos mesmos significa muita água, rio fundo e, portanto, por analogia, se pode também traduzir por Passo Fundo. Remonta o nome desta cidade aos velhos dias em que, para evitar a volta e demais inconvenientes da antiga estrada por Viamão e Santo Antônio da Patrulha, os tropeiros entravam pela campanha, ainda deserta, fazendo o trajeto da viagem do sul riograndense para São Paulo e vice-versa, passando pelo território hoje pertencente ao município.

A área que hoje integra Passo Fundo pertencia ao município de Rio Pardo e era povoada por indígenas tupi-guarani e jês, além dos caingangues (apelidados pelos colonizadores de COROADOS), que viviam da horticultura de subsistência (milho, erva-mate, feijão, mandioca e batata). Esta região fazia parte da rota dos tropeiros. O tropeirismo era uma atividade que se desenvolvia nos campos sulinos desde final do século XVII em termos de fornecimento do gado para o abate e para o transporte na região mineira (principalmente o gado mear). Os tropeiros reuniam o gado solto em invernadas e o destino era as feiras de Sorocaba, em São Paulo. De lá, o gado era vendido aos outros tropeiros que os conduziam para a região das minas.

O município, emancipado em 28 de janeiro de 1857³⁵, teve sua formação a partir de 1827, como resultado da ocupação do Planalto Médio e Alto Uruguai, e seu território original hoje abriga 107 municípios do Rio Grande do Sul. Leva esse nome em função de um rio de mesmo nome utilizado pelos tropeiros desde o século XVIII.

³⁵ Apesar de emancipado em 28 de janeiro de 1857, a data em que o município comemora seu aniversário é 07 de agosto, data em que o mesmo foi instalado e os primeiros vereadores tomaram posse na Câmara de Vereadores.

O primeiro morador branco de Passo Fundo foi o militar Manoel José das Neves, conhecido como Cabo Neves (cabo de milícia). Em 1827, Cabo Neves ganhou do governo imperial, terras para formar uma estância e morar com sua família, protegendo assim o território. De acordo com alguns historiadores, a casa deste primeiro povoador branco ficava próxima a atual praça Tamandaré. A fundação das primeiras fazendas possibilitou o surgimento de povoados. Próximo da casa do fazendeiro, os agregados e escravos construía seus ranchos de acordo com suas possibilidades.

Na beira do caminho dos tropeiros surgiram as primeiras casas e armazéns. Outros aventureiros que se agradaram da localização, da paisagem e do solo fértil desta região, foram construindo suas casas e se estabelecendo com sua família. Estes pioneiros dedicavam-se às profissões de fazendeiro, tropeiro, agricultor, advogado, comerciante ou militar. Muitas vezes era a mesma pessoa que ocupava várias funções. Um fazendeiro também era militar, comerciante e tropeiro.

Em 1830, chega outro militar, o capitão Joaquim Fagundes dos Reis, designado pela Comandância Militar de São Borja para exercer a função de comissário na nascente povoação. O mesmo é considerado, por muitos, também o fundador da cidade.

Depois chegaram as famílias dos imigrantes alemães, os italianos, os judeus, entre outros. No ano de 1834, Passo Fundo passou a constituir o 4º distrito de Cruz Alta. Nos anos da Revolução Farroupilha, Passo Fundo apresentou uma diminuição populacional. Apenas com o fim da Guerra Civil é que novas famílias se estabeleceram na região. Em janeiro de 1857, a Assembléia Provincial, através do ato nº 340, instituiu o município de Passo Fundo. A instalação do novo município e posse dos vereadores aconteceu no dia 7 de agosto do mesmo ano. O extrativismo vegetal, a pecuária, o comércio e o tropeirismo confirmam que Passo Fundo teve sua origem ligada ao transporte.

Por outro, analisando o momento atual, de acordo com os dados projetados para 2009, fornecidos pelo IBGE, Passo Fundo conta atualmente com cerca de 195.000 habitantes, dos quais, aproximadamente, 18.000 estão acima dos 60

anos, ou seja, a população idosa do município perfaz mais de 8% da população total. O percentual de crescimento anual da população é de 3,02%.

Para o atendimento da população idosa, o município conta com diferentes serviços, entre os quais podemos destacar:

CREATI – O Centro Regional de Estudos e Atividades para Terceira Idade foi fundado oficialmente em novembro de 1990 e concentrava o sonho de um grupo de pessoas preocupadas com o envelhecimento saudável do ser humano. Sendo assim, a Universidade de Passo Fundo, sensível a esta preocupação, abriu suas portas e viabilizou a implantação do sonho de olhar o envelhecimento de outra forma. Essa iniciativa beneficiou não só a comunidade de Passo Fundo, mas também a região, pois hoje o CREATI está presente também em outros municípios, através da estrutura multicampi da Universidade. O CREATI vincula-se a Vice-reitoria de Extensão e Assuntos Comunitários e se assemelha aos projetos das Universidades Abertas à Terceira Idade, projetos hoje desenvolvidos no mundo inteiro.

No final de 1990 foi realizado o 1º Seminário Regional sobre a Terceira Idade e, na seqüência, foram realizadas inscrições para o curso “A arte de viver a terceira idade” e as matrículas para as oficinas de Literatura, Corpo, Dança e Teatro. A clientela inicial era de 200 alunos. A partir de março de 1991, concomitante aos serviços de cursos e oficinas do CREATI, foram convidados os Campi da UPF a oferecer os mesmos serviços e a realizarem, anteriormente a sua implantação, seminários regionais. Atualmente esses serviços são prestados nos Campi de Soledade, Carazinho e Lagoa Vermelha. Os objetivos do CREATI primam por criar condições de convivência e amizade, dar continuidade ao processo de continuar a aprender e provocar situações de inserção social através de serviços. Em 2006 o Centro incorporou mais um objetivo, o do cuidado, a fim de criar entre seus alunos a idéia de cuidar de si e do outro.

São atendidos, hoje, cerca de 1500 alunos (contabilizados aqui os alunos dos Campi, O CREATI de Passo Fundo atende cerca de 1000 alunos), cuja faixa etária varia entre 50 e 95 anos (destes, cerca de 700 são considerados idosos, ou seja com mais de 60 anos), de forma regular e gratuita, numa oferta de 22

oficinas, além de cursos que emergem das necessidades e interesses comunitários. Entre eles podemos citar: “A arte de viver a maturidade” oferecido aos alunos do Centro; o “Curso de Orientação de Professores de Atividade Física para Terceira Idade”; o “Curso de Formação Continuada em Serviço”, esse oferecido aos professores e instrutores que atuam nos grupos de terceira idade do município e dos demais municípios onde a UPF mantém sua estrutura multicampi; além do “Curso de Capacitação e Formação de Cuidadores de Idosos Dependentes”, que já realizou duas edições e está em fase de estruturação da terceira oferta do curso.

Além disso, desde 2003, o CREATI implantou o PASEC – Programa de Assistência Social e Educativa do CREATI, que vem sistematizar um trabalho fruto do espírito solidário de seus participantes, além das doações e trabalhos voluntários que são realizados pelos alunos.

O Centro oferece, ainda, o Programa Universidade Sênior – PROUSE, que busca oferecer cursos e estudos sistemáticos aos professores aposentados, não apenas da Universidade, mas, também, da comunidade em geral. Outro projeto que está em vias de ser instalado é o Balcão do Idoso, que buscará ser outra porta de entrada da Rede de Atenção e Proteção ao Idoso, oferecendo serviços na área do Direito, Serviço Social e Psicologia. O mesmo será melhor apresentado posteriormente.

CATI – A Coordenadoria de Atenção à Terceira Idade faz parte da Secretaria Municipal de Cidadania e Assistência Social (SEMCAS) da Prefeitura Municipal de Passo Fundo e atende atualmente cerca de 1400 pessoas, distribuídos em 40 grupos que atendem alunos dos diferentes bairros do município, além de atender também a zona rural. A CATI surgiu em 1996, após ter funcionado por três anos como o projeto “CREATI nas Vilas”. Inicialmente a CATI atendia apenas três bairros, mas a demanda era muito grande e rapidamente os grupos foram surgindo em outros bairros.

Inicialmente chamado de DAATI (Departamento de Apoio às Atividades da Terceira Idade), o mesmo começou como uma entidade vinculada inicialmente à Prefeitura Municipal de Passo Fundo e a 7ª CRE. Os grupos reúnem-se duas

vezes por semana e realizam desde atividades físicas como também atividades culturais e recreativas. Cada grupo conta com um professor de educação física, que além de ministrar aulas práticas, faz o trabalho de coordenação dos mesmos. Apesar das mais variadas atividades que são propostas aos idosos, o grande motivador, sem dúvida, continua sendo a atividade física.

CAMTI e CREJUTI – esses dois grupos surgiram em 2001 e funcionam em dois clubes sociais do município, o Caixeiral Campestre Tênis Clube e o Clube Recreativo Juvenil. Os integrantes dos grupos são todos associados destas agremiações e contam com sessões de ginástica, hidroginástica, além de toda uma programação cultural, turística e social, que são desenvolvidas em parceria com o clube e com demais grupos e setores da sociedade.

SESC/ MATURIDADE ATIVA – é o grupo de terceira idade mais recente do município de Passo Fundo, uma vez que iniciou suas atividades, oficialmente, em 2007. Os Clubes constituem um movimento social organizado de alcance estadual, que tem por missão construir um novo significado social para o envelhecimento, valorizando o papel do idoso na sociedade contemporânea e estimulando a realização de trabalhos comunitários e a prática da responsabilidade social individual. Em 2007, além da fundação do Clube em Passo Fundo, foram fundados outros três novos Clubes SESC Maturidade Ativa nos municípios de São Sepé, Frederico Westphalen e Pelotas, passando-se a contar com 34 Clubes em funcionamento no Estado do Rio Grande do Sul, envolvendo 3.105 sócios. São oferecidas atividades como ginástica, musculação, dança, atividades esportivas, além de atividades artísticas e culturais, como bailes, teatro, cinema, entre outras.

O município de Passo Fundo conta também com treze (13) Instituições de Longa Permanência para Idosos – ILPIs, sendo que duas delas foram abertas recentemente e, em função disso, não foi possível fazer visitas ou ainda ter contato com as mesmas. Em relação às ILPIs, estas podem ser classificadas em quatro grandes grupos: As que atendem aos idosos melhor assistidos financeiramente e que podem pagar valores acima de R\$ 2.500,00 (que são em número de duas); as que atendem idosos que podem pagar de R\$ 900,00 a R\$

2.500,00 (que são em número de três); as que são assistidas por alguma entidade filantrópica ou beneficente (também em número de três) e, por último, aquelas que atendem idosos que recebem até dois salários mínimos, estas hoje reduzidas a três instituições, uma vez que algumas delas foram fechadas no decorrer da realização deste estudo.

Além disso, ressaltamos que as informações aqui citadas são fruto de visitas, contatos telefônicos e conversas com a equipe de assistência social da Secretaria Municipal da Cidadania e Assistência Social – SEMCAS do município de Passo Fundo, elementos sem os quais não seria possível elaborarmos a descrição das referidas instituições.

5.1 As instituições de longa permanência do município de Passo Fundo

Antes de apresentarmos a caracterização e descrição das ILPIs de Passo Fundo, faz-se necessário tecer alguns comentários a respeito das mesmas. Quando da defesa do projeto de Tese, em novembro de 2005, o município contava com quatorze (14) Instituições, que variavam em sua organização, estruturação e formas de manutenção, número de idosos, tipos de atendimento.

No entanto, passados três (03) anos, observa-se que a configuração das ILPIs é outra. Essa nova estruturação se deve a um processo iniciado ainda em 2004, por interferência do Ministério Público Estadual – MPE. A interferência do órgão público, através de inquéritos civis, foi necessária no sentido de organizar e melhorar o serviço prestado, uma vez que, através das inspeções da vigilância sanitária e do MPE, uma série de irregularidades e problemas foram constatados.

No intuito de conhecermos as mudanças, problemas e irregularidades encontradas nas ILPIs do município buscamos contatar a Promotoria Pública. O Promotor responsável concedeu entrevista e, com base nas informações repassadas, o texto abaixo foi construído.

Entre as irregularidades encontradas, está a permanência, no mesmo espaço, de indivíduos com menos de 60 anos e outros com mais de 60 anos. Além disso, foram encontrados indivíduos demenciados ou com outros distúrbios

mentais convivendo no mesmo espaço em que os sem problemas mentais. De acordo com a legislação atual o atendimento destes deve ser feito em Instituição Terapêutica especializada.

Outra irregularidade encontrada diz respeito ao abrigamento de idosos não oriundos do município residindo nas Instituições, fato que reduzia a oferta de vagas para aqueles que eram originários de Passo Fundo.

Quanto aos problemas observados, o primeiro e mais facilmente observado foi o não cumprimento das normas estabelecidas pela Portaria nº 810 (22 de setembro de 1989 – Ministério da Saúde). Cabe ressaltar que a Portaria dispõe sobre as normas de funcionamento de casas de repouso, clínicas geriátricas e outras instituições de atendimento ao idoso. Muitas das Instituições não estavam devidamente adaptadas às normas, em relação as suas instalações, com problemas de espaço, distância entre leitos, número de idosos por dormitório, banheiros e chuveiros inadequados e insuficientes. Foram encontrados, também, problemas em relação ao armazenamento de alimentos e falta de medicamentos.

Outro agravante foi em relação aos profissionais que atuavam nas ILPIs. Muitos não eram qualificados e a rotatividade entre estes era muito grande. Além disso, as equipes de trabalho não eram multiprofissionais e a maioria dos profissionais exigidos pela Portaria não faziam parte do quadro de funcionários.

Após as visitas de inspeção, os proprietários e responsáveis pelas Instituições foram convocados pelo MPE a fim de discutir alternativas de reestruturação destas, a fim de evitar seu fechamento. Cada responsável assinou um documento, nominado “Termo de Ajustamento de Conduta – TAC³⁶”, onde se responsabilizavam por, num prazo determinado, atender as normas básicas estabelecidas pela Portaria, bem como realizar as adequações a fim de resolver os demais problemas detectados.

³⁶ O Termo de Ajustamento de Conduta – TAC é um título executivo extra-judicial, sendo que, caso o mesmo não seja cumprido poderá ser executado, havendo a previsão de fixação de multa ou interdição do estabelecimento asilar e/ou entidade.

Houve o bom senso de não se exigir das mesmas o cumprimento total às exigências do documento, uma vez que isso poderia representar o fechamento prematuro dos espaços. A opção foi definir o que era realmente possível de ser organizado no tempo estabelecido. As instituições ficaram cientes que findo o prazo seriam novamente inspecionadas a fim de se verificar se as alterações haviam sido concretizadas.

Das quinze ILPIs existentes em Passo Fundo, neste período, uma não assinou o TAC, argumentando que atendia às exigências da legislação e que estava em constante busca de oferecer o serviço adequado aos idosos. Entre as quatorze restantes, uma não conseguiu cumprir o ajustamento de conduta e fechou, encerrando suas atividades.

Nesse processo, houve, também, a opção de duas das Instituições em se transformarem em “Residenciais Terapêuticos” como o MPE convencionou chamar. Essas instituições passaram a atender apenas indivíduos com problemas mentais. Isso provocou uma troca de idosos entre as Instituições e a devolução de outros para seus municípios de origem.

Entre as onze ILPIs restantes, duas optaram por também criar residenciais terapêuticos, estes funcionando num local diverso, as quais, ao seu tempo, também assinaram o TAC. Após todo esse processo surgiram, no município, outras duas ILPIs, sendo que uma delas já passou pelo processo de ajustamento de conduta e a outra, destinada a atender um público de alto poder aquisitivo, ainda não assinou o documento. Com isso, Passo Fundo passou a ter cinco residenciais terapêuticos e treze ILPIs.

A medida adotada pelo MPE foi relevante no sentido de que as Instituições buscaram melhorar e qualificar seus serviços, mesmo que ainda distante do ideal e preconizado pela legislação. Uma das principais dificuldades ainda hoje se refere à qualificação e composição das equipes de trabalho, já que a manutenção de um quadro com médicos, fisioterapeutas, psicólogos, terapeutas ocupacionais, enfermeiros, entre outros, é onerosa e os recursos financeiros disponíveis nessas Instituições são reduzidos.

Outro elemento importante a destacar, em relação as ILPIs de Passo Fundo, diz respeito à atuação do município, através de suas secretarias, em relação as mesmas. O que pode ser observado é que esta existe, porém é insuficiente, fato que é consenso até mesmo entre os membros do poder executivo. Sendo assim, com o intuito de ampliar e qualificar a atuação, o MPE, enquanto catalizador das demandas sociais e indutor de políticas públicas, vem fomentando o aperfeiçoamento da rede social de atendimento ao idoso.

Para tanto, a manutenção e reestruturação do Conselho Municipal do Idoso – COMUI é um dos aspectos que vem sendo trabalhado. Outro deles diz respeito à atuação da SEMCAS, que, através da CATI, estabeleceu uma sistemática de atendimento aos idosos em violação de direitos ou em situação de risco. O atendimento conta, também, com o apoio do MPE, que orienta e acompanha as demandas surgidas. Cabe destacar que existem hoje no município cerca de 5000 idosos em situação de risco, que desconhecem ou não tem acesso à rede. Esse dado, somado ao fato de que os procedimentos ou intervenções que demandam a articulação com outros setores da via pública são morosos, vem fazendo com que a resolução dos casos encaminhados não venha ocorrendo num tempo aceitável.

Além disso, outra medida adotada foi a estruturação de uma cartilha da rede social de atendimento ao idoso, documento este onde estão cadastradas todas as instituições que, de alguma forma, prestam algum serviço a esta população. O documento foi apresentado em Audiência Pública promovida pelo MPE em março de 2008.

Por outro lado, numa tentativa de auxiliar o trabalho desenvolvido pela SEMCAS no atendimento aos idosos desassistidos, a Universidade de Passo Fundo – UPF, através de sua Vice-Reitoria de Extensão e Assuntos Comunitários – VREAC desenvolveu, em parceria com a CATI, o projeto “Resgate da Cidadania e Direitos dos Idosos”. O projeto, que foi batizado de “Balcão do Idoso”, numa alusão ao já existente Balcão do Consumidor, foi submetido a um Edital de financiamento de projetos na área de assistência social do Ministério Público Federal, sendo contemplado com recursos federais para a aquisição de materiais e equipamentos para o seu funcionamento. O referido projeto passará a funcionar

ainda no primeiro semestre de 2009 e será uma outra porta de entrada da rede social de atendimento aos mais velhos, uma vez que, inicialmente, contará com a prestação de serviços nas áreas de direito, serviço social e psicologia, além de estar articulado com os demais serviços da rede. As demandas recebidas passarão por um processo de triagem e após repassadas aos setores ou órgãos competentes. O Balcão do Idoso se responsabilizará, ainda, pelo acompanhamento e monitoramento dos casos encaminhados até sua resolução.

Além disso, no sentido de auxiliar ou ainda fomentar a qualificação de profissionais para atuação nas Instituições, a UPF, com apoio do Conselho Municipal do Idoso – COMUI e do MPE, vem oferecendo, desde 2007, o Curso de Formação e Capacitação de Cuidadores de Idosos Dependentes.

Na seqüência, passaremos a descrever as ILPIs existentes atualmente no município de Passo Fundo, onde nos deteremos às onze ILPIs mais antigas, uma vez que as outras duas mais recentes, ainda não estão totalmente estruturadas. A descrição das ILPIs existentes em 2005 e que foram estudadas para a construção do projeto de Tese se encontram em anexo (Apêndice E).

1. ILPI Violeta

A ILPI Violeta localiza-se no Centro do município de Passo Fundo e atende atualmente 14 idosos, sendo três (03) do sexo masculino e onze (11) do sexo feminino. A faixa etária dos institucionalizados varia entre 60 e 96 anos. Em relação ao nível de dependência dos mesmos, apenas uma das idosas atendidas requer cuidados constantes e especializados, uma vez que possui Mal de Alzheimer num estágio já avançado, o que faz com que sua memória e cognição já estejam comprometidos. Entre os idosos residentes, participaram do estudo oito sujeitos.

A ILPI conta com cinco funcionários regulares em seu quadro, a saber:

- três (03) técnicas de enfermagem, sendo que uma delas atua das 7h às 14h, diariamente, com folgas uma vez por semana. As outras duas técnicas trabalham no período noturno, alternando entre si as noites de trabalho. O horário cumprido pelas mesmas é das 18h às 7h.

- uma enfermeira, que atua como responsável técnica da ILPI. A mesma exerce suas funções das 14h às 18h, cumprindo 20h semanais.
- uma cozinheira, que cumpre 40 horas semanais.

Além dos funcionários regulares, a ILPI conta com uma auxiliar de serviços gerais, que atua na mesma três vezes por semana, período no qual é feita uma higienização mais profunda na instituição.

Em relação aos demais elementos da equipe multidisciplinar a instituição conta com uma nutricionista, que elabora os cardápios de acordo com as necessidades dos idosos, sendo que a mesma atua 8 horas mensais. Conta, ainda, com uma fisioterapeuta, que desenvolve suas funções de acordo com as necessidades dos idosos. O serviço desta é pago pelos familiares. A médica que auxiliava e fazia a parte preventiva afastou-se da instituição sendo que a mesma está em vias de contratar outro profissional para substituí-la. Em caso de emergência, os idosos são levados ao Hospital da Cidade, que mantém um serviço de emergência 24h, além de se localizar próximo da instituição.

Quanto aos medicamentos utilizados pelos institucionalizados, na sua maioria são fornecidos pelos familiares, uma vez que são poucos os medicamentos disponibilizados pela Farmácia Básica do Sistema Único de Saúde. Alguns dos idosos possuem Plano de Saúde, o que facilita o atendimento médico especializado.

Quanto à estrutura da ILPI, os quartos são duplos, triplos ou individuais, dependendo das necessidades dos idosos e do quanto a família pode dispor para mantê-lo. Os quartos individuais possuem banheiros, e os demais dormitórios são atendidos por um banheiro feminino e outro masculino. Há uma sala da administração, uma pequena enfermaria, lavanderia, uma cozinha ampla e uma sala de estar ampla e iluminada, onde os idosos passam a maior parte do tempo, geralmente assistindo TV.

A responsável pela ILPI não permitiu registros fotográficos da instituição.

2. ILPI Amor Perfeito

A ILPI Amor Perfeito também se localiza no Centro da cidade de Passo Fundo, próximo a um dos grandes hospitais. As instalações são novas, uma vez que a ILPI foi inaugurada em 2007. Uma parte da ILPI, onde se localizam os quartos individuais foi concluída no final de 2008, sendo que a mesma foi projetada para abrigar idosos. Anteriormente a Instituição funcionava em um espaço modesto.

No momento em que o estudo foi realizado a Instituição contava com vinte (20) indivíduos, apesar de ter capacidade para abrigar mais. Destes, treze (13) são do sexo masculino e sete (07) do sexo feminino. Esse dado nos chamou muito atenção pois, a realidade na maioria das ILPIs é da presença maior idosos do sexo feminino, o que a literatura convencionou chamar de feminização da velhice. A faixa etária varia entre 60 e 96 anos, sendo que um dos residentes possui 43 anos e reside na Instituição depois de uma ação civil, onde a Promotoria liberou que a mesma fosse sua tutora. Este senhor apresenta deficiência mental, além de não possuir família que possa lhe suportar.

Quanto às condições dos internos, seis deles possuem Mal de Alzheimer, cinco são dependentes e quase não saem dos seus quartos, uma está em cadeira de rodas e apresenta um quadro senil, duas idosas não conseguem se expressar de forma coerente e a comunicação com elas é difícil. Cinco deles, no entanto, apresentam uma boa memória e são bastante lúcidos. Foram estes os sujeitos que participaram do estudo, sendo três homens e duas mulheres.

Quanto à estrutura física, a Instituição possui uma pequena recepção, com sofás e cadeiras, nas quais os idosos sentam-se para observar o movimento da rua. Na parte externa há um passeio com piso antiderrapante, ladeado por barras de apoio. Há uma sala de enfermagem e outra onde funciona a parte administrativa e estão arquivados os documentos dos internos. A cozinha é pequena, mas bem equipada. O refeitório não é muito amplo, mas comporta o número de idosos. Há uma sala de estar ampla, com TV, que tem várias portas a fim de facilitar o acesso dos idosos que ficam na ala de dormitórios duplos e triplos

e dos que ficam em dormitórios individuais. Há ainda uma lavanderia e uma rouparia.

Em relação à equipe de trabalho, cabe ressaltar que, em função da diminuição do número de idosos atendidos, esta também foi reduzida. Quando da realização da coleta de dados, esta era composta por:

- uma enfermeira, atuando 20h semanais.
- quatro técnicos de enfermagem, dois do sexo masculino e dois do sexo feminino. Os técnicos cumprem 6h diárias, uma vez que o trabalho foi estruturado em quatro turnos. Nos finais de semana é feita uma escala, que segue um sistema de rodízio.
- quatro auxiliares de serviços gerais, que se revezam entre cozinha, limpeza e lavanderia. As auxiliares também ajudam na higiene e alimentação dos idosos.

Há, ainda, um médico que presta atendimento sempre que solicitado, uma fisioterapeuta subsidiada pelos familiares, além da nutricionista, que elabora os cardápios de acordo com as diferentes necessidades nutricionais dos internos. A mesma atua 8h/mensais.

As fotos mostrando os diferentes espaços da ILPI constam em anexo no estudo.

3. ILPI Rosa

Em função das dificuldades da proprietária em adequar a ILPI às solicitações constantes no processo de adequação, para registro da mesma junto ao MPE e Prefeitura Municipal de Passo Fundo, a instituição não participou do estudo. A mesma tinha prazo até o dia trinta de abril para se adequar a fim de que continuasse prestando serviço aos mais velhos, porém não conseguiu atender o prazo estipulado. Um novo prazo foi dado à ILPI, sendo que este se encerrou no dia oito de maio. De acordo com a Audiência realizada junto ao MPE, no dia seis de maio a instituição ainda não havia conseguido colocar em prática todas as solicitações.

Cabe ressaltar que esta ILPI foi investigada pelos pesquisadores ainda na elaboração do projeto de tese e desde lá vem apresentando problemas, que vão

desde a infraestrutura como a qualidade dos serviços prestados pelos funcionários, uma vez que a rotatividade destes é muito grande.

As fotos que anexamos ao estudo são ainda da investigação para o projeto de tese. Ressaltamos que de lá para cá, no que tange ao espaço físico e infraestrutura, nenhuma mudança se fez.

4. ILPI Cravo

A ILPI Cravo se localiza nas proximidades da ILPI Antúrio e se caracteriza por também ser uma das mais antigas do município. Inicialmente surgiu para atender idosos carentes e sem família, sendo mantida pela Sociedade Beneficente São Vicente de Paula.

Tem capacidade para atender cinqüenta idosos, mas no momento do estudo possuía 43 internos, sendo quatorze (14) do sexo masculino e vinte e nove (29) do sexo feminino. Suas idades variavam entre 60 e 102 anos. Entre os residentes do sexo masculino, três (03) deles tinham idade inferior a 60 anos (dois com 58 anos e um com 59 anos) e lá residem por decisão judicial uma vez que não possuem familiares que os suportem.

Em relação ao nível de dependência dos idosos, pudemos observar que seis (06) deles possuem sequelas de Acidente Vascular Cerebral, o que os tornou dependentes para as atividades básicas da vida diária; cinco (05) possuem Mal de Alzheimer em estágio avançado; treze (13) possuem quadros de demência senil; e dezoito (18) apresentam uma boa memória e lucidez. Destes, participaram do estudo oito idosos (08), sendo três (03) do sexo masculino e cinco (05) do sexo feminino, uma vez que foram os que manifestaram vontade para participar das entrevistas.

Quanto à equipe de trabalho, esta é composta por:

- uma enfermeira, que atua como responsável técnica.
- seis técnicos de enfermagem. Dois atuando no período da manhã (6h), dois no período da tarde (6h) e dois à noite, em turnos de 10h, intercalando entre si, uma noite sim, uma noite não.

- dez auxiliares de serviços gerais, um deles atuando a noite, a fim de auxiliar no atendimento aos idosos.
- uma cozinheira.
- uma assistente social.
- uma nutricionista.
- uma médica geriatra.

A ILPI conta, ainda, com acadêmicos dos cursos de Fisioterapia, Enfermagem e Odontologia que, sob a supervisão dos professores das disciplinas de estágio obrigatório, prestam serviço junto aos idosos.

Quanto à estrutura física, o terreno onde a instituição se localiza é amplo e as instalações foram pensadas para o atendimento aos idosos independentes pois o prédio antigo foi demolido para que o atual fosse construído. Os corredores contam com piso antiderrapante, barras de apoio lateral. Os dormitórios comportam de três a cinco leitos e são amplos e bem arejados. Os banheiros foram separados por gênero e permitem que o banho e a utilização dos sanitários seja concomitante. O refeitório é amplo, assim como a sala de convivência, que possui vários estofados e cadeiras, bem como uma TV. A cozinha é ampla e possui uma despensa. A lavanderia também é ampla e fica próxima da rouparia. Há uma sala para atendimento dos familiares, além do espaço da administração, gabinete odontológico, sala para fisioterapia e enfermaria. Apesar das instalações serem simples, há organização e asseio. Percebe-se um clima de camaradagem entre os internos.

A ILPI conta também com o convênio de atendimento de emergência SOS UNIMED.

As fotos mostrando os diferentes espaços da ILPI constam em anexo no estudo.

5. ILPI Bromélia

A ILPI Bromélia se localiza no centro da cidade de Passo Fundo, num local próximo a escolas e hospitais. Suas instalações são imponentes e conta com um sistema de segurança e vigilância 24h. Está instalada em uma casa ampla e que

foi reformada para atender as necessidades dos idosos. Tem capacidade para atender cinquenta (50) idosos e no período em que o estudo foi realizado contava com quarenta e oito (48) internos, sendo trinta e cinco (35) do sexo feminino e treze (13) do sexo masculino. A faixa etária dos mesmos variava entre 60 e 98 anos e um dos internos tinha 56 anos e estava na instituição por ordem judicial.

Esta ILPI se difere das demais por oferecer serviços diferenciados aos seus internos, pois além da internação convencional (como a oferecida pelas demais instituições pesquisadas) oferece hospedagem, tratamento geriátrico e tratamento psicológico.

Quanto às condições dos idosos, cinco deles eram totalmente dependentes e necessitavam de cuidados constantes. Quinze deles possuíam Mal de Alzheimer, nos seus diferentes estágios. Dez apresentavam quadros de demência senil e tinham sua memória já comprometida. Dez estavam internados por problemas psicológicos e tendiam a ficar em seus quartos, não interagindo com os demais idosos. Oito deles se encontravam lúcidos e com boa memória, sendo que destes, apenas quatro se dispuseram a participar das entrevistas.

Em relação à estrutura física, tivemos acesso apenas as áreas administrativa e de convivência coletiva. Ambos os setores eram amplos, bem iluminados e ricamente decorados. Não foi permitido que fizéssemos registro dos espaços visitados, sendo assim, não há fotos do local.

Em relação à equipe de trabalho, esta é composta por:

- um psiquiatra.
- duas psicólogas.
- uma educadora física.
- uma assistente social.
- um médico.
- uma nutricionista.
- uma enfermeira, responsável técnica pela ILPI.
- uma enfermeira.
- quatro técnicos de enfermagem que atuam a noite, em turnos de 12h, dois por noite (noite sim, noite não).

- três técnicos de enfermagem que atuam no período do dia, em turnos de 6h.
- duas cozinheiras.
- duas auxiliares de serviços gerais.

A faixa etária da equipe de trabalho varia entre 20 e 47 anos, sendo que doze (12) dos trabalhadores são do sexo feminino e oito (08) são do sexo masculino. De acordo com o proprietário, a rotatividade de funcionários é pequena e geralmente se dá entre os funcionários que executam tarefas menos qualificadas, como serviços gerais.

A instituição é ainda conveniada com serviços de atendimento de emergência.

6. ILPI Orquídea

A ILPI Orquídea se localiza cerca de 6 Km da sede do município, nas proximidades de uma das estradas estaduais que dá acesso ao mesmo. Sua estrutura é composta de dois prédios, um destinado ao tratamento de idosos com problemas mentais e outro destinado aos idosos. Para fins do estudo, trabalhamos apenas com a parte que atende os idosos. No período em que realizamos nosso estudo a instituição atendia dezenove (19) idosos, sendo quatro (04) do sexo masculino e quinze (15) do sexo feminino, com idades que variavam entre 64 e 99 anos.

Entre os internos, quatro deles possuem Mal de Alzheimer em estágio avançado, sendo que dois deles já não se alimentam mais sozinhos. Dez apresentam demência senil, o que acaba por comprometer sua memória e seus processos cognitivos. Cinco idosos – um homem e quatro mulheres, por outro lado, são bastante lúcidos, sendo que estes foram entrevistados para o estudo.

Em relação à equipe de trabalho, esta é composta por:

- duas técnicas de enfermagem, uma atuando à noite, em um turno de 12h (noite sim, noite não) e a outra atuando no período do dia, fazendo um turno de 8h.
- três cuidadoras, duas atuando durante o dia, em turnos de 8h e uma a noite, em um turno de 12h (noite sim, noite não).

- uma enfermeira e uma cuidadora, que atuam nos finais de semana, intercalando entre si as escalas de trabalho.
- uma cozinheira.
- uma auxiliar de serviços gerais.
- um médico, clínico geral.
- fisioterapeuta, esta contratada pelos familiares dos idosos que necessitam de seus serviços.
- uma assistente social.
- uma nutricionista, que atua como responsável técnica da ILPI.

A faixa etária dos cuidadores varia entre 23 e 45 anos e atuam na ILPI a cerca de 2 anos, o que demonstra baixa rotatividade entre os funcionários.

Quanto à estrutura física, a ILPI conta com um terreno amplo, porém com poucas árvores ao redor, o que faz com que não tenha muita sombra. Isso faz com que os idosos utilizem a área externa apenas quando o calor não é excessivo. O prédio é relativamente novo, e está em bom estado de conservação. As instalações são simples, e os dormitórios acomodam dois, três e até quatro idosos. Não há um padrão em relação ao mobiliário. Alguns dormitórios possuem TVs e outros não. Esses aparelhos em geral são fornecidos pelas famílias. Os dormitórios se abrem para uma sala de estar, com TV, cadeiras e estofados, onde os idosos passam boa parte do tempo livre. Há dois banheiros, ambos adaptados, sendo um destinado aos homens e outro às mulheres. O refeitório não é muito grande, mas, comporta o número de idosos atendidos. A cozinha é pequena e possui uma despensa, onde são estocados os alimentos e demais produtos. Há uma rouparia, que se localiza ao lado da lavanderia. Há uma área coberta nos fundos, onde se estende roupa e onde alguns idosos gostam de ficar sentados. O pátio nos fundos da ILPI é amplo e existem alguns animais de estimação. Na parte externa, entre os dois prédios, há uma outra dependência, onde se localiza o setor administrativo e uma pequena enfermaria.

As fotos mostrando os diferentes espaços da ILPI constam em anexo no estudo.

7. ILPI Margarida

A ILPI Margarida localiza-se no mesmo bairro que a ILPI Jasmim, numa casa ampla e adaptada para comportar o atendimento aos idosos. Por se tratar de um negócio familiar, onde mãe e filhos se revezam no acompanhamento dos idosos, o ambiente é caloroso e agradável. No momento do estudo, a Instituição contava com dezesseis internos, sendo quatro homens e doze mulheres. Além dos residentes, existem mais três idosos que vem passar o dia na ILPI. Chegam por volta das 7h, uma vez que os proprietários da mesma os buscam em casa.

Uma vez na Instituição, fazem a higiene, são alimentados, medicados e envolvem-se nas atividades propostas. Por volta das 18h são levados de volta às suas residências. Destes, dois são do sexo masculino, ambos com Alzheimer e uma do sexo feminino, que em função da amputação das pernas requer um cuidado mais especializado. As idades variam entre 55 e 99 anos, sendo que os que possuem menos de 60 anos – em número de quatro, já residiam na Instituição antes da reestruturação proposta pelo MPE.

Essas quatro pessoas, todas do sexo feminino, apresentam problemas mentais e são dependentes, apenas uma delas consegue se locomover pelo espaço da Instituição, ainda que de cadeira de rodas. Duas idosas apresentam deficiência física e um comprometimento cognitivo. Oito idosos apresentam Alzheimer, em níveis variados, oscilando momentos de consciência com momentos de confusão e perturbação mental ou total ausência. Entre os residentes, apenas duas idosas fizeram parte do estudo e a idosa que vem passar o dia também foi entrevistada, uma vez que manifestou vontade em participar.

Como já salientamos, a casa foi adaptada para os idosos. Há uma sala de estar ampla, com TV, conjugada com uma sala íntima. Os quartos variam quanto à capacidade, dois ou três leitos. Há um banheiro masculino e um feminino. A cozinha é ampla e fica ao lado do refeitório. Ao lado deste há um espaço que os idosos utilizam para tomar sol. O espaço onde fica a churrasqueira foi ampliado e coberto, tornando-se uma área de convivência. Como o terreno é amplo, foi construída uma área onde os idosos realizam caminhadas, conjugada a uma área com gramado e horta. Há ainda uma lavanderia, rouparia, uma despensa e um

pequeno apartamento, onde os proprietários permanecem quando pernoitam na Instituição. Há animais de estimação como pássaros e um pato.

Em relação à equipe de trabalho, esta é distribuída da seguinte forma:

- uma enfermeira (uma das proprietárias da ILPI).
- uma técnica de enfermagem, que trabalha no período da noite.
- uma técnica de enfermagem, que trabalha durante o dia.
- duas cuidadoras, que se revezam no atendimento aos idosos e nas tarefas da Instituição.
- uma cozinheira.
- um cuidador (um dos proprietários, que faz também o transporte dos idosos, auxilia na elaboração do almoço, compras, reparos).
- uma administradora (também proprietária).

Há, ainda, uma médica que, sempre que necessário, presta serviço na Instituição, além da nutricionista que faz 8h/mensais e da fisioterapeuta, serviço esse terceirizado e subsidiado pelas famílias. A Instituição é conveniada junto a um serviço de emergência, que sempre que chamado fornece atendimento imediato. Em uma das visitas a ILPI pudemos acompanhar o atendimento destes à um idoso que havia enfartado.

Entre os funcionários que fazem o cuidado direto, apenas uma das cuidadoras não tinha experiência anterior, além de não possuir curso na área. No total, seis profissionais foram capacitados em cursos de cuidadores de idosos.

As fotos mostrando os diferentes espaços da ILPI constam em anexo no estudo.

8. ILPI Antúrio

A ILPI Antúrio localiza-se em um bairro de classe média, em uma região próxima do Centro do município de Passo Fundo. A Instituição é mantida pela Sociedade Beneficente Lucas Araújo, sendo dirigida por religiosas da Ordem Franciscana e atendia, no momento da pesquisa, 65 indivíduos, sendo vinte quatro (24) do sexo masculino e quarenta e uma (41) do sexo feminino.

A faixa etária dos institucionalizados varia entre 55 e 110 anos. Os institucionalizados com menos de 60 anos (em número de quatro) vivem na ILPI uma vez que já residiam na mesma antes da reestruturação proposta pelo MPE. A Instituição conseguiu uma autorização judicial para permanecer com sua tutela. Além disso, os institucionalizados em questão não possuem família que possa lhes assistir, além de possuírem deficiência mental.

A Instituição possui dois prédios, um com capacidade para 45 idosos e outro com capacidade para 40 idosos. O prédio menor, que fica na parte de trás do terreno, é destinado aos idosos mais dependentes, seja com problemas mentais, sequelas de AVC, Alzheimer, entre outros problemas e contava com trinta e cinco internos. Possui dormitórios com acomodações para até três pessoas e cada um deles possui banheiro, sendo o mesmo adaptado. Possui também uma sala de estar, uma pequena cozinha, rouparia, lavanderia. Todas as dependências são adaptadas com barras de apoio, rampas, piso antiderrapante. O mesmo é interligado ao outro prédio, por meio de um corredor amplo e iluminado com luz natural, onde existem sofás e cadeiras que são utilizadas pelos idosos entre as refeições.

O prédio maior, que fica na parte frontal do terreno, conta com uma estrutura ampla, que conta com sala de reuniões, capela, refeitório, cozinha, rouparia, solário, secretaria e setor administrativo, sala para recepção dos familiares, enfermaria, gabinete odontológico, sala de fisioterapia, sala de atendimentos, sala de atividades, sala da coordenação, além dos dormitórios das religiosas. Existe ainda uma ampla sala de estar, com TV e muitos estofados, onde são realizados eventos, como apresentações artísticas, aniversários, etc. É neste espaço que os idosos passam a maior parte de seu tempo livre. Os dormitórios também possuem acomodações para até três pessoas e possuem banheiros adaptados. Os corredores possuem piso antiderrapante e barras de apoio. Nesse espaço, no momento da realização do estudo, residiam trinta indivíduos.

Em relação ao nível de dependência dos mesmos, trinta e cinco idosos requeriam cuidados constantes e especializados. Do grupo restante, apenas cinco

eram independentes e não apresentavam comprometimento cognitivo ou de memória. Estes foram os idosos que participaram do estudo, através das entrevistas. Os demais idosos deste grupo apresentavam algum tipo de dependência, fosse para a realização das atividades da vida diária ou, ainda, possuíam alguns quadros senis. Com este grupo em especial a comunicação é muito difícil, já que alguns não ouvem e outros já não conseguem falar.

As religiosas que atuam na Instituição estão sempre presentes, auxiliando em diferentes tarefas e demonstram muito afeto para com os internos. O relacionamento entre estes é amigável e o ambiente é limpo e agradável. As visitas que fizemos na Instituição sempre foram realizadas na parte da manhã, e apesar de ser um período bastante agitado e de muito trabalho, não foi possível observar falta de higiene, maus tratos ou negligência por parte da equipe. Conversamos com alguns familiares de internos e os mesmos relataram a mesma impressão.

Em relação aos funcionários, o quadro é composto trinta e oito (38) indivíduos, sendo seis (06) do sexo masculino e trinta e dois (32) do sexo feminino, divididos em:

- duas auxiliares de enfermagem.
- sete técnicos de enfermagem, sendo três homens e quatro mulheres.
- uma enfermeira, que atua como responsável técnica da ILPI.
- dois auxiliares de serviços gerais, que atuam no pátio e jardins da ILPI.
- dezenove auxiliares de serviços gerais, que atuam nas funções de limpeza, lavanderia, cozinha.
- uma assistente social.
- uma coordenadora, auxiliada por três auxiliares – todas elas religiosas.
- uma secretária.
- um auxiliar de secretaria.

A faixa etária dos funcionários varia entre 20 e 65 anos, sendo que a funcionária contratada mais recentemente atua na Instituição há onze meses e a funcionária mais antiga atua há quase vinte anos. De acordo a responsável, não há muita rotatividade entre os funcionários, sendo que esta geralmente ocorre

entre os funcionários que cumprem os turnos da noite. De toda a equipe apenas uma funcionária relatou ter feito um curso específico para cuidar de idosos.

A equipe responsável pelo cuidado direto aos idosos é estruturada da seguinte forma: a enfermeira cumpre 6 horas diárias, das 12h às 18h. Os técnicos são distribuídos em três turnos, atuando três na parte da manhã, dois na parte da tarde e três na parte da noite, sendo que em cada turno há sempre a presença de um técnico do sexo masculino, o que facilita o trabalho já que a Instituição atende um número significativo de homens. As equipes se revezam nos finais de semana e sempre há um técnico que faz plantão de 12 horas, sendo que a escala funciona em sistema de rodízio. Nos plantões de 12 horas há, também, a presença de um auxiliar de serviços gerais.

Em caso de emergência, os idosos são levados aos hospitais do município ou recorrem aos Centros de Atendimento Integrado de Saúde – CAIS, a fim de receberem atendimento médico.

As fotos mostrando os diferentes espaços da ILPI constam em anexo no estudo.

9. ILPI Jasmim

A ILPI Jasmim localiza-se num bairro afastado do Centro da cidade. Originalmente as residências em torno da Instituição eram simples e os moradores de renda baixa. Porém, com o avanço demográfico, a região hoje conta com moradores das classes média e alta.

A Instituição é mantida, parcialmente, pela Igreja Metodista e é uma das mais antigas do município. Caracteriza-se por atender apenas indivíduos do sexo feminino e no período do estudo possuía vinte e seis (26) idosas, com idades entre 70 e 91 anos.

De acordo com a responsável, a Instituição recebe muitas doações da comunidade, além de servir de espaço para prestação de serviços comunitários. As senhoras da Igreja Metodista também realizam trabalhos voluntários.

Quanto à sua estrutura física, os quartos são amplos e possuem capacidade para até três idosas. Em uma das alas os quartos possuem banheiro e

na outra os banheiros são de uso coletivo. Todos eles são adaptados. Os corredores são amplos e bem iluminados, com barras de apoio. Possui uma pequena enfermaria, uma rouparia, recepção, sala da coordenação, cozinha, refeitório amplo, sala de estar e de TV. Como o terreno é amplo, foi construída uma pista de concreto, com barras de apoio e bancos ao redor, onde as idosas tomam sol e descansam. Há também um pomar e uma horta.

Em relação às idosas, cinco possuem Alzheimer, cinco são dependentes, seis apresentam problemas mentais, três não falam e sete delas estão lúcidas e com boa memória, sendo que estas participaram do estudo, a partir das entrevistas.

Já em relação à equipe de trabalho, esta é bastante reduzida e é composta por:

- uma enfermeira, que atua 6h/dia.
- quatro técnicas de enfermagem, sendo que uma atua na parte da manhã, 6h/dia; outra na parte da tarde, também 6h/dia; e duas que fazem plantões de 12 horas, no período da noite, revezando entre si (noite sim, noite não). Os plantões nos finais de semana são feitos através do sistema de rodízio.
- duas auxiliares de serviços gerais, que atuam na limpeza e lavanderia.
- uma cozinheira.

A idade das mesmas varia entre 24 e 45 anos. A rotatividade entre os funcionários é grande, sendo que duas delas estão na Instituição há apenas 4 meses. As cuidadoras que estão na Instituição há mais tempo, atuam a pelo menos 2 anos. Nenhuma das cuidadoras relatou ter experiência anterior no cuidado com idosos, além de não ter tido nenhum treinamento prévio.

Em caso de emergência, os idosos são encaminhados aos hospitais da cidade. Algumas idosas possuem convênio com um serviço de emergência, que presta serviço imediato e se necessário encaminha para o hospital. Aquelas idosas que recebem suporte financeiro da família contam também com atendimento fisioterápico, que é terceirizado. Os medicamentos são fornecidos pela família ou pela Farmácia Básica do SUS. Algumas das idosas tomam medicações controladas que só são fornecidas através de processos civis.

As fotos mostrando os diferentes espaços da ILPI constam em anexo no estudo.

10. ILPI Girassol

A ILPI Girassol se localiza num bairro afastado do Centro da cidade de Passo Fundo, onde a maioria das famílias que ali reside são de classe média baixa. Suas instalações são simples e estiveram em reforma para ampliação a pouco tempo.

No momento do estudo contava com vinte e dois (22) idosos, sendo onze (11) do sexo masculino e onze (11) do sexo feminino, com idades variando entre 60 e 95 anos. Em relação às condições dos idosos, foi possível constatar que dois deles possuem Mal de Alzheimer, num estágio já avançado; dois idosos apresentam demência severa, apesar de caminharem e executarem outras atividades da vida diária normalmente; três deles tiveram Acidente Vascular Cerebral e ficaram com seqüelas quanto à fala e locomoção; uma idosa possui Síndrome de Down; sete idosos apresentam sintomas de demência senil; e sete deles apresentam-se lúcidos e com boa memória, sendo que foram os que participaram do estudo.

Em relação à equipe de trabalho, esta é composta por:

- cinco técnicos de enfermagem, sendo dois do sexo masculino e três do sexo feminino. Três deles atuam durante o dia, em turnos de 6h e dois atuam no turno da noite, em turnos de 12h, noite sim, noite não. A ILPI procura estruturar o atendimento de forma que no turno da noite e no turno da manhã ou tarde (dependendo da escala) tenha sempre um técnico do sexo masculino, pois como possuem idosos com alto nível de dependência o uso da força se faz necessário.
- uma cozinheira.
- uma auxiliar de serviços gerais, responsável pela sanificação.
- uma assistente social.
- uma nutricionista.
- um médico cardiologista, que assina como responsável técnico da ILPI.

A faixa etária da equipe de trabalho varia entre 28 e 39 anos e o cuidador que há mais tempo trabalha na ILPI atua na mesma há quatro anos, enquanto o que atua há menos tempo, trabalha a pelo menos um ano.

Em relação à estrutura da instituição, esta possui um pequeno pátio em frente, onde os idosos costumam tomar sol. Logo na entrada há um espaço amplo, o que possivelmente era, anteriormente, uma garagem. Nas vezes em que fomos fazer as visitas e observações encontramos os idosos sentados neste espaço, onde conversavam ou simplesmente ficavam sentados, esperando o tempo passar. Há também um pequeno escritório, que foi construído a pouco tempo. O refeitório é amplo, onde também estão dispostos sofás e uma TV. Os quartos variam quanto ao tamanho, sendo que nos maiores havia até quatro camas. Os quartos menores oferecem acomodações para dois idosos. Há também uma pequena cozinha, uma despensa, lavanderia e uma rouparia. Quanto aos banheiros, estes são em número de dois, um para os homens e outro para as mulheres. Ambos são adaptados. Não foram instaladas barras de apoio nos corredores, mas o proprietário assegurou que já providenciou as mesmas. Como já mencionamos anteriormente, as instalações são simples e se percebe no refeitório e em alguns dormitórios um forte cheiro de urina. O pátio atrás da instituição ainda possui material de construção, uma vez que as obras de ampliação ainda não estão concluídas.

A ILPI conta também com o convênio de atendimento de emergência SOS UNIMED.

As fotos mostrando os diferentes espaços da ILPI constam em anexo no estudo.

11. ILPI Tulipa

A ILPI Tulipa não foi incluída no estudo uma vez que tentamos várias vezes estabelecer contato com os proprietários, explicando os objetivos do estudo e a importância da discussão em torno do cuidado. Contudo, os responsáveis alegaram que não era do interesse deles participar deste tipo de estudo, uma vez que os idosos por eles atendidos são extremamente dependentes, já que os

internos apresentam problemas de saúde crônicos como, Mal de Alzheimer em estágio avançado; idosos com sonda nasogástrica; idosos em estágio vegetativo; idosos com sequelas de Acidente Vascular Cerebral, entre outros problemas. Tentamos argumentar que a participação dos cuidadores seria interessante, uma vez que o cuidado realizado na ILPI é especializado, mas, mesmo assim, não obtivemos permissão para realizar o estudo.

5.2 Algumas considerações sobre a realidade das instituições de longa permanência do município de Passo Fundo

Ao olharmos para as ILPIs do município de Passo Fundo, observamos que as mesmas surgiram a partir de iniciativas de instituições religiosas ou, ainda, de particulares, já que o município não tem como dever – ou obrigação – a criação desse tipo de instituição. Essas instituições surgem da demanda de atender uma necessidade social, mas, também, se revertem numa fonte de renda para seus proprietários. Muitos justificam a criação da ILPI por ser uma forma de ter um rendimento aliado ao fato de gostar de cuidar de pessoas idosas. De fato, em ambos os casos, acabam por prestar um serviço à sociedade, já que acolhem e cuidam de indivíduos que estão privados do cuidado familiar.

Um aspecto que descaracteriza essas instituições, é que muitas acabam por receber também internos com sérios problemas crônicos o que, por força de lei, deveria ser tratado em outro tipo de instituição. Isso acaba trazendo um problema maior para a Instituição, pois seus custos de manutenção aumentam e a necessidade de uma equipe multiprofissional que funcione de maneira concreta se torna ainda mais premente.

Outro aspecto importante a destacar é em relação aos serviços que essas ILPIs prestam. Via de regra, esses se limitam ao atendimento das necessidades básicas – alimentação, higiene, repouso -, administração de medicamentos e alguns outros cuidados específicos, de acordo com algumas necessidades individuais. Quanto a outras atividades, principalmente de cunho recreativo ou de integração, essas são limitadas, sendo as mais comuns assistir televisão, ouvir

rádio, leituras, orações, missas, celebrações eucarísticas, além de atividades físicas e/ou manuais, geralmente orientadas por voluntários.

Como se destacou anteriormente, são poucas as instituições que contam com alguma ajuda de outra instituição – religiosa ou governamental. A grande maioria sobrevive com os pagamentos dos próprios usuários, que utilizam os recursos da aposentadoria ou dos benefícios repassados pelo SUS, ou, ainda, de pagamentos praticados por filhos ou outros familiares. Aqueles idosos que dispõem de melhores condições financeiras, se dirigem para as ILPIs que oferecem serviços especializados e individualizados. Geograficamente, estas instituições localizam-se em regiões mais nobres do município, enquanto que as demais se encontram em bairros mais afastados do centro da cidade. Observa-se, ainda, que a institucionalização é marcadamente feminina, o que confirma a feminilização da velhice.

Contudo, apesar das diferenças notadas no perfil de cada uma das ILPIs, podemos notar que muitas das queixas dos idosos são comuns e se baseiam principalmente na dificuldade de aceitação de um outro lar que não o seu, já que, como salienta Cortelleti et al (2004), nessa troca de meio e de mundo, onde as perdas se impõem, os laços afetivos também sofrem uma forte ruptura por conta do grupo de pessoas, que é outro e novo, vivendo em um espaço físico diferente.

Já em relação aos cuidadores que lá desempenham suas funções de cuidado, observa-se uma elevada rotatividade entre os mesmos e, em conversas informais, estes por vezes colocam que caso surja uma outra oportunidade profissional sem nenhum constrangimento se demitiriam da Instituição, pois o cuidar de idosos é, nas suas palavras, desgastante e pouco compensador. Estes ainda relatam que se tivessem mais conhecimento sobre o universo do envelhecimento, se as práticas fossem melhor discutidas e implementadas, haveria uma possibilidade maior de se sentirem confortáveis no desempenhar de suas funções.

Sendo assim, muito ainda precisa ser visto e apreendido a respeito do cuidado na esfera das ILPIs do município de Passo Fundo e, principalmente, como esse se processa na percepção dos idosos que lá vivem e dos cuidadores que

atuam nessas instituições, já que esses são os sujeitos que se pretende daqui para a frente estudar. Conhecer sua história de vida, suas idéias, possibilidades, certamente será muito importante para a construção do trabalho que temos pela frente e que toda essa reflexão nos provocou.

6. ASPECTOS TEÓRICO-METODOLÓGICOS DO ESTUDO

Nosso trabalho caracterizou-se por ser um estudo de caso, de natureza dialética e qualitativa. A escolha pelo estudo de caso se deve pela sua relevância quanto à natureza qualitativa e quanto à abrangência da unidade, complexidade e determinação dos suportes teóricos que serviram de base para o pesquisador desenvolver seu trabalho. Concordamos com Triviños (1987, p. 133), quando este diz que o estudo de caso “é uma categoria de pesquisa cujo objeto é uma unidade que se analisa profundamente”.

Além disso, quando pensamos num estudo de caso, devemos lembrar que nosso objetivo é buscar generalidades e não generalizações, pois nosso desejo não é formular uma lei ou uma verdade absoluta, mas, sim, apresentar resultados que poderão, ou não, ser aceitos pelos pesquisadores da área. Nesse caso, como destaca Molina (1999, p.97), “o estudo de caso deve pretender construir um saber em torno de uma particularidade, portanto, o seu propósito não deve representar o mundo, mas representar o caso”.

Em relação à natureza dialética, conforme reiteramos anteriormente, a mesma serviu de suporte teórico para que pudéssemos conhecer, descrever nosso fenômeno, a partir de sua origem e desenvolvimento, para depois interpretá-lo e analisá-lo.

Quanto à natureza qualitativa, essa opção se deve ao fato de que a mesma, para o marxismo pode ser vista como o “estudo das propriedades dos fenômenos materiais [...] que podem ser descritas e medidas, onde, porém, a descrição

qualitativa das propriedades é fundamental, e secundária ou auxiliar o aspecto quantitativo” (TRIVIÑOS, 2005). Sendo assim, a fim de estudar as propriedades do nosso fenômeno a natureza qualitativa foi predominante sem esquecer, por outro lado, da natureza quantitativa, apesar da mesma ser apenas auxiliar, já que “as categorias de quantidade e qualidade estão correlacionadas, isto é, uma não pode existir sem a outra” (TRIVIÑOS, 2005, p.06).

Para a coleta de dados de nossa pesquisa utilizamos instrumentos que sigam a natureza qualitativa, e que possam ser alterados no decorrer da pesquisa face às mudanças que, por ventura, possam ocorrer. Utilizamos-nos, ainda, da observação semi-dirigida, da entrevista semi-estruturada e do diário de campo.

Quanto à observação semi-dirigida, lembramos Triviños (2005, p.28), quando esse salienta que “observar não é simplesmente olhar [...]. Observar é abstrair de um conjunto de fenômenos, um ou vários fenômenos para assinalar suas características, em detalhe, separadamente da totalidade desse pequeno mundo que se oferece aos olhos das pessoas”. Para tanto, o autor faz uma tentativa de definir o que é a observação semi-dirigida:

é uma técnica da pesquisa qualitativa constituída por um conjunto básico de aspectos que interessa ao observador descobrir se estão presentes no desenvolvimento da aula observada [...]. Também na observação semi-dirigida, o observador destacará não só os aspectos que estão presentes ou não na aula e que foram previamente selecionados, mas, ao mesmo tempo, aqueles traços da aula não previstos e que são importantes para o observador (TRIVIÑOS, 2005, p.30).

No caso de nossa pesquisa, por não se tratar de uma investigação do universo da sala de aula, a observação foi realizada no interior das instituições, em visitas semanais às mesmas, a fim de que os idosos e cuidadores se familiarizassem com a pesquisadora, além de observarmos o cotidiano das instituições, as relações que se constroem, e como se construíam os processos do cuidado, na relação cuidador-cuidado.

Em relação à entrevista, Triviños (2005, p.16) destaca que ela “representa uma espécie de interação social entre um sujeito, o pesquisador, e um

entrevistado ou um grupo de entrevistados”, sendo que através dessa interação, o pesquisador consegue coletar as informações para a realização de seu estudo. A modalidade de entrevista a ser empregada num estudo é determinada de acordo com a fundamentação teórica que irá orientar o trabalho do pesquisador. Para a realização do nosso estudo, optamos, conforme já destacamos, pela entrevista semi-estruturada, já que acreditamos que era a que melhor se enquadrava para o tipo de investigação que desejávamos realizar.

Oyarzabal (2004) destaca, ainda, que a entrevista semi-estruturada é aquela que parte de alguns questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses, que interessam ao pesquisador. Porém, não podemos deixar de levar em conta a participação do entrevistado no processo de obtenção das informações desejadas, fazendo com que a flexibilidade seja uma das principais características da entrevista. Para tanto,

o pesquisador, imbuído do referencial teórico e dos objetivos que embasam sua investigação, parte de um roteiro básico pré-elaborado, e, no momento da entrevista, de acordo com o diálogo que se estabelece com o entrevistado, tem uma certa flexibilidade para fazer algum desvio, seja para um maior esclarecimento, seja para um aprofundamento, seja para adentrar em algum ponto que pode ser importante ao tema proposto, mas que anteriormente não foi pensado pelo pesquisador (OYARZABAL, 2004, s/p).

Destacamos, ainda, que as entrevistas foram gravadas, com a devida permissão dos entrevistados e, posteriormente transcritas, a fim de se realizar a análise de seu conteúdo.

Quanto aos sujeitos que foram investigados, estes foram divididos em duas categorias: idosos residentes e funcionários das ILPIs. Em relação aos idosos, conforme já citamos anteriormente, Passo Fundo hoje conta com cerca de 18.000 indivíduos acima dos 60 anos, ou seja, a população idosa do município perfaz mais de 8% da população total. Desses, em torno de 300 vivem nas onze (11) Instituições de Longa Permanência para Idosos – ILPIs do município de Passo Fundo/RS selecionadas para o estudo. Para fins deste, foram entrevistados

cinquenta e dois (52) idosos, sendo quarenta e dois (42) do sexo feminino e dez (10) do sexo masculino.

Em relação aos funcionários, no momento em que realizamos nosso estudo atuavam nas ILPIs do município de Passo Fundo um total de cento e sete (107) cuidadores, divididos entre enfermeiros, técnicos de enfermagem, atendentes de enfermagem, cuidadores e auxiliares de serviços gerais. A amostra se constituiu de quarenta e dois (42) indivíduos, que atendiam aos seguintes critérios de inclusão: realizar cuidados diretos de qualquer natureza ou complexidade com os idosos institucionalizados, pertencer a uma das diversas categorias citadas anteriormente, ou a outra categoria profissional ou ocupacional, após assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (em anexo). A amostra foi definida após o contato com a população a ser estudada e chegamos ao número de quarenta e dois indivíduos uma vez que os profissionais que atuavam à noite ou que possuíam uma carga horária muito reduzida no espaço da Instituição nem sempre eram encontrados para a realização das observações e das entrevistas.

Já em relação aos auxiliares de serviços gerais, alguns deles chegaram a ser entrevistados, mas acabaram não sendo incluídos na amostra uma vez que nem sempre conseguíamos ter acesso aos mesmos pois estes necessitavam interromper suas tarefas ou, ainda, os responsáveis pelas instituições não viam com “bons olhos” sua participação em um estudo acadêmico.

Quanto ao número de participantes do estudo por ILPI estudada, as informações referentes a este aspecto constam no subcapítulo 5.1, onde descrevemos o universo das instituições estudadas e os idosos e cuidadores investigados.

7. Discutindo os dados encontrados: a compreensão do fenômeno

Para o estudo foram entrevistados cinqüenta e dois (52) idosos, sendo dez (10) homens e quarenta e duas (42) mulheres, com idades entre 60 e 92 anos.

Em relação aos cuidadores, participaram quarenta e dois (42) sujeitos pertencentes as seguintes situações funcionais: seis (06) enfermeiros (todos do sexo feminino); vinte e oito (28) técnicos de enfermagem (oito do sexo masculino e vinte do sexo feminino); dois (02) auxiliares de enfermagem (do sexo feminino); e seis (06) cuidadores (cinco do sexo feminino e um do sexo masculino). Como se pode observar em outros estudos, os profissionais estudados, predominantemente, pertencem ao sexo feminino, sendo trinta e três (33) mulheres e apenas nove (09) homens, com idades entre 20 e 65 anos. A maioria encontrava-se na faixa etária entre 25 e 39 anos.

Em relação à escolaridade, seis (06) dos sujeitos referiram não haver completado o antigo primeiro grau, nesse perfil se enquadraram os cuidadores, enquanto que dois (02) possuíam oito anos de escolaridade, correspondendo ao antigo primeiro grau completo, nesse caso, os auxiliares de enfermagem. Já vinte e oito (28) sujeitos referiram ter completado o curso técnico em enfermagem e seis (06) possuem ensino superior em Enfermagem.

Entre os trabalhadores estudados, as categorias profissionais ficaram assim distribuídas: auxiliares de enfermagem (02); técnicos de enfermagem (28); cuidadores (06); enfermeiros (06). As categorias serviços gerais e cozinheiras, apesar de terem sido entrevistadas, foram eliminadas do estudo.

Em relação à capacitação para a função a ser exercida na ILPI, uma grande proporção de sujeitos (23) relatou nunca ter feito um curso específico que os capacitasse a cuidar de idosos.

Quanto ao tempo de experiência na assistência aos idosos, o tempo médio ficou entre um e dois anos. Quando questionados sobre os motivos pelos quais trabalhavam na assistência aos idosos, o desemprego e a relação afetiva com os idosos foram os mais citados.

Dentre os estudados, nove (09) sujeitos referiram algum tipo de experiência anterior com idosos, na sua vida familiar ou pessoal, sendo que consideravam este aspecto como significativo no trato com aqueles que estavam sob seus cuidados.

Um dado interessante em relação aos achados do estudo é em relação ao predomínio dos trabalhadores do sexo feminino, fato que vem ao encontro da literatura sobre a crescente inserção da mulher no mercado de trabalho, marcadamente a partir da segunda metade do século XX, motivada, principalmente, pela deterioração dos salários reais o que acabou por impelir a mulher a participar do orçamento da família; bem como a crescente participação das mulheres em espaços públicos.

Em relação à qualificação dos trabalhadores que prestavam os cuidados nas ILPIs estudadas, os resultados acabaram por se mostrar de acordo com a literatura a respeito e com outros estudos sobre a mesma temática realizados por outros pesquisadores. Os estudos existentes no Brasil têm mostrado que a situação atual é de praticamente total falta de qualificação para o atendimento adequado ao idoso, seja em âmbito domiciliar, hospitalar ou institucional. Cabe ressaltar que, mesmo que os cursos em nível técnico ou superior incluam conhecimentos sobre o envelhecimento humano e o cuidado em seus currículos, esses nem sempre estão presentes na prática profissional dos trabalhadores provenientes destes.

Já em relação aos cursos de formação, ou ainda de capacitação que atendem um público mais diversificado, oriundos da educação básica ou, ainda, superior, a realidade também parece não estar muito distante, já que a relação

entre o conhecimento teórico e o prático nem sempre ocorre na medida desejada. Isso se deve, por vezes, pelo pouco tempo de duração destes cursos, ou, ainda, pela dificuldade de oferecer espaços de atuação para que os envolvidos possam refletir sobre o conhecimento adquirido e sua aplicação prática, analisando suas possibilidades, finalidades e limitações. Talvez seja com base nessas informações preciosas, oriundas daqueles que estão em processo de capacitação, que a estrutura dos cursos ofertados possa ser reorganizada de forma a atender as reais necessidades desses futuros trabalhadores.

Quanto ao restante das questões da entrevista, utilizadas com o intuito de compreender o fenômeno em estudo foi possível, a partir das respostas obtidas, elencar cinco categorias de análise, as quais passaremos a discutir a seguir.

Categoria de Análise 1 – O significado do cuidado

Como já se destacou anteriormente, o cuidado, de acordo com o Manual de Gerontologia (2004), é o ato ou tarefa de zelar pelo bem-estar de alguém, prestando-lhe assistência, assumindo a responsabilidade e os encargos inerentes a esse caso. Seguindo a mesma linha de pensamento, o Dicionário Luft (2000, p.208) define cuidado como “cautela, precaução; atenção no fazer alguma coisa; preocupação”.

Assim, podemos perceber que quem se dispõe a realizar o cuidado deve estar preocupado, principal e inevitavelmente, com o bem-estar do outro e tudo aquilo que envolve esse bem-estar, seja em relação aos seus ônus, obrigações como também em relação às recompensas e possibilidades que esta tarefa traz, pois, uma vez que a assistência, a preocupação e a responsabilidade estão envolvidas, a atenção naquilo que se faz torna-se fundamental.

Já de acordo com Nardi (2007), cuidado significa, ainda, desvelo, solicitude, diligência, zelo, atenção, bom trato, o que faz com que o ato de cuidar possa ser entendido como uma atitude constante de ocupação, preocupação, envolvimento, ternura para com o semelhante, de forma a zelar pelo bem estar de alguém, prestar assistência, assumir responsabilidades.

Amparados nas definições da literatura sobre o cuidado, buscamos respostas para essa definição também junto aos sujeitos do estudo. Em relação aos idosos estudados, muitos deles não conseguiram estabelecer uma definição para o verbete em questão, remetendo suas respostas aos sentimentos que o mesmo lhes sugere. Na seqüência apresentamos algumas possíveis definições:

Cuidado é fazer as coisas com amor. Tem umas moças que cuidam da gente, ouvem nossas histórias e parecem que não tem pressa de ir embora. Parece que elas gostam da gente de verdade e mostram preocupação se a gente comeu, se tem dor... outras não, estão sempre com pressa. (Idosa 08)

Cuidado é querer que o outro se sinta bem, se sinta protegido. (Idoso 04)

Os idosos mencionaram, também, suas percepções em relação ao cuidado. A partir destas percepções, é possível analisar que, apesar da dificuldade em conceituar o que é o cuidado, a sua função, o seu significado é compreendido pelos idosos usuários deste cuidado. Suas sensações em relação a esse e sua avaliação são facilmente observáveis nas suas falas:

Sinto-me cuidado quando estou perto daqueles que gosto. É como se eles me protegessem, estivessem atentos ao que eu preciso. (Idoso 01)

Sei que estou sendo cuidada quando as pessoas demonstram interesse por mim e pelas coisas pelas quais estou passando ou precisando. Às vezes não me sinto cuidada, principalmente quando preciso de atenção e elas me ignoram, ou acham que estou fazendo manha. (Idosa 28)

É uma coisa boa ser cuidada, me sinto atendida, olhada, protegida. Mas nem sempre me sinto assim. Às vezes, parece que as moças não me enxergam, é como se a gente não estivesse ali, sentada, deitada. Coitadinhas... elas trabalham muito. (Idosa 13)

Já quando deslocamos o foco para os outros sujeitos do estudo, podemos perceber que estes possuem uma maior clareza sobre o cuidado. Em um estudo sobre esta temática realizado por Waldow (1998, p.23) junto aos enfermeiros, estes definiram cuidado como “resultado de cuidar; ações de assistir/cuidar;

atitudes morais; interação; empatia; oportunizar o crescimento; ajuda; deliberação”.

No mesmo trabalho, os participantes da pesquisa apresentaram diferentes conceitos para os verbetes “cuidado” e “cuidar”, sendo que as concepções de cuidar foram “amar; acarinhar; empatia; ajuda; proteção; interação; processo de enfermagem; ação de assistir”.

O mesmo dicionário citado acima (LUFT, 2000, p.208) apresenta como conceito de cuidar a idéia de “ter desvelo ou zelo por; tomar conta de, tratar; ter cuidado consigo mesmo”.

Apesar de, como mencionamos anteriormente, os idosos estudados terem apresentado dificuldades em estabelecer conceitos para o que seria cuidado, uma das idosas entrevistadas expressou uma diferenciação entre os termos, o que, apesar de não se aproximar dos conceitos formulados pelos profissionais da enfermagem, também nos permite visualizar o cuidado em suas diferentes dimensões.

Tem diferença entre cuidar e ser cuidado. Cuidar é quando você faz uma coisa pelo outro e cuidado é quando o que você faz pelo outro volta para ti, é quando você recebe algo em troca pelo que fez, mesmo que você não estivesse esperando. (Idosa 17)

Já em relação aos trabalhadores – aqui identificados como cuidadores – podemos observar que as definições apresentadas também se aproximam da idéia do significado do cuidado:

Cuidar é proteger... é estar atento ao outro, suas necessidades, dificuldades. É ser capaz de fazer pelo outro. (Cuidador 12)

Cuidado é quando tu recebe atenção, é quando te olham e te enxergam. As vezes elas fazem as coisas como se a gente não fosse gente, como se a gente fosse um boneco, sem sentimento. (Cuidador 15)

É fazer o bem, proteger, isso é cuidado. É ser capaz de ver o que a pessoa precisa. (Cuidador 19)

É tratar bem, se preocupar com o outro, com seu bem-estar. É ter carinho pela pessoa que está sob nosso cuidado. (Cuidador 24)

Alguns cuidadores apresentaram um outro significado para o cuidado, aproximando este à esfera da aprendizagem, ou seja, o cuidado surge como uma possibilidade de aprendizado, de algo que se constrói ao longo da vida, numa perspectiva de educação permanente.

Aprendemos a cuidar muito pelo exemplo. Quando nos sentimos cuidados estamos também aprendendo a fazer o cuidado. Ou seja, a forma como cuidamos tem a ver com a forma que fomos cuidados. (Cuidador 03)

Cuidar é uma coisa que envolve muito conhecimento. A gente precisa saber um pouco de tudo, mas, principalmente saber da natureza humana, o que as pessoas trazem no seu íntimo. A relação entre as pessoas é fundamental para fazer o cuidado acontecer. (Cuidador 07).

Com isso, faz-se necessário ressaltar que o cuidado não se restringe simplesmente ao ato de prestar alguma ação ou atenção para alguém. O cuidado acontece a partir da própria existência como ser humano, já que este remonta a história da humanidade. Além disso, é a partir dessa consciência, que se tem a oportunidade de conhecer as próprias possibilidades, dentro do contexto de vida e isso só é possível pelo aprendizado que cada um de nós constrói ao longo de nossa existência.

Categoria de Análise 2 – Atividades e dificuldades do cuidado

Nessa categoria pretendemos discutir o que, implícita ou explicitamente, os sujeitos manifestam em relação às atividades e dificuldades que enfrentam na tarefa de cuidar e, ainda, qual a percepção que os mais velhos possuem do cuidado recebido. Essa discussão se faz importante uma vez que, em nosso entendimento, estas percepções estão fundamentadas nos conhecimentos construídos e desconstruídos pelos sujeitos, no seu processo de desenvolvimento.

No que se refere às atividades do cuidado, os sujeitos mencionaram que estas se baseiam em tarefas simples e rotineiras, diretamente relacionadas aos aspectos de manutenção da vida, tais como: dar banho; vestir; mobilizar; transportar; transferir; alimentar; cuidar ou auxiliar na higiene pessoal (escovar dentes, pentear cabelo, cortar unhas, etc); administrar medicação.

Isso nos permite observar que através das atividades desenvolvidas no processo de cuidar, o cuidador busca prover, manter e sustentar a vida do idoso, e para alcançar tal objetivo “promove tanto os cuidados de manutenção como os de reparação da vida, ou seja, aqueles em que sua realização visa a manter a vida cotidiana e aqueles que estão centrados na doença, respectivamente” (ANDRADE; RODRIGUES apud NARDI, 2007, p.65).

Já Collière (apud NARDI, 2007), ao definir os cuidados de manutenção, refere-se àqueles que são desenvolvidos no cotidiano, cuja principal finalidade é sustentar a vida, estando, com isso, relacionados com a necessidade de nutrição, hidratação, higiene, calor, luminosidade ou de natureza afetiva. O autor salienta que esses tipos de cuidados estão fundamentados em costumes, valores e crenças de cada cuidador, ou seja, aquele conhecimento prévio que este traz.

As percepções em relação aos cuidados de manutenção estão presentes nas falas dos cuidadores, quando estes mencionam:

Eu começo meu dia dando banho neles, depois o café e converso com eles. Depois do almoço, limpo a casa, dobro as roupas, dou o café da tarde, organizo as coisas, dou os remédios e coloco alguns para dormir. Antes de ir embora ajudo a trocar alguns e acomodar aqueles que estão agitados. (Cuidador 26)

Não é tarefa fácil, mas nem tão difícil, basta termos paciência e amor pela pessoa que cuidamos. Temos que ter o cuidado para não nos envolver com os problemas das pessoas que cuidamos, temos que ser fortes, e não nos deixar abater, enfrentar de frente, ter muita fé em Deus [...] Um dos idosos que cuido tem vários problemas de saúde. Ela tem 97 anos e tem glicose alta, hipertensão e toma vários remédios. Cuidar dela, em especial, tem sido para mim, uma grande experiência, embora dê um pouco de trabalho. Ela usa fralda, faço toda sua higiene pessoal logo que ela acorda. Ela usa cadeira de rodas para se locomover. Nas refeições eu ajudo a tomar o café, com canudinho. O almoço ela consegue comer com as próprias mãos. (Cuidador 11)

Já em relação aos cuidados de reparação, Collière (apud NARDI, 2007, p.66) pondera que estes se inserem naqueles tipos de cuidados que visam à reparação ou ao tratamento da doença. Argumenta que esses cuidados são somados aos cuidados habituais ou de manutenção para assegurar a continuidade da vida quando esta se depara com obstáculos.

Para os cuidadores, os cuidados de reparação também estão presentes:

Eu tenho uma boa saúde e estou de bem com a vida. Mas sempre preciso estar bem, mesmo quando aparecem situações que a gente não quer ver ninguém na nossa frente. Para mim as noites são bem variáveis, conforme como eles (os idosos) passam o dia ou quem cuidou deles. Tem dias que eles estão bem calmos, mas também tem dias que eles estão bem agitados, que você tem vontade de virar as costas e ir embora, daí precisa ter muita calma e paciência e ver o que aconteceu durante o dia com eles para poder fazer algo por eles. Daí tem que dar para eles o remédio que se chama amor. (Cuidador 22)

Entretanto, apesar dessa diferenciação entre as atividades do cuidado, é possível observar uma maior predominância de atividades diretamente relacionadas à incapacidade funcional dos idosos assistidos, ou seja, incapacidade de realizar Atividades da Vida Diária – AVDs ou Atividades Básicas da Vida Diária – ABVDs. De acordo com Nardi (2007), esses problemas comprometem a capacidade de movimento, e além de representarem riscos aos cuidadores, podem causar sobrecarga para quem cuida.

Tem dias que a correria é tanta, eles estão tão agitados, que o dia passa voando. Limpa um, veste o outro, dali a pouco tem que dar a medicação, um não quer tomar o remédio, daí tem que pedir ajuda pros colegas para ver se ele engoliu tudo. Outro se recusa a comer, diz que está enjoado do cardápio, que os dentes não ajudam. Daí você senta do lado, com paciência, e vai dando a comida devagarinho, na boca, esperando ele mastigar... quando vê teu serviço está todo atrasado. (Cuidador 02)

Assim como no estudo de Nardi (2007), observou-se que os cuidadores necessitavam realizar várias tarefas relacionadas às atividades básicas da vida diária para o idoso, variando das mais simples às mais complexas. Vale destacar

que as atividades como banho e transporte exigem do cuidador um esforço físico constante, e a medicação, certo grau de escolaridade.

Sabe, eu não estudei muito. Me criei no interior e lá não tinha muita oportunidade. Daí casei e vim para a cidade. Cheguei aqui e fiz um curso de auxiliar de enfermagem. Sei que essa profissão não existe mais, mas como já estava velha não quis fazer o técnico, tinha vergonha de voltar a estudar. Então, me aposentei e vim trabalhar aqui (na ILPI). Tem dias que saio acabada, tem uns idosos que são muito pesados e já não se ajudam mais. A gente tem que tirar eles da cama no “muque”. Para dar banho é mais difícil, tu acaba tomando banho junto, parece que uns tem medo d’água. Com os remédios é mais fácil. A experiência do hospital me ajuda a conhecer os remédios e fazer o controle direitinho. Sabe, assim fica difícil os mais sabidos me enganarem que tomaram o remédio. (Cuidador 10)

Um dado importante na pesquisa de Nardi (2007) e que também foi encontrado em nosso estudo, é o fato de que alguns cuidadores estudados encontram-se em processo de envelhecimento, apresentando baixa escolaridade e que, além de cuidar, executavam tarefas domésticas em seu cotidiano, comprometendo a qualidade do cuidado prestado, bem como a sua saúde.

Cattani e Girardon-Perlinni (apud NARDI, 2007, p.67) alertam que:

o cuidar de alguém com dependência requer o desenvolvimento de atividades que envolvem esforço físico, além de procedimentos que exigem concentração e planejamento, acarretando, com o passar do tempo, características estressantes da atividade de cuidar e desgaste físico e emocional dos cuidadores.

Já em relação às dificuldades do cuidado, essas dizem respeito, principalmente, ao aspecto da dependência, uma vez que a mesma é um grande limitador, pois à medida que se envelhece os graus de dependência tendem a aumentar e incapacitar os mais velhos. Paralelamente a esta idéia está presente o fato de que na mesma proporção em que aumenta a dependência aumenta a dedicação e a necessidade de conhecimento do cuidador.

Tem algumas doenças, como o Alzheimer, por exemplo, que a gente estuda muito rápido e nem entende direito o que é. Aí tu chega na casa (ILPI) e te depara com um idoso com a doença.

O que tu vai fazer? Como tu vai cuidar dele? No começo ficava com medo. Sorte que tinha umas colegas que sabiam um pouco mais e me ensinaram como fazer. (Cuidador 09)

Olha, eu já ouvi falar que tem um curso sobre cuidador de idoso. Aqui na casa me disseram que o curso vai sair de novo este ano e quero ver se faço. Até já pedi liberação, pois tem uma amiga que trabalha em outra casa e disse que aprendeu muita coisa, principalmente sobre as doenças, o uso dos remédios, cuidados com alimentação e sobre primeiros socorros. (Cuidador 04)

No começo eu sofria muito. Não entendia porque uns (idosos) tinham sido largados aqui. Eu ficava revoltada, comigo, com eles e com os outros... Me doía o corpo no fim do dia, eu fazia muita força para mudar eles de posição, tirar do leito, dar banho, vestir. Até que fui observando, cuidando como as outras (cuidadoras) faziam e fui aprendendo. Hoje digo com gosto que sei fazer de tudo e não me aperto mais. Pode chegar alguém aqui com um monte de complicação que eu sei como fazer... Posso não saber da teoria, mas na prática, eu me defendo. (Cuidador 17)

Um outro aspecto presente nas dificuldades do cuidado tem a ver com a constituição das equipes de trabalho e o ambiente onde o cuidado é exercido. A definição das funções e responsabilidades de cada um, o conhecimento adquirido, a formação profissional, o suporte de uma equipe multiprofissional, o atendimento às necessidades do cuidador são fundamentais para a efetivação de um atendimento de qualidade. Porém, na fala de alguns cuidadores podemos perceber o quanto a ausência desses elementos pode ser prejudicial ao bom funcionamento das Instituições.

Fazem quase quatro meses que trabalho aqui... Cheguei no dia 22 de dezembro, nunca vou esquecer, eram 16h. Me disseram que eu estava contratada e me mostraram onde deixar minhas coisas. Uma colega chegou e me disse: "as (idosas) que são desse lado do corredor são tuas, pode dar banho nelas e verificar os sinais (vitais) depois tu dá comida para elas". Eu fiquei apavorada, nunca tinha dado banho em idosos, só sabia como era banho de leito que tinha aprendido no técnico (de enfermagem). Mesmo assim, tive que dar banho em dezoito idosas. Quando fui para casa, me doía o corpo todo, parecia que tinha levado uma surra. No outro dia, cheguei para trabalhar e a colega me disse que estava tirando folga e eu ia ficar de responsável, ou seja, tinha que dar banho em todas, dar comida e tudo mais, pois era eu, a cozinheira e Deus. Tinha vontade de chorar, mas não ia fazer fiasco. No outro dia foi pior... ainda bem que não estava sozinha, a enfermeira estava lá, era véspera de Natal. As vós estavam ansiosas, iam receber

visita, sair com a família e uma delas, a que estava mais ruinzinha, não agüentou. Passou mal e partiu... foi um choque, achei que não ia me recuperar, pensei em não voltar mais lá (na ILPI), mas precisava, né? No outro dia estava lá de novo... Mas daí fui superando, aprendendo, conversando com as vós e sabendo como elas gostavam que eu cuidasse... e ainda estou aqui. Mas tive que aprender tudo sozinha, não tinha ninguém para me ajudar, me ensinar. Hoje me viro bem, olha, já são quase quatro horas (16h) e já arrumei todas elas, dei os remédios, verifiquei os sinais vitais, daqui a pouco ajudo a dar de comer e antes de fechar meu turno, às seis (18h), elas já vão estar na cama. (Cuidador 15)

Às vezes os colegas não tem paciência uns com os outros. Acho que é o stress de cuidar de tantos ao mesmo tempo. Tem vezes que a gente nem lembra da gente mesmo, esquece das próprias necessidades. No fim do dia a gente fica esgotado, tem dias que não vê a hora de ir embora. (Cuidador 27)

Eu acho que quanto mais conhecimento, competência e treinamento a gente tiver menos gente é necessário para trabalhar. Muita gente trabalhando num mesmo lugar e num mesmo turno às vezes dá confusão, principalmente se as pessoas não sabem direito o que tem que fazer ou, pior, não sabem o que estão fazendo lá. (Cuidador 05)

Faz falta um espaço, um horário para a gente conversar com os colegas sabe, pra gente trocar idéias, experiências, dificuldades. Até porque a gente não sabe tudo e numa conversa pode aprender bastante. (Cuidador 23)

Não gosto de falar disso, mas tem dias que falta condições de trabalho. Já trabalhei em outras (ILPIs) e isso também acontecia. Fiquei um tempo parada, mas precisei voltar e foi aqui que consegui emprego. Me sinto, muitas vezes, desvalorizada, desestimulada. Queria ter mais conhecimento sobre a velhice. (Cuidador 07)

Nardi (2007, p.70) aponta em seu estudo que o esforço exigido no processo do cuidado, de forma contínua, muitas vezes sem apoio e associado a outras responsabilidades, são elementos que podem provocar a deteriorização física do cuidador. A autora alerta, ainda, para o fato de que a exigência de cuidados permanentes e a falta de tempo para o cuidador dedicar-se a si mesmo trazem riscos a sua saúde mental.

Para cuidar dos outros e de mim tenho que primeiramente estar de bem comigo mesma, tenho que ter paciência para atender as necessidades da pessoa que estou cuidando e também devo gostar do que estou fazendo. (Cuidador 01)

Quando cuidamos dos outros, temos que saber que talvez não seja possível cuidarmos de nós mesmos o quanto necessitamos. Cada dia é diferente e temos que conviver com as surpresas que os dias nos apresentam. A dedicação aos outros vai desde cuidar dos familiares até os estranhos, no lugar onde trabalhamos. Com os familiares a preocupação, se é mãe com os filhos, se estão se alimentando, se andam se cuidando; se é filho com os pais que são idosos e precisam de atenção em muitos sentidos; quando estamos fora de casa e se cuidamos de outras pessoas, o dia inteiro pensamos nisso, pois dependemos disso para viver e quando paramos para pensar esquecemos de nossas necessidades. A verdade é que o cuidado com o outro nos envolve mais do que pensamos, e quando isso se torna rotina, é mais difícil de perceber que estamos nos descuidando de nós mesmos, porque para cuidar dos outros nos esquecemos de nossa própria vida e só nos damos conta quando já perdemos muito. É preciso haver um equilíbrio entre o cuidado que dispensamos aos outros e a nós, mas o ideal é que antes de cuidar dos outros, cuidemos de nós, para que o nosso cuidado ao próximo seja de boa qualidade. (Cuidador 30)

Nesse sentido, Sommerhalder (2001) destaca que cuidadores que se sentem sobrecarregados, injustiçados e acumulando funções de mãe, profissional e esposa tendem a desempenhar suas funções aquém de suas capacidades.

Por outro lado, a percepção que os cuidadores constroem do cuidado que realizam, a partir das suas atividades e necessidades, também podem ser percebidos se observarmos as percepções dos mais velhos quando estes avaliam o cuidado recebido:

Não sei se posso avaliar o cuidado que recebo, pois sempre em minha vida cuidei dos outros e agora chegou minha vez de ser cuidada. Mas acho que ele poderia ser melhor, elas (cuidadoras) deviam dar mais atenção pra gente, sei que é difícil, que elas tem muito o que fazer, mas não custa... Eu sinto falta de prozear, de jogar conversa fora, contar meus “causos” mas elas (cuidadoras) não tem paciência para escutar. (Idosa 41)

Eu não gosto quando me tratam como criança, quando não me dizem porque tenho que fazer isso ou aquilo. Não gosto quando lidam com a gente na base da força bruta... Mas gosto quando olham pra mim e me enxergam, aí sim sinto que estão me cuidando. É simples, uma

gentileza na hora de acordar, de almoçar, de vestir, de tomar banho. A gente é velho, mas tem que ser tratado com respeito. (Idosa 40)

Se o cuidado valesse nota não sei se todas elas passavam de ano. Tem umas (cuidadoras) que parece que nunca chegaram perto de um velho, parece que tem medo, nojo... a gente não morde, não é, minha filha... Se elas estudaram pra isso, por que tem medo da gente? Ou será que não sabem usar o que aprenderam? (Idoso 28)

Apesar de não terem sido questionados a respeito de quais eram as atividades e necessidades envolvidas no cuidado, os idosos investigados foram capazes de avaliar o cuidado que recebem no interior das ILPIs. Em suas falas fica evidente o que consideram ser bem cuidado. Para estes, além de terem suas necessidades mais fundamentais supridas, faz-se muito mais importante o contato, o respeito, o zelo, a atenção, o ser ouvido.

Ao nos remetermos ao significado do verbete “cuidado”, podemos observar que o que os mais velhos estão reivindicando ou, ainda, avaliando, não está distante do significado do termo em questão, uma vez que cuidar significa desvelo, solicitude, diligência, zelo, atenção, bom trato. Mesmo que estes termos não estejam presentes, explicitamente, nas falas dos idosos estudados, estes têm discernimento suficiente para apontar do que mais sentem falta ao serem cuidados e isso, mais uma vez, nos aproxima do que, de fato, significa cuidar.

Com isso, as dificuldades presentes no cuidado, tanto do ponto de vista de quem cuida, como do ponto de vista de quem é cuidado, nos fornecem “pistas” de quais seriam as necessidades para a prática de um cuidado eficiente e digno, que atenda aquilo que é mais precioso ao indivíduo: o respeito à dignidade humana.

Assim, ao objetivarmos trazer à superfície as necessidades que aqui parecem emergir, a fim de que realmente possamos promover a dignidade humana, seria de fundamental importância retomarmos o que é cuidar, não apenas no seu sentido conceitual, mas, ir além, desvelando tudo aquilo que está envolvido quando nos decidimos zelar pelo bem-estar de alguém.

Categoria de Análise 3 – Necessidades para o cuidado

Nesta categoria iremos discutir o que os cuidadores levam em conta ao cuidar dos idosos e quais os conhecimentos seriam necessários no cuidado.

Quando pensamos nas necessidades para o cuidado parece ser necessário, também, reconhecer quem são os profissionais que atuam nas ILPIs e como se constituem enquanto equipe de trabalho, já que, como ficou evidente nas falas dos cuidadores, uma equipe coesa, com objetivos e estratégias de ação definidas, é capaz de realizar um cuidado de qualidade.

Santos, Silva, Barlem e Lopes (2008) ao discutir o papel do enfermeiro na ILPI colocam que este, no universo da instituição, deveria ser o responsável por liderar e direcionar os demais trabalhadores, destacando que essa realidade ainda está longe de acontecer, talvez pelo fato de que em muitas instituições o responsável técnico não é, necessariamente, o enfermeiro.

As autoras discutem, ainda que o enfermeiro que deseja trabalhar numa ILPI deve conhecer o processo de envelhecimento, a fim de

determinar ações que possam atender integralmente as necessidades expressas e não expressas do idoso residente, tentando manter ao máximo os princípios de autonomia e independência; capacitar a equipe de enfermagem a fim de habilitá-los a executar as ações do cuidado à pessoa idosa com sensibilidade, segurança, maturidade e responsabilidade (SANTOS, SILVA, BARLEM e LOPES, 2008, p.64).

Contudo, quando analisamos as afirmações das autoras, somos levados a refletir se o conhecimento em torno do envelhecimento deve ser exclusividade tão somente do enfermeiro que atua na ILPI. Noções sobre os processos pelos quais o indivíduo passa ao envelhecer, principalmente em relação aos aspectos biológicos, psicológicos, sociológicos, são fundamentais para todos aqueles que estão envolvidos no cuidado, ou seja, todos os profissionais que precisam conhecer o universo com o qual estão lidando.

Acho que cuidar deles (idosos) é que nem cuidar de criança... eles são umas crianças grandes. Se a gente der atenção e carinho ganha eles. Tem uma das idosas aqui da casa (ILPI) que adora bala e eu sempre trago para ela daí ela se comporta direitinho e fica feliz. (Cuidador 26)

Eles são bonzinhos, a gente só tem que dar carinho. É como criança, né. Eu sempre chamo eles de vozinho, vozinha e eles ficam felizes. Só que acho que não sei muito da velhice, não fui criada com vô e vó e antes de trabalhar aqui não tinha experiência. Mas eu me sinto bem cuidando deles [...] Eu acho que quando a gente fica velho vai ficando longe, as coisas ficam diferentes, o corpo vai mudando (Cuidador 24)

A responsável pela casa (ILPI) de vez em quando traz uns textos para a gente ler... comenta algumas coisas sobre as doenças sobre a velhice. Acho isso bom, porque a gente se atualiza, aprende um pouco mais e isso ajuda na prática da gente. (Cuidador 21)

A partir da fala dos cuidadores, podemos perceber o quanto a falta de entendimento sobre o que significa envelhecer pode dificultar o trabalho junto aos mais velhos. Comparar os idosos a crianças, dispensar a eles o mesmo tipo de cuidado e atenção, além de inadequado é totalmente ineficiente, já que as necessidades, limitações e possibilidades de ambos se diferem em vários aspectos.

Por outro lado, é importante destacar que mesmo que o cuidador afirme que o idoso não deva ser tratado como criança, sua prática, necessariamente, nem sempre denota o mesmo cuidado. Isso pode ser observado na familiaridade exagerada com o idoso, nas expressões, apelidos infantilizadores, ou ainda, no uso de diminutivos no trato com este. Para muitos dos cuidadores a utilização dessas práticas está associada ao que pensam ser como os mais velhos gostam de ser tratados, ou, ainda, que é uma forma de demonstração de carinho, amor ou afeto. Com isso, mitos são construídos em relação ao idoso, como, por exemplo, sua inutilidade ou improdutividade; a dependência dos outros; a idéia de que todos são doentes ou senis, ou ainda que são conservadores e não admitem mudanças nas suas rotinas.

Essa idéia equivocada em torno do envelhecimento e seus processos dificulta a identificação das necessidades do cuidado. Isso pode ser observado na fala dos idosos, quando esses avaliam o cuidado recebido.

Acho que não cuidam direito, não. Tem uma das idosas que está sempre babando, ela tem uma doença que não consegue engolir (a saliva). Elas (cuidadoras) passam e nem olham, já acostumaram... mas às vezes ela fica toda molhada, a roupa, o sofá onde está sentada. A gente chama e elas não dão bola. Quando vêm que está demais, elas vem e brigam... como se ela tivesse culpa. (Idoso 28)

Na hora do almoço é difícil... Tem uma (idosa) que usa sonda e para dar comida tem que tem paciência senão entope. Ela (cuidadora) fica ali parada, com cara de poucos amigos, enquanto vai dando a comida. Não custa ter pena e boa vontade. (Idosa 31)

Eu sou bem cuidado. Como quase não tenho doenças, eu procuro ajudar no que posso e elas me elogiam, dizem que sou bonzinho e facilito as coisas. (Idoso 10)

Quando vão tirar ela (idosa) da cama me arrepia, parece que ela já vai cair no chão, eu nem olho. Elas (cuidadoras) dizem para mim: não se preocupe vó, a gente não vai derrubar ela. Eu fico brava, não sou vó delas. (Idosa 29)

Além disso, cuidados básicos de saúde, primeiros socorros, técnicas de mobilização e remoção do idoso, conhecimentos sobre as principais patologias que acometem os mais velhos e suas formas de tratamento, também são de suma importância.

Quando comecei a trabalhar aqui tinha só a experiência de ter ajudado a cuidar dos meus avós. Tinha medo de fazer algumas coisas, tinha medo de machucar eles (os idosos)... la tirar eles da cama e rendia as costas... Não tinha muita paciência. Com o tempo, com a prática fui aprendendo, vendo por onde podia fazer mais rápido, sem me machucar ou me cansar tanto. (Cuidador 21)

Acho que falta para a gente clareza com algumas coisas. Eu estudei, por exemplo, o que é um AVC, como é tratado, os cuidados com a recuperação... mas e o idoso que está lá na casa (ILPI) há um tempo, que não fala, quase não se mexe... eu não sou fisioterapeuta, como vou ajudar ele? O que eu tenho que fazer? É difícil juntar a teoria com a prática... Às vezes a sonda

escapa, a enfermeira já saiu e tu fica lá, tentando e ele não fala e tu não sabe se deu certo ou não. (Cuidador 15)

A partir das falas acima citadas, podemos perceber, também, o quanto o desconhecido pode ser um impeditivo para que ações adequadas sejam desenvolvidas. O medo que isso provoca parece bloquear a visão daquilo que é realmente necessário quando se trata do cuidado e as práticas adotadas, às vezes, não dão conta das necessidades. É como se a ruptura do fazer habitual e a angústia e o receio que isso provoca, impossibilitasse a busca por novas práticas.

Porém, não podemos nos esquecer de como esses conhecimentos teóricos podem ser traduzidos ou transformados em técnicas ou práticas que facilitem ou auxiliem o trabalho dos cuidadores, a fim de que estes também possam resguardar e proteger sua própria saúde.

Quase sempre quando cuidamos do outro esquecemos de nós; o papel do cuidador é de uma grande importância ao cuidado, mas se o cuidador não se lembrar que precisa cuidar também de si mesmo, ele fica no esquecimento.

Num dia normal de trabalho começo muito cedo a cuidar e muitas vezes esqueço de me cuidar, faço minha higiene rápido e começo a dar banhos, providenciar alimentação, remédios, acompanhar os outros e auxiliá-los em todas as suas necessidades. Esqueço que eu preciso de um intervalo para descanso, para me alimentar e até mesmo fazer alguns exercícios para relaxar e descansar o meu corpo.

Se eu não cuidar de mim em pouco tempo não terei condições físicas e psicológicas para ser um cuidador. Preciso cuidar de mim, relaxar, conhecer pessoas, fazer amizades, para estar sempre calma, bem humorada e transmitir isso a quem eu cuido. (Cuidador 09)

Acreditamos que se esses conhecimentos existirem entre os trabalhadores que atuam junto à pessoa idosa residente em uma ILPI, esses terão condições de “tornar esse cuidado/atendimento/assistência mais humanizado, acolhedor, avaliativo, integral, podendo contribuir para melhoria da qualidade de vida do idoso institucionalizado” (SANTOS, SILVA, BARLEM e LOPES, 2008, p.66).

Categoria de Análise 4 – O cuidar enquanto processo pedagógico

Por que relacionar o cuidado com processo pedagógico? Ele pode ser assim conceituado ou, ainda classificado? No nosso entendimento, a resposta para essas questões é afirmativa, uma vez que compartilhamos com o pensamento de Ivana Jinkings na apresentação da obra “A educação para além do capital”, de István Mészáros (2005), onde com base no pensamento do autor, esta sustenta que a educação deve ser sempre continuada, permanente, ou não é educação, ou seja, mesmo estando inserido em um universo em que, a princípio, não sugere a necessidade de práticas e processos pedagógicos a ILPI é, de fato, um espaço onde a educação continuada ou permanente precisa existir, caso contrário, corre-se o risco de repetir práticas desatualizadas ou inadequadas.

Assim, nesta categoria de análise, buscaremos discutir o cuidado enquanto um processo pedagógico, que se faz e se constrói no cotidiano das ILPIs, através dos movimentos e contradições que lá se estabelecem.

Partindo do pensamento de Mészáros (apresentação da obra “A educação para além do capital”, 2005, p.13), “educar não é a mera transferência de conhecimento, mas sim conscientização e testemunho de vida. É construir, libertar o ser humano das cadeias do determinismo neoliberal, reconhecendo que a história é um campo aberto de possibilidades”.

Com isso, a fim de que a conscientização e o testemunho de vida se construam no educar, o compartilhar saberes é de fundamental importância, uma vez que permite o ensinar e o aprender, relacionar a teoria com a prática e vice-versa.

Celich e Crossetti (2004, p.382), ao analisarem essa questão, destacam que o “compartilhar saberes não deve ser visto apenas como a troca de ensinamentos técnico-científicos, mas também como o compartilhar de valores universais, como: amor, respeito, dignidade, solidariedade, dentre outros”.

As autoras salientam, ainda, que:

Ao compartilhar saberes é preciso ter coragem de refletir [...] sobre seus próprios valores, certezas e incertezas. Promover espaços para o

compartilhar sensibilidades, criatividade, imaginação o que constrói crescimento pessoal, auto-realização e autoconhecimento, proporcionando o desvelar e a concretização do cuidado humanizado. Neste contexto, o compartilhar saber pode ser entendido como um processo de formação do ser humano, promovendo reflexões que o auxiliem na realização de um fazer mais humano, contemplando o ser em todas as suas dimensões (CELICH e CROSSETTI, 2004, p.382).

A troca, o compartilhar de saberes, conhecimentos, práticas e metodologias estão presentes no universo das ILPIs, sendo que isso aparece manifesto nas falas dos cuidadores. Chama-nos a atenção que os enfermeiros – cuja formação acadêmica contempla o universo do cuidado também enquanto educação – procuram chamar para si a responsabilidade de dinamizar o compartilhamento. Esse fato foi mencionado uma vez que a ideia do enfermeiro enquanto dinamizador e problematizador da troca e compartilhamento dos saberes e conhecimentos também está expressa na maioria dos estudos que investigam o papel do enfermeiro nas práticas do cuidado.

Acho que meu papel aqui é ajudar os outros. Tem colegas que quase não tiveram muito estudo, muito acesso ao conhecimento, então tento me aproximar, conversar, explicar como aquela tarefa poderia ser melhor realizada se ela fizesse de outra forma. No começo foi difícil, elas me olhavam atravessado. Eu era nova na equipe, mais jovem que elas, então não confiavam em mim, duvidavam do que eu dizia e tentava ensinar. Teve um dia que uma delas (cuidadoras) foi remover um idoso que quase não tinha movimentos e machucou as costas. Eu aproveitei a ocasião e mostrei uma outra forma de fazer a remoção, usando as alavancas (do corpo) e não a minha força e pedi que elas experimentassem entre elas. Apesar da desconfiança elas repetiram a técnica, daí viram que dava certo. Com isso, todas nós hoje usamos essa técnica, pois ela facilita nossa vida. (Cuidador 28)

Como responsável pela casa (ILPI) gosto de fazer umas reuniões com elas (cuidadores) de vez em quando. Nem que seja uma vez por mês. Quando dá a gente reúne a maioria, principalmente depois do almoço quando a maioria dos idosos está dormindo. As que trabalham de noite fica mais difícil, mas daí converso com elas na chegada, ou na troca das escalas. Nas reuniões a gente troca idéias, discutimos as dificuldades, pensamos em outras formas de abordar o idoso, nossa maneira de cuidar e também ouço o que elas tem a dizer... isso é bom porque são

elas que botam “a mão na massa”, que fazem o cuidado mais direto. Isso tem trazido bons resultados. (Cuidador 05)

Weil (1993), ao analisar quem deve se responsabilizar pelos processos pedagógicos de ensino-aprendizagem, assegura que todos os profissionais são educadores responsáveis pelo despertar dos valores universais na sua área específica. Isso pode ser usado para confirmar a evidência de que algumas enfermeiras que estão à frente das equipes de trabalho das ILPIs já despertaram para a importância de compartilhar seu saber com os demais colegas, a fim de estabelecer uma relação de crescimento mútuo, baseada na formação e no desenvolvimento do ser humano em seu existir, estimulando o cuidador em seus diferentes aspectos.

Ainda de acordo com os autores consultados (SANTOS, SILVA, BARLEM e LOPES, 2008), realmente seria o enfermeiro o elemento das equipes profissionais das ILPI o responsável pela educação dos indivíduos que estão sob seus cuidados, sejam os idosos ou os trabalhadores com quem mantém vínculo profissional. Além disso, a educação dos profissionais no seu ambiente de trabalho é uma estratégia fundamental para o desenvolvimento pessoal, visando à manutenção de trabalhadores qualificados, garantindo uma assistência de qualidade para os idosos institucionalizados, uma vez que a educação facilita a transformação do potencial do trabalhador em comportamentos objetivos; oferece condições para que o trabalhador interprete e utilize a realidade que o cerca; favorece o auto-desenvolvimento do trabalhador, levando-o a ter uma maior satisfação no trabalho, melhorando assim a sua produtividade.

Destacamos que a consciência da importância do papel do enfermeiro na dinamização dos processos pedagógicos na ILPI está presente na fala dos cuidadores, porém estes também mencionam como de suma importância o conhecimento construído e sistematizado diretamente com seus pares. Ao que parece, o conhecimento hierarquizado transmitido pelo enfermeiro precisa ser discutido e devidamente testado antes de ser aceito pelos demais trabalhadores.

Observamos, também, que em ILPIs que adotam a prática dos treinamentos com seus colaboradores os resultados em relação aos efeitos do cuidado tem sido mais significativos. Esses treinamentos, oferecidos, via de regra, em instituições com um número maior de idosos e trabalhadores, geralmente são organizados pelos responsáveis técnicos e contam com auxílio de indivíduos de fora da instituição, em geral, profissionais que atuam em hospitais ou vinculados aos cursos da área da saúde. Nos chama atenção que em nenhuma das ILPIs estudadas foi encontrada a presença de profissionais da área da educação.

No momento, o CREATI, em parceria com a SEMCAS e o COMUI, estuda a possibilidade de oferecer um programa de capacitação e treinamento dos cuidadores em seu próprio local de trabalho, a fim de atualizar, reestruturar e dinamizar as práticas do cuidado.

Ressaltamos, ainda, que os cuidadores, quando questionados sobre as lacunas em sua formação profissional e quais os conhecimentos deveriam ser agregados a sua formação em relação a tarefa de cuidar, apontaram a necessidade de conhecer melhor aqueles com os quais trabalham, pois relataram que o conhecimento sobre o envelhecimento é muito superficial, uma vez que não contempla todas as faces da velhice. Colocam que seria importante conhecer as dimensões biológicas mais profundamente, sem esquecer dos aspectos psicológicos, legais, sociológicos. Isso se torna relevante já que, na sua maioria, os cuidadores se dizem despreparados para lidar com questões fundamentais, como, por exemplo, a morte e o sentimento de perda. Muitos desconhecem a legislação pertinente ao idoso, não sabendo ao certo sobre o que exatamente o Estatuto do Idoso estabelece como direitos destes, e as devidas punições quando estes direitos são violados.

Outro conhecimento que estes julgam importante diz respeito a conhecimento e identificação das principais patologias que acometem os mais velhos. Segundo suas falas, as doenças são abordadas muito superficialmente, em geral é trabalhado o conceito, principais sintomas, mas não são discutidas formas de tratamento ou de diminuição dos seus efeitos. Além disso, salientam que muitos idosos apresentam várias moléstias ao mesmo tempo e que alguns

sintomas são parecidos, o que dificulta a identificação precoce das doenças, postergando as possibilidades de enfrentamento. Entre as patologias que, no dizer dos cuidadores, exigiriam uma maior compreensão estão o Câncer, o Mal de Alzheimer, o Acidente Vascular Cerebral, o Diabetes e os quadros demenciais.

Os cuidadores manifestam, também, a necessidade de dominar adequadamente as técnicas e práticas a serem aplicadas em casos de urgência, já que estes não são tão rotineiros e exigem uma intervenção rápida e eficiente, onde, um vacilo ou uma falha, podem comprometer a vida de um idoso. As técnicas mais lembradas pelos cuidadores foram quanto à reanimação cardiorespiratória, identificação de sinais vitais, movimentação e remoção no caso de quedas, entre outras. Técnicas utilizadas em outros casos que não de urgência, como banho e posicionamento no leito, exercícios físicos e aspectos ergonômicos do cuidado também foram mencionados. Assim, se levarmos em conta a manifestação dos cuidadores, podemos perceber o quanto a idéia do treinamento e da vivência prática como elementos de aprendizado está presente na sua formação profissional.

Além disso, alguns cuidadores salientaram que quando o grau de dependência do idoso é muito acentuado, a necessidade de suporte e de orientações por parte da equipe tornam-se ainda mais importantes.

Essa chefe que está aqui agora nos deixa bem mais tranquilos. Ela nos repassa as informações sem pressa, tem paciência. É bem melhor, porque tem dias que parece que a bruxa está solta e aqueles (idosos) que são mais dependentes, que ficam na cama acabam ficando meio esquecidos. Mas aí ela nos lembra deles. Ela nos ensinou umas coisas novas, principalmente uns cuidados de enfermagem que na hora do aperto são o que nos salva. (Cuidador 21)

Pelas reflexões expostas podemos refletir sobre como o processo pedagógico do cuidado se instala nas ILPIs, onde a troca de experiências, conhecimentos, percepções e técnicas faz com o grupo se forme e se transforme no próprio local de trabalho, uma vez que o desenvolvimento da equipe constitui-se num método de melhoria da qualidade dos atendimentos e na satisfação dos idosos e de seus familiares. Além disso, os cuidadores forneceram “pistas” de

quais conhecimentos julgam ser necessários a fim de que suas práticas junto aos mais velhos sejam satisfatórias e eficientes, uma vez que o domínio destes poderá permitir aos trabalhadores um nível mais elevado de satisfação profissional e pessoal e, conseqüentemente, uma melhor auto-estima e qualidade de vida.

Categoria de Análise 5 – Aprendendo a cuidar... aprendendo a ser

Até agora foi possível perceber que o significado do cuidar é uma construção, fundamentada, principalmente, no conhecimento, na sabedoria, nos valores que vão sendo agregados ao longo da formação profissional. Contudo, nem sempre os profissionais têm a possibilidade de refletir sobre o cuidado que exercem e acabam por executar sua função de forma mecânica, irrefletida.

Para Varoto (2005 p.45), a qualificação dos profissionais que atuam nas instituições geralmente é deficiente, o que acaba por comprometer a qualidade do cuidado. A autora, baseada em outros pesquisadores (PAVARINI, 1996; DUARTE, 1994; PINTO & FERRARI, 1990), salienta que mesmo naquelas dotadas de profissionais com nível superior é possível identificar, em muitos casos, uma deficiência acerca da velhice e dos processos de envelhecimento nos currículos desses profissionais e na sua formação posterior. O mesmo quadro pode ser observado quanto à formação em nível médio – técnicos e auxiliares de saúde – que, na sua maioria, recebem formação básica sobre os cuidados com a saúde, e, em se tratando da formação em gerontologia, essa é escassa.

No decorrer de nossa análise, por outro lado, em inúmeros momentos mencionamos a idéia advinda dos próprios cuidadores da necessidade de treinamentos a serem realizados pelos profissionais no interior das instituições. A fim de entender como esse treinamento seria útil quando queremos discutir o processo pedagógico do cuidado, fomos buscar auxílio na literatura a respeito.

Nesse sentido, encontramos em Moura et al (2005) a idéia de que o treinamento em serviço é uma ferramenta útil a fim de tornar os cuidadores melhor qualificados em sua função, ou seja, é uma forma de aprender novas habilidades, obter novos conhecimentos e, a partir destes, modificar comportamentos e

atitudes. Para tanto, destaca que esse treinamento deve se orientar por um planejamento que envolva métodos criativos, inovadores e atualizados, de forma a facilitar o processo ensinoaprendizagem.

Já para Nuñez e Luckesi (1980), pelo fato da ciência estar em desenvolvimento contínuo, a exigência em torno da atualização dos conhecimentos é primordial, sendo que aproveitar o espaço de trabalho para repassar conhecimentos novos consiste em uma forma prática e eficiente que, além de provocar efeitos positivos, traz resultados imediatos capazes de apresentar um bom desempenho profissional.

Chiavenato (1995) também discute a questão do treinamento, destacando que este é uma forma pela qual desenvolvemos a capacidade do trabalhador para desempenhar a função ou atividade que lhe foi confiada. O autor reforça ainda a idéia de que este se constitui em um processo educacional capaz de gerar mudanças, uma vez que é uma resposta estruturada a uma necessidade de conhecimentos, atitudes, habilidades, além de permitir a busca de soluções para os problemas que deram origem ao processo em questão.

Contudo, apesar de reconhecermos a importância de programas de treinamento dos cuidadores no seu próprio ambiente de trabalho, como forma de capacitação e formação profissional em serviço, foi possível constatar que no contexto das ILPIs essa ainda é uma prática não muito usual, fato já foi mencionado anteriormente.

Aqui na casa não tem bem assim um treinamento, o que tem é uns colegas que a gente se aproxima mais, que discute, conversa e procura ver o que os idosos precisam de verdade. Esses dias a gente tava discutindo como podia movimentar mais eles. Daí uma das colegas lembrou umas técnicas de mobilização que tinha aprendido no curso de cuidadores e nos mostrou. No começo fiquei meio cabreira, achei que daquele jeito não ia funcionar. Mas não é que ficou mais fácil de tirar eles da cama. Sabe é um jeito de mexer com eles que é rápido e não dói as costas da gente. Foi bem legal. Depois que sabia fazer direitinho a gente ensinou para as outras colegas. (Cuidador 17)

Porém, mesmo que os programas de treinamento não venham sendo desenvolvidos, foi possível observar, nas falas dos cuidadores, a satisfação de

aprender a realizar o cuidado, o quanto sentiam-se realizados, motivados quando conseguiam identificar sintomas, realizar uma transferência ou mobilização dos idosos no leito, ou, ainda, quando através de sua intervenção foram capazes de salvar uma vida.

Teve um dia, estava só eu e outra colega de plantão... e alguém nos chamou. Fomos lá no quarto das mulheres e uma delas tinha feito tudo na roupa. O cheiro era insuportável. Era uma senhora bem velhinha que já não saía da cama. Começamos a trocar a roupa, trocar a cama e dali a pouco ela deu um gemido que nos arrepiou. Quando viramos ela (idosa), ela estava ficando roxa e me deu um desespero. Eu disse para minha colega: chama a ambulância, e ela saiu correndo. No começo, foi questão de segundos, eu não sabia o que fazer, daí lembrei que a gente tinha discutido a mudança na técnica de reanimação e pensei, seja o que Deus quiser, ajeitei ela no leito e comecei a manobra, massageando o peito dela e botando ar para dentro. Quando o médico chegou ela já estava respirando. O médico disse que ela tinha enfartado e disse que se eu não tivesse agido ela podia ter morrido ali na minha frente. Nossa, como me senti orgulhosa de mim mesma, eu tinha salvado uma vida. (Cuidador 30)

A fala do cuidador acima é importante, pois, nos mostra como uma informação acerca de um conhecimento é capaz de desencadear uma ação que repercute no seu próprio desempenho. Para nós, o que permite esse desencadear é a existência de uma consciência crítica por parte do cuidador, consciência esta que possibilita escolher os caminhos possíveis na arte de cuidar.

A fim de ilustrar o quanto a consciência crítica é importante, nos remetemos a um fato ocorrido em uma de nossas visitas para a coleta de dados. Havíamos chegado alguns minutos e estávamos entrevistando a idosa que vinha à ILPI apenas para passar o dia, quando uma das cuidadoras veio rapidamente avisar que alguém estava passando mal. Como a enfermeira responsável havia saído e a técnica estava de folga, ela agiu de forma rápida, identificando os sintomas apresentados como um enfarto. Assim que comunicou à administradora, retornou para o dormitório e começou a fazer a reanimação do idoso e controlar seus sinais vitais, enquanto o serviço de emergência era chamado. Por mais que o ambiente tivesse ficado tenso, os demais idosos não foram atingidos pela tensão e continuaram a realizar as atividades com as quais estavam envolvidos. Quando os

profissionais chegaram, o idoso já estava estabilizado e eles fizeram a remoção para o hospital. Passado o susto, a cuidadora não conseguia esconder seu orgulho por ter feito, nas suas próprias palavras, “a coisa certa, eu estava no lugar certo, na hora certa”.

Os relatos dos cuidadores entrevistados, sobre situações de emergência, parecem se repetir, já que, muitas vezes, relatam casos em que as situações vivenciadas e reações ou ações adotadas se assemelham, uma vez que atuam com indivíduos dependentes, debilitados e com idade avançada, onde estão mais suscetíveis a ocorrências como as mencionadas. Essas situações são mais comuns do que muitas vezes supomos, testando constantemente as habilidades e conhecimentos daqueles que realizam o cuidado junto aos que envelhecem.

Outro aspecto de suma importância nos remeteu a idéia do aprender a cuidar. Os entrevistados, quando questionados sobre o cuidar e o cuidado, muitas vezes referiam como se esse não fosse realizado por eles próprios, a impressão era de que este era algo externo a eles mesmos. No entanto, uma fala, em especial, nos fez perceber como o aprender a cuidar é capaz de provocar o aprender a ser.

Eu concluí o curso de técnico e não sabia bem o que queria fazer da vida. Aí me ofereceram um trabalho aqui na casa (ILPI), fiquei um pouco em dúvida, mas aceitei. Quando cheguei, ficava só acompanhando de longe, parecia que não era eu que estava ali, era meu corpo, mas não era eu, sabe?! Eu olhava para dentro de mim e via os conhecimentos que tinha adquirido no curso, mas não sabia usá-los, ou melhor, não sabia quando e como por em prática. Na verdade eu tinha medo, medo de machucar, de fazer errado, de derrubar. Até que um dia me vi sozinha e tive que agir. A sensação que tive depois disso, despertou em mim uma coisa boa, diferente... parecia que tinha caído a ficha, eu vi que eu era capaz de cuidar, que o conhecimento que tinha era útil e podia fazer o bem. Aí a consciência do cuidado veio, aí pude dividir o que sabia e aprender aquilo que ainda não tinha conhecimento... fui fazer cursos, capacitações... finalmente aprendi a ser cuidador... isso faz mais de dois anos e cada dia me realizo mais. A gente sofre, principalmente quando um deles (idosos) morre, fica um buraco na gente, mas é a vida, todo dia alguém parte para que outros possam estar aqui. Acho que é isso, hoje sou uma pessoa melhor, dei um outro sentido para viver, sou cuidador e me orgulho... me fez ser diferente e querer sempre melhorar para fazer o que faço ainda melhor. (Cuidador 31)

Muitos que antes não sabiam cuidar, hoje se realizam na tarefa de cuidar do outro, uma vez que conseguiram aproximar de suas práticas a teoria que tinham aprendido. Com isso, o cuidado que antes parecia algo externo, distante daquele que o estava realizando, à medida em que é aprendido e apreendido passa a se internalizar na figura do cuidador.

Sabe, eu gosto do que faço. Sempre gostei de ajudar os outros, desde pequena. Dizia, quando era criança que queria ser doutora, para curar os outros. Depois, quando era mais velha, pensei em fazer enfermagem, mas a vida dá tantas voltas que não consegui realizar meu sonho. Hoje me contento trabalhando como cuidadora. Já fiz uns cursos, um só para aprender a cuidar de idosos, aquele lá da UPF. Aprendi muita coisa que eu não sabia, principalmente que para cuidar preciso cuidar também de mim. To até pensando em daqui uns tempos voltar a estudar, quem sabe fazer o técnico (de enfermagem). (Cuidador 13)

Além do mais, preciso atender as necessidades da pessoa que estou cuidando, tratá-la bem, conversar, dar apoio, entender que se necessita de um cuidador é porque o idoso não é mais capaz de realizar as tarefas como antes realizava. E acima de tudo sentir carinho e gostar do trabalho que está realizando, pois uma profissão só é bem sucedida quando a pessoa gosta do que faz. [...] Somos levados a pensar que o cuidado é muito importante e preciso quando realizado com amor, dedicação e bem estar próprio. (Cuidador 01)

Assim, o indivíduo aprende a cuidar e aprende a ser cuidador, num processo onde aspectos fundamentais como: saber escutar; reeducar os sentidos; superar a superficialidade; recuperar a sabedoria; restaurar a autoridade e reencantar a vida são agregados ao cotidiano.

Eu sinto esta profissão como uma missão. É uma arte, quase um dom, por servir o outro, mas exige responsabilidade, ética, capacidade, doação, disponibilidade, carinho e muito amor. Eu só aprendi isso depois de cuidar bastante do outro, se é que o que eu fazia antes era cuidar. Eu fazia as coisas de forma automática, porque sabia que tinha que fazer. Hoje, depois que aprendi realmente a cuidar, sei que tem que ser diferente. Tenho que escutar, e não apenas ouvir, sabe, entender aquilo que o idoso quer de verdade... tenho que estar atenta, enxergar não só com os olhos, mas com as mãos, com os gestos... tenho que ir além daquela “casca” que eles (idosos) criam para se defender... mas também tenho que me impor, mostrar que aquilo que estou fazendo é para o seu melhor e que realmente sei que aquilo vai lhe ajudar, fazer bem. Isso exige de mim,

que eu seja uma pessoa que saiba me cuidar, que tenha equilíbrio, alegria, muita vida e saúde, para que possa responder suas necessidades (do idoso) com segurança, tranquilidade e bem estar. Nisso o curso de cuidadores me ajudou, ele me fez refletir sobre o que eu fazia, sobre como me preparar para quando eles (idosos) se vão. O quanto o lado psicológico precisa estar trabalhado para a gente suportar. O curso, de verdade, ajudou a me tornar uma cuidadora. (Cuidador 03)

Assim, os profissionais cuidadores, quando desempenham atividades educativas em relação ao cuidado, devem ser capazes de ampliar sua práxis para além do simples repasse de informações ou técnicas, de forma a voltar-se para a estimulação dos sentidos dos indivíduos ou coletividades, percebendo os usuários do cuidado para além de suas necessidades emergentes, a fim de estabelecer relações e buscar soluções para as problemáticas surgidas.

Doll (2002, p.1485), ao refletir sobre a formação de recursos humanos em geriatria e gerontologia, afirma que:

Para que a formação profissional não se restrinja às técnicas profissionais, limitando o próprio profissional a uma perspectiva exclusivamente técnica e funcional, seria da maior importância introduzir [...] espaços e momentos em que se possa pensar o envelhecimento não só como um objeto distante de estudo, mas como um processo pessoal. Isso deve ocorrer porque a maneira como o profissional lida com sua própria velhice e sua própria finitude influencia e determina a forma como lida com idosos e com pacientes terminais.

Assim, além dos aspectos levantados até aqui, outro aspecto a ser levado em conta no aprender a cuidar diz respeito ao pensar o seu próprio envelhecimento. O cuidado realizado é feito com base nas percepções e sentimentos que o envelhecimento desperta nos indivíduos e despertar uma visão justa e coerente sobre este, também é tarefa daqueles que formam e capacitam o cuidador. Com isso, saber como e porque se envelhece e como isso repercute não apenas no outro, mas, principalmente, em si mesmo é fundamental. É o que alguns autores chamam de desenvolver um olhar gerontológico sobre o envelhecer, ou seja, desenvolver um outro olhar sobre aqueles que envelhecem a partir do estudo e da compreensão sobre a velhice.

Outro elemento que nos chamou atenção em relação ao aprender a cuidar para aprender a ser foi que, dos quarenta e dois (42) cuidadores entrevistados, doze (12) mencionaram ter realizado o Curso de Formação e Capacitação de Cuidadores de Idosos Dependentes, oferecido pela Universidade de Passo Fundo, através do CREATI. Esse dado se faz importante em nosso estudo pois denota a preocupação de alguns cuidadores com sua formação profissional, pois frente ao contexto com os quais se deparam, procuram buscar mais conhecimento, melhorar sua formação e, conseqüentemente, sua atuação. Por outro lado, se compararmos esse contingente de indivíduos que buscaram no Curso em questão uma possibilidade de formação continuada, ainda se constitui numa parcela pequena de indivíduos em relação ao total de cuidadores que participaram do estudo.

O curso já foi oferecido em duas edições, respectivamente nos anos de 2007 e 2008, sendo que sua terceira turma estará entrando em funcionamento no mês de junho deste ano, uma vez que está sendo reestruturado em função das avaliações e sugestões dos alunos das edições anteriores, de forma que atenda às necessidades da clientela atendida.

A estrutura do mesmo é composta por quatro módulos, a saber: MÓDULO I – ASPECTOS SOCIAIS – MÓDULO TEÓRICO – PRÁTICO; MÓDULO II – ASPECTOS BIOLÓGICOS – MÓDULO TEÓRICO – PRÁTICO; MÓDULO III – ASPECTO FÍSICO – MÓDULO PRÁTICO; e MÓDULO IV – ASPECTO PSICOLÓGICO – MÓDULO TEÓRICO, que abordam o envelhecimento humano a partir dos aspectos sociais, biológicos, físicos e psicológicos, envolvendo conhecimentos teóricos e práticos, além de vivências práticas em ILPIs.

As aulas são teórico-práticas, com a utilização de diferentes recursos. Ao final de cada encontro, que acontece semanalmente, sempre aos sábados (nos turnos da manhã e tarde), os alunos têm como tarefa refletir sobre o conhecimento e atividades desenvolvidas e como as mesmas seriam úteis e passíveis de aplicação no cuidado diário de idosos dependentes. A reflexão é registrada em forma de memória a ser entregue no encontro seguinte. As memórias servem de

registro das percepções dos alunos e de instrumento para avaliação e re-estruturação – caso necessário – do curso.

A duração dos cursos anteriores foi de 66 horas (2007) e de 90 horas (2008), capacitando, nas duas edições, setenta e oito (78) cuidadores, indivíduos estes com as mais diferentes formações profissionais.

Uma das novidades na edição de 2009 serão os estágios obrigatórios nas ILPIs, uma vez que estas estão estabelecendo acordos de parceria com a Instituição promotora. A ampliação do número de horas também é outra alteração, assim como o percentual de conteúdos e conhecimentos práticos.

Finalmente, podemos analisar que aprender a cuidar é um processo que se instala na vida dos cuidadores, nem sempre de forma consciente. Porém, ele só se torna aprender a ser quando o cuidador toma consciência do processo de cuidar e compreende que esta tarefa é um profundo compromisso com a vida.

Enfim, para que se possa cuidar de maneira expressiva e significativa, é fundamental a criação de condições para que o cuidador se sinta preparado para exercer essas funções junto ao seu semelhante, fazendo com que o mesmo tenha uma visão crítica daquilo que está realizando. Essa consciência é necessária para ampliar a ação de cuidar para além do idoso, estendendo o cuidar a si mesmo.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS E SUGESTÕES

Durante nosso estudo, nos preocupamos em discutir as representações do cuidado para os “cuidados” – idosos institucionalizados, e os cuidadores – profissionais que atuam junto a estes, no universo das ILPI de Passo Fundo. Foi possível analisar como o cuidado se constitui enquanto processo pedagógico e como a relação teoria e prática se estabelece dentro deste universo.

A fim de refletirmos sobre esses aspectos não podemos deixar de analisar as perspectivas em que estes profissionais são formados ou capacitados e em que bases seus currículos são estruturados. Assim, não podemos deixar de ignorar que a formação de profissionais para atuar na esfera do cuidado vem ocorrendo numa “época estrutural global do capital e também uma época histórica de transição de uma ordem social existente para outra, qualitativamente diferente” (MÉSZÁROS, 2005, p.76).

É, pois, nesse espaço histórico e social, dentro do qual os grandes desafios para romper com a lógica atual e, ao mesmo tempo, conceber estratégias para uma educação que se estenda “para além do capital” (MÉSZÁROS, 2005), que os cursos de formação profissional, independente da instituição que o fomenta, precisam ir além do funcionamento da sociedade existente, de forma a contemplar os anseios, particularidades e possibilidades daqueles que, não necessariamente, estão inseridos nesta, como é o caso daqueles que vivem nas ILPIs.

Nesse sentido, as Universidades e demais espaços, enquanto instituições formadoras, devem ser capazes de criar condições para a instalação de um outro

modo de pensar e, conseqüentemente, de ser, delineando uma nova consciência – crítica, que esteja presente na prática dos profissionais.

É consenso de que os cursos de formação e capacitação necessitam de uma estrutura que lhes suporte, como disciplinas e conteúdos definidos, carga horária adequada, docentes qualificados, espaço para leituras, debates. Contudo, isso deve ser pensado não apenas em relação a sua quantidade, mas, principalmente, no tocante a sua qualidade, ou seja, devem ser criadas condições adequadas para a efetivação dos programas de formação, não ignorando, por outro lado, o que o grupo em formação traz enquanto bagagem de conhecimentos, bem como sua história, pois são nestes detalhes que as possibilidades de aprendizagem se apresentam, bem como as causas que possam impedir ou restringir a criação de situações para que o planejado não sofra contingências inesperadas.

Assim, a partir dos resultados obtidos em nosso estudo, podemos sinalizar algumas sugestões ou recomendações possíveis de contribuir nos processos de formação profissional no que se refere ao cuidado, a fim de que as práticas deste sejam eficazes e atendam os “cuidados” dentro de suas necessidades, para que, ao aprender a cuidar, possam transformar a realidade em que vivem, aprendendo a ser e mudando o destino de suas próprias vidas.

Para tanto, sugerimos:

1. Revisão dos atuais currículos dos cursos de formação de profissionais, seja em nível técnico ou superior, desenvolvendo saberes e práticas que visem uma sólida formação.
 2. Revisão da forma e estrutura dos cursos, a fim de não se estabelecer generalizações.
 3. Inclusão, nos currículos dos cursos de formação profissional, de conhecimentos ou das disciplinas de geriatria e gerontologia.
 4. Possibilitar o contato dos alunos em formação com os mais velhos, através de visitas, dinâmicas, estágios, disciplinas práticas.
 5. Inclusão, nos currículos de educação básica, de conhecimentos em torno do envelhecimento humano.
-

6. Fomentar o contato intergeracional, a fim de aproximar e conhecer as particularidades das diferentes idades do ser humano.
 7. Discutir a formação e a capacitação profissional dos professores que atuam nos cursos de formação.
 8. Priorizar os momentos de prática pedagógica, fazendo os mesmos acontecer na mesma medida e concomitante com a produção da fundamentação teórica.
 9. Fortalecer os cursos de formação e capacitação profissional existentes, em especial o curso de Formação e Capacitação de Cuidadores de Idosos Dependentes, oferecido pela Universidade de Passo Fundo, dando-lhe mais diretividade, de forma a clarear sua finalidade e campos de atuação.
 10. Reestruturar o planejamento dos programas de formação quanto aos conteúdos, bibliografias, docentes.
 11. Rever as metodologias utilizadas, adequando-as às práticas pedagógicas a serem implementadas.
 12. Instituições promotoras dos cursos de formação e capacitação profissional rever sua estrutura e a dos cursos que promovem, a fim de atender as necessidades da sociedade e comunidade onde estão inseridas.
 13. Unir esforços e firmar parcerias em prol das questões pertinentes ao envelhecimento humano, em especial, em relação à qualidade do cuidado oferecido aos idosos residentes em ILPIs.
 14. Conhecer a realidade com a qual se deseja trabalhar, como é o caso das ILPIs.
 15. Revisão das teorias, conhecimentos e práticas trabalhadas, a fim de que as mesmas contemplem a formação desejada.
 16. Organizar grupos de discussão com os profissionais do cuidado atuantes nas ILPIs, a fim de refletirem sobre sua prática e apontar soluções para os problemas enfrentados.
 17. Oferecer aos profissionais do cuidado atuantes nas ILPIs, programas de formação continuada, em serviço, no espaço da instituição, a fim de que estejam em constante processo de atualização e formação.
-

18. Que os cursos de formação sejam capazes de proporcionar aos profissionais que por eles procuram, um nível de qualidade de capacitação superior ao estágio em que estes se encontravam.
19. Explicitar, junto aos profissionais, o significado da prática como origem do conhecimento.
20. Romper com o modo de formação profissional atual, que reforça o modo de produção vigente.
21. Discussão dos espaços a serem ocupados pelo profissional do cuidado.
22. Discussão, na sociedade, do papel do cuidador, regulamentando a profissão.
23. Criação de cursos de treinamento em serviço, de acordo com as necessidades e demandas específicas de cada uma das ILPIs.
24. Desenvolvimento da consciência crítica, através de programas de formação “sintonizados” com a realidade.

Para finalizar, esperamos que as sugestões, recomendações e considerações aqui descritas venham, de fato, contribuir com os estudos hoje realizados no campo do envelhecimento humano, em especial, quando nos referimos ao cuidado a ser desenvolvido no universo das ILPIs, espaço este que ainda precisa ser melhor desvelado e compreendido.

9. REFERÊNCIAS

- ASLAN, A. **Vencendo a velhice**. Trad. José Augusto Carvalho. 4.ed. Rio de Janeiro: Record, 1994.
- BACKES, D.S.; MARTINS, D.; DELLAZANA, A.R. É possível humanizar o cuidado no CTI? In: COSTENARO, R.G.S.(Org.). **Cuidando em enfermagem**: pesquisas e reflexões. Santa Maria (RS): Centro Universitário Franciscano; 2001, p. 35-52.
- BALTES, M.M.; SILVERBERGER, G.S. A dinâmica dependência autonomia no curso da vida. In: NERI, A.L. (org.). **Psicologia do envelhecimento**. Campinas: Papyrus, 1995, p. 73-110.
- BAUM, M.; PAGE, M. Caregiving and multigenerational families. **The Gerontologist**, 31 (6), 1991, pp.762-769.
- BEAUVOIR, S. de. **A velhice, realidade incômoda**. São Paulo: Difel, 1976.
- BERQUÓ, E. Algumas considerações demográficas sobre o envelhecimento da população no Brasil. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL SOBRE ENVELHECIMENTO POPULACIONAL: UMA AGENDA PARA O FIM DO SÉCULO. **Anais...** Brasília, 1996.
- BORN, T. ABREU, C.M.G.. O cuidador do idoso em Instituição de Longa Permanência. In: **Gerontologia**. V.4, n.4, dez. 1996, p.07-14.
- BORN, T.; BOECHAT, N.S. A Qualidade dos Cuidados ao Idoso Institucionalizado. In: FREITAS, E. (Org.). **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Editora Guanabara-Koogan, 2002, p.768-777.

- _____. A qualidade dos cuidados ao idoso institucionalizado. In: FREITAS, E. (Org.). **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 2 ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara-Koogan, 2006, p.1131-1141.
- BORN, T. **A formação de cuidadores: acompanhamento e avaliação**. Seminário Velhice Fragilizada. SESCSP/SESC Avenida Paulista. Nov 2006. Disponível em: Acessado em 15 de outubro de 2007.
- BOTH, A. **Fundamentos de gerontologia**. Passo Fundo: UPF, 1994.
- BOTTOMORE, T. **Dicionário do pensamento marxista**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2001.
- BRASIL. Congresso Nacional. Lei 8842/94. Política Nacional do Idoso. Brasília, 1994.
- BRASIL. Secretaria de Estado e Assistência Social/Ministério da Previdência e Assistência Social. Idosos: problemas e cuidados básicos. Brasília, 1999.
- BRASIL. Ministério do Trabalho. Classificação Brasileira de Ocupações (CBO) 2000. Disponível em <http://www.mte.gov.br>. Acessado em 15 de outubro de 2007.
- BRUHNS, H. T. O sábio corpo idoso. **Revista da Educação Física/UEM**, Maringá, v.1, n.6, p.74-76, 1995.
- CAMARANO, A. A. Envelhecimento da População Brasileira: Uma Contribuição Demográfica. In: FREITAS, E.V. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 2002, p.58-70.
- CAMPOS, B. de. **Introdução à Filosofia Marxista**. São Paulo: Editora Alfa-Omega, 1988.
- CAPRA, F. **A teia da vida: uma nova compreensão científica dos sistemas vivos**. Trad. Newton R. Eicheberg. São Paulo: Cultrix, 1998.
- CELICH, K.L.S., CROSSETTI, M.G.O. Estar com o cuidador: dimensão do processo de cuidar. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre (RS), 2004 dez;25(3):377-85.
- CHEPTULIN, A. **A dialética materialista: Categorias e leis da dialética**. São Paulo: Alfa-Ômega, 1982.
- CHIAVENATO, I. **Recursos humanos: Edição compacta**. 3ª ed. São Paulo: Atlas, 1995.

CONSTITUIÇÃO. **República Federativa do Brasil**. São Paulo: Atlas, 5 out 1988, 1989.

CORTELLETTI, I. A.; CASARA, M. B.; HERÉDIA, V. B. M. (orgs.). **Idoso asilado: um estudo gerontológico**. Caxias do Sul: Educs/Edipucrs, 2004.

CROSSETTI, M. G. O. **Processo de cuidar: uma aproximação à questão existencial na enfermagem** Tese (Doutorado em Filosofia da Enfermagem). Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis (SC), 1997.

DOLL, J. Planejamento e avaliação de programas educacionais visando À formação de recursos humanos em geriatria e gerontologia. In: FREITAS, E. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 2ª Ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara-Koogan, 2006, p.1480-1489.

DUARTE, Y.A.O. & DIOGO, M.J.E. **Atendimento Domiciliar: um enfoque gerontológico**. São Paulo: Atheneu, 2000.

FERRARI, M. A. C. Lazer e ocupação do tempo livre na terceira idade. In: PAPAEO NETTO, M. **Gerontologia**. São Paulo: Atheneu, 1999, p.98-105.

FONSECA, V. et al. Gerontomotricidade: uma abordagem ao conceito de retrogênese psicomotora. **Revista Corpo e Linguagem**, Rio de Janeiro, v.V,n.15, ago. 1987.

FOUCAULT, M. **História da loucura: na idade clássica**. 6.ed. São Paulo: Ed. Perspectiva, 1999.

FROMM, E. **Conceito marxista do homem**. (Trad. Octavio Alves Velho). 8.ed. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1983.

FRAIMAN, A. P. **Coisas da idade**. São Paulo: Hermes, 1988.

GAIARSA, A. **Como enfrentar a velhice**. São Paulo, Campinas: Ed. Ícone/Campinas, 1986.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Ed. Perspectiva, 1974.

GROISMAN, D. **Asilos de velhos: passado e presente**. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 1999.

HADADD, E.G.M. **A velhice de velhos trabalhadores**: o cenário, o movimento e as políticas sociais. Tese (Doutorado em Sociologia) - Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas. USP, São Paulo, 1991.

HOOYMAN, N.L.; KYIAK, H.A. **Social Gerontology**. A multidisciplinary perspective, 4th Ed. Boston: Allyn & Bacon, 1996.

KASTENBAUM, R. **Velhice**: anos de plenitude. São Paulo: Harper & Row do Brasil; 1981.

LÉA, M. **Quem tem medo de envelhecer?** Rio de Janeiro: Record, 1983.

LEHR, U. A revolução da longevidade: impacto na sociedade, na família e no indivíduo. **Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento**, Porto Alegre-UFRGS, v.1, p.7-35, 1999.

LIMA, F. C.; GLASEL, C.; FIALHO, A. S. Estamos envelhecendo. **Kinesis**. Santa Maria-UFSM, n.15, p.7-18, 1997.

LUFT, C.P. **Minidicionário Luft**. (Org. e supervisão Lya Luft). São Paulo: Ática, 2000.

LUZ, D. C. **Formação profissional em educação física, terceira idade e qualidade de vida**. Dissertação (Mestrado em Educação) – Faculdade de Educação. UPF, Passo Fundo, 2002.

MARX, K. **O capital**: crítica da economia política. Livro III volume 5. (Trad. Reginaldo Sant'Anna). 3^a ed. Rio de Janeiro: Editora Civilização Brasileira, 1981.

_____. **O capital**: crítica da economia política. Livro III volume 6. (Trad. Reginaldo Sant'Anna). 3^a ed. Rio de Janeiro: Editora Civilização Brasileira, 1981.

_____. **O capital**: crítica da economia política. Livro 2 volume III. (Trad. Reginaldo Sant'Anna). 6^a ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1991.

_____. **O capital**: crítica da economia política. Livro 1 volume I. (Trad. Reginaldo Sant'Anna). 15^a ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1996.

_____. **O capital**: crítica da economia política. Livro 1 volume II. (Trad. Reginaldo Sant'Anna). 15^a ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1996.

_____. **O capital**: crítica da economia política. Livro 2 volume III. (Trad. Reginaldo Sant'Anna). 6^a ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1991.

_____. **O capital:** crítica da economia política. Livro 3 volume IV. (Trad. Reginaldo Sant'Anna). 15ª ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1991.

_____. **O capital:** crítica da economia política. Livro 3 volume V. (Trad. Reginaldo Sant'Anna). 5ª ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1991.

_____. **Contribuição à crítica da economia política** (Trad. Maria Helena Barreiro Alves). 3.ed. São Paulo: Martins Fontes, 2003.

MARX, K.; ENGELS, F. **A ideologia alemã** (Trad. Luis Claudio de Castro e Costa). 2.ed. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

MEIRELLES, M. E. A. **Atividade física na terceira idade**. 2.ed. Rio de Janeiro: SPRINT, 1999.

MENDIONDO, M.S.Z. de. **Velhice e Demência:** Gênese e Perspectivas de Suporte Social e Institucional. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Faculdade de Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. PUCRS, Porto Alegre, 2002.

MERCADANTE, E. Aspectos antropológicos do envelhecimento. In: PAPALETTO, M. **Gerontologia**. São Paulo: Atheneu, 1996. p.73-76.

MÉSZÁROS, I. **A educação para além do capital**. (Tradução de Isa Tavares). São Paulo: Boitempo, 2005.

MINASI, L. F. **Projeto de Tese**. (Documento provisório de trabalho). Porto Alegre: Pós UFRGS. Internet digitado. 2005.

MOLINA, R. M. O enfoque teórico metodológico qualitativo e o estudo de caso: uma reflexão introdutória. In: TRIVIÑOS, A.; MOLINA, V. (Orgs.) **A pesquisa qualitativa na educação física:** alternativas metodológicas. Porto Alegre: Ed. Universidade/UFRGS: Sulina, 1999, p.95-105.

MOREIRA, Maria R. L. P. **Rejuvenescer a velhice:** novas dimensões da vida. Brasília: Universidade de Brasília, 1992.

MOSQUERA, J. **Vida adulta:** personalidade e desenvolvimento. Porto Alegre: Sulina, 1978.

MOURA, L.F. de; GALLI, F. de A.; BARBOSA, J.A.; CAMARGOS, A.T.

Treinamento para cuidadores de idosos de uma instituição de longa

- permanência.** Anais do 8º Encontro de Extensão da UFMG. Belo Horizonte. Internet digitado. 2005
- NARDI, E. de F. R. **Apoio social ao cuidador familiar do idoso dependente.** Mestrado (Mestrado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde – Departamento de Enfermagem, Universidade Estadual de Maringá – UEM, Maringá, 2007.
- NERI, A. L. (Org.). **Qualidade de vida e idade madura.** Campinas: Papirus, 1993.
- _____. **Psicologia do envelhecimento.** Campinas: Papirus, 1995.
- _____. (Org.) **Idosos no Brasil: vivências, desafios e expectativas na terceira idade.** São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, Edições SESC, São Paulo, 2007.
- NERI, A. L.; SOMMERHALDER, C. A avaliação subjetiva da tarefa de cuidar: ônus e benefícios percebidos por cuidadoras familiares de idosos de alta dependência. In: NERI, A. L. (Org.). **Cuidar de idosos no contexto da família: questões psicológicas e sociais.** Campinas: Átomo Alínea, 2002.
- NUÑEZ, R.S.; LUCKESI, M.V. A. A educação em serviço: fatos de desenvolvimento de recursos humanos em enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem.** Brasília: 33(1), p.54-80, jan/mar. 1980
- OLIVEIRA, R. C. S. **Terceira idade: do repensar dos limites aos sonhos possíveis.** São Paulo: Paulinas, 1999.
- OKUMA, S. S. **O idoso e a atividade física: fundamentos e pesquisa.** Campinas: Papirus, 1998.
- OYARZABAL, G. M. **Projeto de Tese.** (Documento provisório de trabalho). Porto Alegre: Pós UFRGS. Internet digitado. 2004.
- PAIVA, V. M. B. A mulher de meia-idade: perdas, solidão e corpo. **A terceira idade,** São Paulo, ano IV, n.5, jun. 1992.
- PALMA, L. T. S. **Educação permanente e qualidade de vida: indicativos para uma velhice bem-sucedida.** Dissertação (Mestrado em Educação) – Faculdade de Educação. UFRGS, Porto Alegre, 1999.

- PAPALEO NETTO, M.; PONTE, J. R. Envelhecimento: desafio na transição do século. In: PAPALEO NETTO, M. **Gerontologia**. São Paulo: Atheneu, 1996. p.3-12.
- PASCHOAL, S. M. P. Epidemiologia do envelhecimento. In: PAPALEO NETTO, M. **Gerontologia**. São Paulo: Atheneu, 1996. p.26-43.
- ____ Autonomia e Independência. In: PAPALEO NETTO, Matheus. **Gerontologia**. São Paulo: Atheneu, 1996. p.313-323.
- PAVARINI, S.C.I. **Dependência comportamental na velhice**: uma análise do cuidado prestado ao idoso institucionalizado. Tese (Doutorado Em Educação). Faculdade de Educação, UNICAMP. Campinas (SP), 1996.
- PORTELLA, M. R.; POMATTI, D. M. **A saúde na terceira idade**: uma questão de cuidados. Passo Fundo: UPF, 1993.
- RAMOS, L. R. A explosão demográfica da terceira idade no Brasil: uma questão de saúde pública. **Gerontologia**, São Paulo, v.1, n.1, mar. 1993.
- RODRIGUES, J. C. **Tabu da morte**. Rio de Janeiro: Achiamé, 1983.
- ROSA, N.G. Dilemas éticos no mundo do cuidar de um serviço de emergência. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Porto Alegre (RS): Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2001.
- ROSSI, E. **O modelo de atendimento do Lar dos Velhinhos de Campinas e a qualidade de vida de seus usuários**: estudos selecionados. Dissertação (Mestrado em Educação). Faculdade de Educação. UNICAMP, Campinas, 2001.
- SANTOS, S.S.C.; SILVA, B.T. da; BARLEM, E.L.D.; LOPES, R.S. O papel do enfermeiro na instituição de longa permanência para idosos. **Revista de Enfermagem da UFPE On Line**. 2008;2(3):262-68, acesso em 02 jan 2009.
- SILVA, A.L. **Cuidado transdimensional**: um paradigma emergente. Pelotas (RS): Universitária/UFPEL, 1997.
- SILVA, E.B. N.; et al. A institucionalização e o idoso: um estudo das características da instituição e do perfil de seus moradores. In: **Gerontologia**. V.6, n.4, dez.1998, p.167-176.
- SIMÕES, R. Ciência e consciência: tatuagens no corpo idoso. In: MOREIRA, W. W. **O corpo presente**. Campinas: Papyrus, 1995. p.110-134.

- SIQUEIRA, M.E.C. de. **As organizações para Idosos em Poços de Caldas: Pressupostos e Práticas.** Dissertação (Mestrado em Educação) Faculdade de Educação. Campinas, UNICAMP, 2000.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA – SBGG – SP. **Instituições de Longa Permanência para Idosos:** Manual de Funcionamento. São Paulo: Imprensa Oficial, 2003.
- SOMMERHALDER, C. **Significados associados à tarefa de cuidar de idosos de alta dependência no contexto familiar.** Dissertação (Mestrado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP: 2001.
- STEGLICH, L. A. **Crises normais na vida adulta: dos 18 aos 80 anos de idade. A aposentadoria: problemas e soluções.** Passo Fundo: UPF, 1992.
- TIBBITS, C. **Handbook of social gerontology,** Chicago: University Press, 1969.
- TIRRITO, T. **Aging in the new millennium: a global view.** Published in Columbia: University of South Carolina, 2003.
- TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais.** São Paulo: Atlas, 1987.
- _____. **Introdução às abordagens dialética e hermenêutica da pesquisa em ciências sociais.** Documento preliminar de trabalho. Porto Alegre: Pós UFRGS. Internet digitado. 2004.
- _____. **Introdução ao método dialético na pesquisa em ciências sociais.** (Documento provisório de trabalho). Porto Alegre: Pós UFRGS. Internet digitado. 2005.
- _____. **Pesquisa qualitativa, dialética e educação.** (Documento provisório de trabalho). Porto Alegre: Pós UFRGS. 2005.
- TRIVIÑOS, A.; MOLINA, V. (Orgs.) **A pesquisa qualitativa na educação física: alternativas metodológicas.** Porto Alegre: Ed. Universidade/UFRGS: Sulina, 1999.
- VAROTO, V. A. G. **E quando a dependência chegar?** Um estudo das organizações disponíveis para idosos em uma cidade média do interior paulista.

Tese (Doutorado em Engenharia de Produção). Centro de Ciências Exatas e de Tecnologia. UFSCAR, São Carlos, 2005.

VAZQUEZ, A. Filosofia da práxis. Unidade da teoria e da prática. In: Magalhães-Vilhena, Vasco (Org.) **Práxis**. Lisboa: Livros Horizontes, 1980.

VIEIRA, E. B. **Instituições geriátricas**: avanço ou retrocesso? Rio de Janeiro: Revinter, 2003.

_____. **Manual de Gerontologia**: um guia teórico-prático para profissionais, cuidadores e familiares. 2ed. Rio de Janeiro: REVINTER, 2004.

WALDOW, V. R. Definições de cuidar e assistir: uma mera questão de semântica? **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 19, n. 1, p. 20-32, 1998.

WANDERLEY, M. B. **Publicização do papel do cuidador domiciliar**. São Paulo: IEE/PUC; Brasília: Secretaria de Assistência Social/MPAS, 1998.

WEIL, P. **A nova ética**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos; 1993.

WOOD, E. M. **Democracia contra capitalismo**: a renovação do materialismo histórico. (Trad. Paulo Cezar Castanheira). São Paulo: Boitempo Editorial, 2003.

ANEXOS

Anexo 1

LEI NÚMERO 8.842, DE 4 DE JANEIRO DE 1994

Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA. Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

CAPÍTULO I

DA FINALIDADE

Art. 1º - A Política Nacional do Idoso tem por objetivo assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação na sociedade.

Art. 2º - Considera-se o idoso, para os efeitos desta Lei, **a pessoa maior de sessenta anos de idade.**

CAPÍTULO II

DOS PRINCÍPIOS E DAS DIRETRIZES

Seção I

Dos Princípios

Art. 3º - A Política Nacional do Idoso reger-se-á pelos seguintes princípios:

I - a família, a sociedade e o Estado têm o dever de assegurar ao idoso todos os direitos da cidadania, garantindo sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade, bem-estar e o direito à vida;

II - o processo de envelhecimento diz respeito a sociedade em geral, devendo ser objeto de conhecimento e informação para todos;

III - o idoso não deve sofrer discriminação de qualquer natureza;

IV - o idoso deve ser o principal agente e o destinatário das transformações a serem efetivadas através desta política;

V - as diferenças econômicas, sociais, regionais e, particularmente, as contradições entre o meio rural e o urbano do Brasil deverão ser observadas pelos poderes públicos e pela sociedade em geral, na aplicação desta Lei.

Seção II

Das Diretrizes

Art. 4º - Constituem diretrizes da Política Nacional do Idoso:

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

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

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

IV - descentralização política-administrativa;

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

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

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

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

XI - apoio a estudos sobre as questões relativas ao envelhecimento.

Parágrafo único - É vedada a permanência de portadores de doenças que necessitem de assistência médica ou enfermagem, em instituições asilares de caráter social.

CAPÍTULO III

DA ORGANIZAÇÃO E GESTÃO

Art. 5º - Competirá ao órgão ministerial responsável pela assistência e promoção social a coordenação geral da Política Nacional do Idoso, com a participação dos conselhos nacional, estaduais, do Distrito Federal e municipais do idoso.

Art. 6º - Os Conselhos nacional, estaduais, do distrito Federal e municipais do idoso serão órgãos permanentes, paritários e deliberativos, compostos por igual número de representantes dos órgãos e entidades públicas e de organizações representativas da sociedade civil ligados à área.

Art. 7º - Compete aos Conselhos de que trata o artigo anterior a formulação, coordenação, supervisão e avaliação da Política Nacional do Idoso, no âmbito das respectivas instâncias político-administrativas.

Art. 8º - A União, por intermédio do ministério responsável pela assistência e promoção social, compete:

I - coordenar as ações relativas à Política Nacional do Idoso;

II - participar na formulação, acompanhamento e avaliação da Política Nacional do Idoso;

III - promover as articulações intraministeriais necessárias a implementação da política Nacional do Idoso;

IV - (VETADO);

V - elaborar a proposta orçamentária no âmbito da promoção e assistência social e submetê-la ao Conselho Nacional do Idoso.

Parágrafo Único - Os ministérios das áreas da saúde, educação, trabalho, previdência social, cultura, esporte e lazer devem elaborar proposta orçamentária, no âmbito de suas competências, visando ao financiamento de programas nacionais compatíveis com a Política Nacional do Idoso.

Art. 9º - (VETADO)

Parágrafo Único - (VETADO)

CAPÍTULO IV

DAS AÇÕES GOVERNAMENTAIS

Art. 10º - Na implementação da Política Nacional do Idoso, são competências dos órgãos e entidades públicos:

I - na área de promoção e assistência social:

- a) prestar serviços e desenvolver ações voltadas para o atendimento das necessidades básicas do idoso, mediante a participação das famílias, da sociedade e de entidades governamentais e não governamentais;
- b) estimular a criação de incentivos e de alternativas de atendimento ao idoso, como centros de convivência, centros de cuidados diurnos, casas-lares, oficinas obrigadas de trabalho, atendimentos domiciliares e outros;
- c) promover simpósios, seminários e encontros específicos;
- d) planejar, coordenar, supervisionar e financiar estudos, levantamentos, pesquisas e publicações sobre a situação social do idoso;
- e) promover a capacitação de recursos para o atendimento ao idoso;

II - na área da saúde:

- a) garantir ao idoso a assistência à saúde, nos diversos níveis de atendimento do Sistema Único de Saúde;
- b) prevenir, promover, proteger e recuperar a saúde do idoso, mediante programas e medidas profissionais;
- c) adotar e aplicar normas de funcionamento às instituições geriátricas similares, com fiscalização pelos gestores do sistema Único de Saúde;
- d) elaborar normas de serviços geriátricos hospitalares ;
- e) desenvolver formas de cooperação entre as Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal, e dos Municípios e entre os Centros de Referência em Geriatria e Gerontologia para treinamento de equipes interprofissionais;
- f) incluir a Geriatria como especialidade clínica, para efeito de concursos públicos federais, estaduais, do Distrito Federal e municipais;
- g) realizar estudos para detectar o caráter epidemiológico de determinadas doenças do idoso, com vistas a prevenção, tratamento e reabilitação;
- h) criar serviços alternativos de saúde para o idoso;

III- na área da educação:

- a) adequar currículos, metodologias e material didático aos programas educacionais destinados ao idoso;
- b) inserir nos currículos mínimos, nos diversos níveis de ensino formal, conteúdos voltados para o processo de envelhecimento, de forma a eliminar preconceitos e a produzir conhecimentos sobre o assunto;
- c) incluir a Gerontologia e a Geriatria como disciplinas curriculares nos cursos superiores;
- d) desenvolver programas educativos, especialmente nos meios de comunicação, a fim de informar a população sobre o processo de envelhecimento;
- e) desenvolver programas que adotem modalidades de ensino a distância, adequados as condições do idoso;
- f) apoiar a criação da universidade aberta para a Terceira Idade, como meio de universalizar o acesso às diferentes formas de saber;

IV- na área de trabalho e previdência social:

- a) garantir mecanismos que impeçam a discriminação do idoso quanto a sua participação no mercado de trabalho, no setor público e privado;
- b) priorizar o atendimento do idoso nos benefícios previdenciários;
- c) criar e estimular a manutenção de programas de preparação para a aposentadoria nos setores público e privado com antecedência mínima de dois anos antes do afastamento;

V- na área de habitação e urbanismo:

- a) destinar, nos programas habitacionais, unidades em regime de comodato ao idoso, na modalidade de casas-lares;
- b) incluir nos programas de assistência ao idoso formas de melhoria de condições de habitabilidade e adaptação de moradia, considerando seu estado físico e a sua independência de locomoção;
- c) elaborar critérios que garantam o acesso da pessoa idosa à habitação popular;
- d) diminuir barreiras arquitetônicas e urbanas;

VI - na área de justiça:

- a) promover e defender os direitos da pessoa idosa;
- b) zelar pela aplicação das normas sobre o idoso determinando ações para evitar abusos e lesões à seus direitos;

VII- na área da cultura, esporte e lazer:

- a) garantir ao idoso a participação no processo de produção, reelaboração e fruição dos bens culturais;
- b) propiciar ao idoso o acesso aos locais e eventos culturais, mediante preços reduzidos, em âmbito nacional;
- c) incentivar os movimentos de idosos a desenvolver atividades culturais;

- d) valorizar o registro da memória e a transmissão de informações e habilidades do idoso aos mais jovens, como meio de garantir a continuidade e a identidade cultural;
- e) incentivar e criar programas de lazer, esporte e atividades físicas que proporcionem a melhoria da qualidade de vida do idoso e estimulem sua participação na comunidade.

PARÁGRAFO 1º - É assegurado ao idoso o direito de dispor de seus bens, proventos, pensões e benefícios, salvo nos casos de incapacidade judicialmente comprovada.

PARÁGRAFO 2º - Nos casos de comprovada incapacidade do idoso para gerir seus bens, ser-lhe-ão nomeado Curador especial em juízo.

PARÁGRAFO 3º - Todo cidadão tem o dever de denunciar a autoridade competente qualquer forma de negligência ou desrespeito ao idoso.

CAPÍTULO V DO CONSELHO NACIONAL

Art. 11 ao 18- (VETADOS)

CAPÍTULO VI

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 19 - Os recursos financeiros necessários a implantação das ações afetas às áreas de competência dos governos federal, estaduais, do Distrito Federal e municipais serão consignados em seus respectivos orçamentos.

Art. 20 - O Poder Executivo regulamentará esta Lei no prazo de sessenta dias, a partir da data de sua publicação.

Art. 21 - Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 22 - Revogam-se as disposições em contrário.

Brasília, 4 de Janeiro de 1994.

Anexo 2

Plano Integrado de Ação Governamental para o Desenvolvimento da Política Nacional do Idoso - Resumo

Secretaria de Assistência Social – MPAS

Novembro, 1996

I- OBJETIVOS

Objetivo Geral:

- coordenação e definição das diretrizes e normas para o desenvolvimento da ação integrada entre os órgãos setoriais afins.

Objetivos Específicos:

- financiar e apoiar programas e projetos estaduais, do Distrito Federal e/ou municipais que visem a melhoria da qualidade de vida da pessoa idosa e proporcione sua integração a comunidade;
- estimular a parceria entre as organizações governamentais e não-governamentais para o desenvolvimento de ações, programas e projetos para o idoso, tais como: centros de convivência, centros de cuidados diurnos, casas-lares, oficinas abrigadas de trabalho, atendimento domiciliar e outros;
- divulgar planos, programas e projetos concernentes à pessoa idosa no âmbito do governo federal;
- apoiar planos, programas e projetos concernentes à pessoa idosa no âmbito do governo federal;
- apoiar campanhas educativas junto aos meios de comunicação de massa que permitam a divulgação de informações sobre os aspectos biopsicossociais do envelhecimento;
- capacitar recursos humanos voltados para o atendimento da pessoa idosa, visando a melhoria do seu desempenho e da qualidade de serviços prestados;
- promover simpósios, seminários e encontros específicos;
- coordenar, financiar e apoiar estudos, pesquisas, levantamentos e publicações que ampliem os conhecimentos sobre o idoso na área social;
- criar um banco de dados com vistas a subsidiar os programas do governo federal para este segmento;
- contribuir para o desenvolvimento de uma cultura de valorização dos idosos por intermédio de campanhas específicas;
- coordenar o Benefício de Prestação Continuada.

CARACTERÍSTICAS DA AÇÃO - II

A Secretaria da Assistência Social, por intermédio da Ação de Apoio à Pessoa Idosa e em consonância com a Política Nacional do Idoso, prioriza o atendimento não asilar e deverá efetivar de forma descentralizada, de acordo com as demandas locais, as seguintes ações:

- **Centro de Convivência** - objetiva atender a pessoa idosa promovendo o fortalecimento de práticas associativas, produtivas e promocionais, de forma a favorecer a melhoria de sua convivência na família e na comunidade,
- **Centros de Cuidados Diurnos** - objetiva atender ao idoso dependente, detentor de deficiência temporária ou que necessite de assistência multiprofissional;
- **Casa Lar** - objetiva atender idosos sem família e detentores de renda insuficiente para sua manutenção;
- **Atendimento Asilar** - este atendimento será prestado, em casos de excepcionalidade, ao idoso sem família ou sem condições de prover sua subsistência;
- **Oficinas Abrigadas de Trabalho** - desenvolver atividades produtivas, de capacitação e de reciclagem profissional, proporcionando à pessoa idosa oportunidade de elevar sua renda.

Anexo 3



Presidência da República Subchefia para Assuntos Jurídicos

DECRETO Nº 1.948, DE 3 DE JULHO DE 1996.

Regulamenta a Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, no uso das atribuições que lhe confere o art. 84, inciso IV e VI, da Constituição, e tendo em vista o disposto na Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994,

DECRETA:

Art. 1º Na implementação da Política Nacional do Idoso, as competências dos órgãos e entidades públicas são as estabelecidas neste Decreto.

Art. 2º Ao Ministério da Previdência e Assistência Social, pelos seus órgãos, compete:

I - coordenar as ações relativas à Política Nacional do Idoso;

II - promover a capacitação de recursos humanos para atendimento ao idoso;

III - participar em conjunto com os demais ministérios envolvidos, da formulação, acompanhamento e avaliação da Política Nacional do Idoso;

IV - estimular a criação de formas alternativas de atendimento não-asilar;

V - promover eventos específicos para discussão das questões relativas à velhice e ao envelhecimento;

VI - promover articulações inter e intraministeriais necessárias à implementação da Política Nacional do Idoso;

VII - coordenar, financiar e apoiar estudos, levantamentos, pesquisas e publicações sobre a situação social do idoso, diretamente ou em parceria com outros órgãos;

VIII - fomentar junto aos Estados, Distrito Federal, Municípios e organizações não-governamentais a prestação da assistência social aos idosos nas modalidades asilar e não-asilar.

Art. 3º Entende-se por modalidade asilar o atendimento, em regime de internato, ao idoso sem vínculo familiar ou sem condições de prover à própria subsistência de modo a satisfazer as suas necessidades de moradia, alimentação, saúde e convivência social.

Parágrafo único. A assistência na modalidade asilar ocorre no caso da inexistência do grupo familiar, abandono, carência de recursos financeiros próprios ou da própria família.

Art. 4º Entende-se por modalidade não-asilar de atendimento:

I - Centro de Convivência: local destinado à permanência diurna do idoso, onde são desenvolvidas atividades físicas, laborativas, recreativas, culturais, associativas e de educação para a cidadania;

II - Centro de Cuidados Diurno: Hospital-Dia e Centro-Dia - local destinado à permanência diurna do idoso dependente ou que possua deficiência temporária e necessite de assistência médica ou de assistência multiprofissional;

III - Casa-Lar: residência, em sistema participativo, cedida por instituições públicas ou privadas, destinada a idosos detentores de renda insuficiente para sua manutenção e sem família;

IV - Oficina Abrigada de Trabalho: local destinado ao desenvolvimento, pelo idoso, de atividades produtivas, proporcionando-lhe oportunidade de elevar sua renda, sendo regida por normas específicas;

V - atendimento domiciliar: é o serviço prestado ao idoso que vive só e seja dependente, a fim de suprir as suas necessidades da vida diária. Esse serviço é prestado em seu próprio lar, por profissionais da área de saúde ou por pessoas da própria comunidade;

VI - outras formas de atendimento: iniciativas surgidas na própria comunidade, que visem à promoção e à integração da pessoa idosa na família e na sociedade.

Art. 5º Ao Instituto Nacional do Seguro Social-INSS compete:

I - dar atendimento preferencial ao idoso, especificamente nas áreas do Seguro Social, visando à habilitação e à manutenção dos benefícios, exame médico pericial, inscrição de beneficiários, serviço social e setores de informações;

II - prestar atendimento, preferencialmente, nas áreas da arrecadação e fiscalização, visando à prestação de informações e ao cálculo de contribuições individuais;

III - estabelecer critérios para viabilizar o atendimento preferencial ao idoso.

Art. 6º Compete ao INSS esclarecer o idoso sobre os seus direitos previdenciários e os meios de exercê-los.

§ 1º O serviço social atenderá, prioritariamente, nos Postos do Seguro Social, os beneficiários idosos em via de aposentadoria.

§ 2º O serviço social, em parceria com os órgãos governamentais e não-governamentais, estimulará a criação e a manutenção de programas de preparação para aposentadorias, por meio de assessoramento às entidades de classes, instituições de natureza social, empresas e órgãos públicos, por intermédio das suas respectivas unidades de recursos humanos.

Art. 7º Ao idoso aposentado, exceto por invalidez, que retornar ao trabalho nas atividades abrangidas pelo Regime Geral de Previdência Social, quando acidentado no trabalho, será encaminhado ao Programa de Reabilitação do INSS, não fazendo jus a outras prestações de serviço, salvo às decorrentes de sua condição de aposentado.

Art. 8º Ao Ministério do Planejamento e Orçamento, por intermédio da Secretaria de Política Urbana, compete:

I - buscar, nos programas habitacionais com recursos da União ou por ela geridos, a observância dos seguintes critérios:

a) identificação, dentro da população alvo destes programas, da população idosa e suas necessidades habitacionais;

b) alternativas habitacionais adequadas para a população idosa identificada;

c) previsão de equipamentos urbanos de uso público que também atendam as necessidades da população idosa;

d) estabelecimento de diretrizes para que os projetos eliminem barreiras arquitetônicas e urbanas, que utilizam tipologias habitacionais adequadas para a população idosa identificada;

II - promover gestões para viabilizar linhas de crédito visando ao acesso a moradias para o idoso, junto:

a) às entidades de crédito habitacional;

b) aos Governos Estaduais e do Distrito Federal;

c) a outras entidades, públicas ou privadas, relacionadas com os investimentos habitacionais;

III - incentivar e promover, em articulação com os Ministérios da Educação e do Desporto, da Ciência e Tecnologia, da Saúde e junto às instituições de ensino e pesquisa, estudos para aprimorar as condições de habitabilidade para os idosos, bem como sua divulgação e aplicação aos padrões habitacionais vigentes;

IV - estimular a inclusão na legislação de:

a) mecanismos que induzam a eliminação de barreiras arquitetônicas para o idoso, em equipamentos urbanos de uso público;

b) adaptação, em programas habitacionais no seu âmbito de atuação, dos critérios estabelecidos no inciso I deste artigo.

Art. 9º Ao Ministério da Saúde, por intermédio da Secretaria de Assistência à Saúde, em articulação com as Secretarias de Saúde dos estados, do Distrito Federal e dos Municípios, compete:

I - garantir ao idoso a assistência integral à saúde, entendida como o conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, nos diversos níveis de atendimento do Sistema único de Saúde - SUS;

II - hierarquizar o atendimento ao idoso a partir das Unidades Básicas e da implantação da Unidade de Referência, com equipe multiprofissional e interdisciplinar de acordo com as normas específicas do Ministério da Saúde;

III - estruturar Centros de Referência de acordo com as normas específicas do Ministério da Saúde com características de assistência à saúde, de pesquisa, de avaliação e de treinamento;

IV - garantir o acesso à assistência hospitalar;

V - fornecer medicamentos, órteses e próteses, necessários à recuperação e reabilitação da saúde do idoso;

VI - estimular a participação do idoso nas diversas instâncias de controle social do Sistema Único de Saúde;

VII - desenvolver política de prevenção para que a população envelheça mantendo um bom estado de saúde;

VIII - desenvolver e apoiar programas de prevenção, educação e promoção da saúde do idoso de forma a:

a) estimular a permanência do idoso na comunidade, junto à família, desempenhando papel social ativo, com a autonomia e independência que lhe for própria;

b) estimular o auto-cuidado e o cuidado informal;

c) envolver a população nas ações de promoção da saúde do idoso;

d) estimular a formação de grupos de auto-ajuda, de grupos de convivência, em integração com outras instituições que atuam no campo social;

e) produzir e difundir material educativo sobre a saúde do idoso;

IX - adotar e aplicar normas de funcionamento às instituições geriátricas e similares, com fiscalização pelos gestores do Sistema Único de Saúde;

X- elaborar normas de serviços geriátricos hospitalares e acompanhar a sua implementação;

XI - desenvolver formas de cooperação entre as Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal, dos Municípios, as organizações não-governamentais e entre os Centros de Referência em Geriatria e Gerontologia, para treinamento dos profissionais de saúde;

XII - incluir a Geriatria como especialidade clínica, para efeito de concursos públicos federais;

XIII - realizar e apoiar estudos e pesquisas de caráter epidemiológico visando a ampliação do conhecimento sobre o idoso e subsidiar as ações de prevenção, tratamento e reabilitação;

XIV - estimular a criação, na rede de serviços do Sistema Único de Saúde, de Unidades de Cuidados Diurnos (Hospital-Dia, Centro-Dia), de atendimento domiciliar e outros serviços alternativos para o idoso.

Art. 10. Ao Ministério da Educação e do Desporto, em articulação com órgãos federais, estaduais e municipais de educação, compete:

I - viabilizar a implantação de programa educacional voltado para o idoso, de modo a atender o inciso III do Art. 10 da Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994;

II - incentivar a inclusão nos programas educacionais de conteúdos sobre o processo de envelhecimento;

III - estimular e apoiar a admissão do idoso na universidade, propiciando a integração intergeracional;

IV - incentivar o desenvolvimento de programas educativos voltados para a comunidade, ao idoso e sua família, mediante os meios de comunicação de massa;

V - incentivar a inclusão de disciplinas de Gerontologia e Geriatria nos currículos dos cursos superiores.

Art. 11. Ao Ministério do Trabalho, por meio de seus órgãos, compete garantir mecanismos que impeçam a discriminação do idoso quanto à sua participação no mercado de trabalho.

Art. 12. Ao Ministério da Cultura compete, em conjunto com seus órgãos e entidades vinculadas, criar programa de âmbito nacional, visando à:

I - garantir ao idoso a participação no processo de produção, reelaboração e fruição dos bens culturais;

II - propiciar ao idoso o acesso aos locais e eventos culturais, mediante preços reduzidos;

III - valorizar o registro da memória e a transmissão de informações e habilidades do idoso aos mais jovens, como meio de garantir a continuidade e a identidade cultural;

IV - incentivar os movimentos de idosos a desenvolver atividades culturais.

Parágrafo único. Às entidades vinculadas do Ministério da Cultura, no âmbito de suas respectivas áreas afins, compete a implementação de atividades específicas, conjugadas à Política Nacional do Idoso.

Art. 13. Ao Ministério da Justiça, por intermédio da Secretaria dos Direitos da Cidadania, compete:

I - encaminhar as denúncias ao órgão competente do Poder Executivo ou do Ministério Público para defender os direitos da pessoa idosa junto ao Poder Judiciário;

II - zelar pela aplicação das normas sobre o idoso determinando ações para evitar abusos e lesões a seus direitos.

Parágrafo único. Todo cidadão tem o dever de denunciar à autoridade competente qualquer forma de negligência ou desrespeito ao idoso.

Art. 14. Os Ministérios que atuam nas áreas de habitação e urbanismo, de saúde, de educação e desporto, de trabalho, de previdência e assistência social, de cultura e da justiça deverão elaborar proposta orçamentaria, no âmbito de suas competências, visando ao financiamento de programas compatíveis com a Política Nacional do Idoso.

Art. 15. Compete aos Ministérios envolvidos na Política Nacional do Idoso, dentro das suas competências, promover a capacitação de recursos humanos voltados ao atendimento do idoso.

Parágrafo único. Para viabilizar a capacitação de recursos humanos, os Ministérios poderão firmar convênios com instituições governamentais e não-governamentais, nacionais, estrangeiras ou internacionais.

Art. 16. Compete ao Conselho Nacional da Seguridade Social e aos conselhos setoriais, no âmbito da seguridade, a formulação, coordenação, supervisão e avaliação da Política Nacional do Idoso, respeitadas as respectivas esferas de atribuições administrativas.

Art. 17. O idoso terá atendimento preferencial nos órgãos públicos e privados prestadores de serviços à população.

Parágrafo único. O idoso que não tenha meios de prover à sua própria subsistência, que não tenha família ou cuja família não tenha condições de prover à sua manutenção, terá assegurada a assistência asilar, pela União, pelos Estados, pelo Distrito Federal e pelos Municípios, na forma da lei.

Art. 18. Fica proibida a permanência em instituições asilares, de caráter social, de idosos portadores de doenças que exijam assistência médica permanente ou de assistência de enfermagem intensiva, cuja falta possa agravar ou por em risco sua vida ou a vida de terceiros.

Parágrafo único. A permanência ou não do idoso doente em instituições asilares, de caráter social, dependerá de avaliação médica prestada pelo serviço de saúde local.

Art. 19. Para implementar as condições estabelecidas no artigo anterior, as instituições asilares poderão firmar contratos ou convênios com o Sistema de Saúde local.

Art. 20. Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 3 de Julho de 1996; 175º da Independência e 108º da República.

FERNANDO HENRIQUE CARDOSO

Nelson A. Jobim

Paulo Renato Souza

Francisco Weffort

Paulo Paiva

Reinhold Stephanes

Adib Jatene

Antonio Kandir

Anexo 4



Presidência da República
Casa Civil
Subchefia para Assuntos Jurídicos

LEI Nº 10.741, DE 1º DE OUTUBRO DE 2003.

[Mensagem de veto](#)

Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências.

[Vigência](#)

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

TÍTULO I

Disposições Preliminares

Art. 1º É instituído o Estatuto do Idoso, destinado a regular os direitos assegurados às pessoas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos.

Art. 2º O idoso goza de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta Lei, assegurando-se-lhe, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, para preservação de sua saúde física e mental e seu aperfeiçoamento moral, intelectual, espiritual e social, em condições de liberdade e dignidade.

Art. 3º É obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária.

Parágrafo único. A garantia de prioridade compreende:

I – atendimento preferencial imediato e individualizado junto aos órgãos públicos e privados prestadores de serviços à população;

II – preferência na formulação e na execução de políticas sociais públicas específicas;

III – destinação privilegiada de recursos públicos nas áreas relacionadas com a proteção ao idoso;

IV – viabilização de formas alternativas de participação, ocupação e convívio do idoso com as demais gerações;

V – priorização do atendimento do idoso por sua própria família, em detrimento do atendimento asilar, exceto dos que não a possuam ou careçam de condições de manutenção da própria sobrevivência;

VI – capacitação e reciclagem dos recursos humanos nas áreas de geriatria e gerontologia e na prestação de serviços aos idosos;

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

VIII – garantia de acesso à rede de serviços de saúde e de assistência social locais.

Art. 4º Nenhum idoso será objeto de qualquer tipo de negligência, discriminação, violência, crueldade ou opressão, e todo atentado aos seus direitos, por ação ou omissão, será punido na forma da lei.

§ 1º É dever de todos prevenir a ameaça ou violação aos direitos do idoso.

§ 2º As obrigações previstas nesta Lei não excluem da prevenção outras decorrentes dos princípios por ela adotados.

Art. 5º A inobservância das normas de prevenção importará em responsabilidade à pessoa física ou jurídica nos termos da lei.

Art. 6º Todo cidadão tem o dever de comunicar à autoridade competente qualquer forma de violação a esta Lei que tenha testemunhado ou de que tenha conhecimento.

Art. 7º Os Conselhos Nacional, Estaduais, do Distrito Federal e Municipais do Idoso, previstos na [Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994](#), zelarão pelo cumprimento dos direitos do idoso, definidos nesta Lei.

TÍTULO II

Dos Direitos Fundamentais

CAPÍTULO I

Do Direito à Vida

Art. 8º O envelhecimento é um direito personalíssimo e a sua proteção um direito social, nos termos desta Lei e da legislação vigente.

Art. 9º É obrigação do Estado, garantir à pessoa idosa a proteção à vida e à saúde, mediante efetivação de políticas sociais públicas que permitam um envelhecimento saudável e em condições de dignidade.

CAPÍTULO II

Do Direito à Liberdade, ao Respeito e à Dignidade

Art. 10. É obrigação do Estado e da sociedade, assegurar à pessoa idosa a liberdade, o respeito e a dignidade, como pessoa humana e sujeito de direitos civis, políticos, individuais e sociais, garantidos na Constituição e nas leis.

§ 1º O direito à liberdade compreende, entre outros, os seguintes aspectos:

I – faculdade de ir, vir e estar nos logradouros públicos e espaços comunitários, ressalvadas as restrições legais;

II – opinião e expressão;

III – crença e culto religioso;

IV – prática de esportes e de diversões;

V – participação na vida familiar e comunitária;

VI – participação na vida política, na forma da lei;

VII – faculdade de buscar refúgio, auxílio e orientação.

§ 2º O direito ao respeito consiste na inviolabilidade da integridade física, psíquica e moral, abrangendo a preservação da imagem, da identidade, da autonomia, de valores, idéias e crenças, dos espaços e dos objetos pessoais.

§ 3º É dever de todos zelar pela dignidade do idoso, colocando-o a salvo de qualquer tratamento desumano, violento, aterrorizante, vexatório ou constrangedor.

CAPÍTULO III

Dos Alimentos

Art. 11. Os alimentos serão prestados ao idoso na forma da lei civil.

Art. 12. A obrigação alimentar é solidária, podendo o idoso optar entre os prestadores.

Art. 13. As transações relativas a alimentos poderão ser celebradas perante o Promotor de Justiça, que as referendará, e passarão a ter efeito de título executivo extrajudicial nos termos da lei processual civil.

Art. 14. Se o idoso ou seus familiares não possuírem condições econômicas de prover o seu sustento, impõe-se ao Poder Público esse provimento, no âmbito da assistência social.

CAPÍTULO IV

Do Direito à Saúde

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

§ 1º A prevenção e a manutenção da saúde do idoso serão efetivadas por meio de:

I – cadastramento da população idosa em base territorial;

II – atendimento geriátrico e gerontológico em ambulatórios;

III – unidades geriátricas de referência, com pessoal especializado nas áreas de geriatria e gerontologia social;

IV – atendimento domiciliar, incluindo a internação, para a população que dele necessitar e esteja impossibilitada de se locomover, inclusive para idosos abrigados e acolhidos por instituições públicas, filantrópicas ou sem fins lucrativos e eventualmente conveniadas com o Poder Público, nos meios urbano e rural;

V – reabilitação orientada pela geriatria e gerontologia, para redução das seqüelas decorrentes do agravo da saúde.

§ 2º Incumbe ao Poder Público fornecer aos idosos, gratuitamente, medicamentos, especialmente os de uso continuado, assim como próteses, órteses e outros recursos relativos ao tratamento, habilitação ou reabilitação.

§ 3º É vedada a discriminação do idoso nos planos de saúde pela cobrança de valores diferenciados em razão da idade.

§ 4º Os idosos portadores de deficiência ou com limitação incapacitante terão atendimento especializado, nos termos da lei.

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

Parágrafo único. Caberá ao profissional de saúde responsável pelo tratamento conceder autorização para o acompanhamento do idoso ou, no caso de impossibilidade, justificá-la por escrito.

Art. 17. Ao idoso que esteja no domínio de suas faculdades mentais é assegurado o direito de optar pelo tratamento de saúde que lhe for reputado mais favorável.

Parágrafo único. Não estando o idoso em condições de proceder à opção, esta será feita:

I – pelo curador, quando o idoso for interditado;

II – pelos familiares, quando o idoso não tiver curador ou este não puder ser contactado em tempo hábil;

III – pelo médico, quando ocorrer iminente risco de vida e não houver tempo hábil para consulta a curador ou familiar;

IV – pelo próprio médico, quando não houver curador ou familiar conhecido, caso em que deverá comunicar o fato ao Ministério Público.

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

Art. 19. Os casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra idoso serão obrigatoriamente comunicados pelos profissionais de saúde a quaisquer dos seguintes órgãos:

I – autoridade policial;

II – Ministério Público;

III – Conselho Municipal do Idoso;

IV – Conselho Estadual do Idoso;

V – Conselho Nacional do Idoso.

CAPÍTULO V

Da Educação, Cultura, Esporte e Lazer

Art. 20. O idoso tem direito a educação, cultura, esporte, lazer, diversões, espetáculos, produtos e serviços que respeitem sua peculiar condição de idade.

Art. 21. O Poder Público criará oportunidades de acesso do idoso à educação, adequando currículos, metodologias e material didático aos programas educacionais a ele destinados.

§ 1º Os cursos especiais para idosos incluirão conteúdo relativo às técnicas de comunicação, computação e demais avanços tecnológicos, para sua integração à vida moderna.

§ 2º Os idosos participarão das comemorações de caráter cívico ou cultural, para transmissão de conhecimentos e vivências às demais gerações, no sentido da preservação da memória e da identidade culturais.

Art. 22. Nos currículos mínimos dos diversos níveis de ensino formal serão inseridos conteúdos voltados ao processo de envelhecimento, ao respeito e à valorização do idoso, de forma a eliminar o preconceito e a produzir conhecimentos sobre a matéria.

Art. 23. A participação dos idosos em atividades culturais e de lazer será proporcionada mediante descontos de pelo menos 50% (cinquenta por cento) nos ingressos para eventos artísticos, culturais, esportivos e de lazer, bem como o acesso preferencial aos respectivos locais.

Art. 24. Os meios de comunicação manterão espaços ou horários especiais voltados aos idosos, com finalidade informativa, educativa, artística e cultural, e ao público sobre o processo de envelhecimento.

Art. 25. O Poder Público apoiará a criação de universidade aberta para as pessoas idosas e incentivará a publicação de livros e periódicos, de conteúdo e padrão editorial adequados ao idoso, que facilitem a leitura, considerada a natural redução da capacidade visual.

CAPÍTULO VI

Da Profissionalização e do Trabalho

Art. 26. O idoso tem direito ao exercício de atividade profissional, respeitadas suas condições físicas, intelectuais e psíquicas.

Art. 27. Na admissão do idoso em qualquer trabalho ou emprego, é vedada a discriminação e a fixação de limite máximo de idade, inclusive para concursos, ressalvados os casos em que a natureza do cargo o exigir.

Parágrafo único. O primeiro critério de desempate em concurso público será a idade, dando-se preferência ao de idade mais elevada.

Art. 28. O Poder Público criará e estimulará programas de:

I – profissionalização especializada para os idosos, aproveitando seus potenciais e habilidades para atividades regulares e remuneradas;

II – preparação dos trabalhadores para a aposentadoria, com antecedência mínima de 1 (um) ano, por meio de estímulo a novos projetos sociais, conforme seus interesses, e de esclarecimento sobre os direitos sociais e de cidadania;

III – estímulo às empresas privadas para admissão de idosos ao trabalho.

CAPÍTULO VII

Da Previdência Social

Art. 29. Os benefícios de aposentadoria e pensão do Regime Geral da Previdência Social observarão, na sua concessão, critérios de cálculo que preservem o valor real dos salários sobre os quais incidiram contribuição, nos termos da legislação vigente.

Parágrafo único. Os valores dos benefícios em manutenção serão reajustados na mesma data de reajuste do salário-mínimo, **pro rata**, de acordo com suas respectivas datas de início ou do seu último reajustamento, com base em percentual definido em regulamento, observados os critérios estabelecidos pela [Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991](#).

Art. 30. A perda da condição de segurado não será considerada para a concessão da aposentadoria por idade, desde que a pessoa conte com, no mínimo, o tempo de contribuição correspondente ao exigido para efeito de carência na data de requerimento do benefício.

Parágrafo único. O cálculo do valor do benefício previsto no **caput** observará o disposto no **caput** e [§ 2º do art. 3º da Lei nº 9.876, de 26 de novembro de 1999](#), ou, não havendo salários-de-contribuição recolhidos a partir da competência de julho de 1994, o disposto no [art. 35 da Lei nº 8.213, de 1991](#).

Art. 31. O pagamento de parcelas relativas a benefícios, efetuado com atraso por responsabilidade da Previdência Social, será atualizado pelo mesmo índice utilizado para os reajustamentos dos benefícios do Regime Geral de Previdência Social, verificado no período compreendido entre o mês que deveria ter sido pago e o mês do efetivo pagamento.

Art. 32. O Dia Mundial do Trabalho, 1º de Maio, é a data-base dos aposentados e pensionistas.

CAPÍTULO VIII

Da Assistência Social

Art. 33. A assistência social aos idosos será prestada, de forma articulada, conforme os princípios e diretrizes previstos na Lei Orgânica da Assistência Social, na Política Nacional do Idoso, no Sistema Único de Saúde e demais normas pertinentes.

Art. 34. Aos idosos, a partir de 65 (sessenta e cinco) anos, que não possuam meios para prover sua subsistência, nem de tê-la provida por sua família, é assegurado o benefício mensal de 1 (um) salário-mínimo, nos termos da Lei Orgânica da Assistência Social – Loas.

Parágrafo único. O benefício já concedido a qualquer membro da família nos termos do **caput** não será computado para os fins do cálculo da renda familiar **per capita** a que se refere a Loas.

Art. 35. Todas as entidades de longa permanência, ou casa-lar, são obrigadas a firmar contrato de prestação de serviços com a pessoa idosa abrigada.

§ 1º No caso de entidades filantrópicas, ou casa-lar, é facultada a cobrança de participação do idoso no custeio da entidade.

§ 2º O Conselho Municipal do Idoso ou o Conselho Municipal da Assistência Social estabelecerá a forma de participação prevista no § 1º, que não poderá exceder a 70% (setenta por cento) de qualquer benefício previdenciário ou de assistência social percebido pelo idoso.

§ 3º Se a pessoa idosa for incapaz, caberá a seu representante legal firmar o contrato a que se refere o **caput** deste artigo.

Art. 36. O acolhimento de idosos em situação de risco social, por adulto ou núcleo familiar, caracteriza a dependência econômica, para os efeitos legais.

CAPÍTULO IX

Da Habitação

Art. 37. O idoso tem direito a moradia digna, no seio da família natural ou substituta, ou desacompanhado de seus familiares, quando assim o desejar, ou, ainda, em instituição pública ou privada.

§ 1º A assistência integral na modalidade de entidade de longa permanência será prestada quando verificada inexistência de grupo familiar, casa-lar, abandono ou carência de recursos financeiros próprios ou da família.

§ 2º Toda instituição dedicada ao atendimento ao idoso fica obrigada a manter identificação externa visível, sob pena de interdição, além de atender toda a legislação pertinente.

§ 3º As instituições que abrigarem idosos são obrigadas a manter padrões de habitação compatíveis com as necessidades deles, bem como provê-los com alimentação regular e higiene indispensáveis às normas sanitárias e com estas condizentes, sob as penas da lei.

Art. 38. Nos programas habitacionais, públicos ou subsidiados com recursos públicos, o idoso goza de prioridade na aquisição de imóvel para moradia própria, observado o seguinte:

- I – reserva de 3% (três por cento) das unidades residenciais para atendimento aos idosos;
- II – implantação de equipamentos urbanos comunitários voltados ao idoso;
- III – eliminação de barreiras arquitetônicas e urbanísticas, para garantia de acessibilidade ao idoso;

IV – critérios de financiamento compatíveis com os rendimentos de aposentadoria e pensão.

CAPÍTULO X

Do Transporte

Art. 39. Aos maiores de 65 (sessenta e cinco) anos fica assegurada a gratuidade dos transportes coletivos públicos urbanos e semi-urbanos, exceto nos serviços seletivos e especiais, quando prestados paralelamente aos serviços regulares.

§ 1º Para ter acesso à gratuidade, basta que o idoso apresente qualquer documento pessoal que faça prova de sua idade.

§ 2º Nos veículos de transporte coletivo de que trata este artigo, serão reservados 10% (dez por cento) dos assentos para os idosos, devidamente identificados com a placa de reservado preferencialmente para idosos.

§ 3º No caso das pessoas compreendidas na faixa etária entre 60 (sessenta) e 65 (sessenta e cinco) anos, ficará a critério da legislação local dispor sobre as condições para exercício da gratuidade nos meios de transporte previstos no **caput** deste artigo.

Art. 40. No sistema de transporte coletivo interestadual observar-se-á, nos termos da legislação específica: [Regulamento](#)

I – a reserva de 2 (duas) vagas gratuitas por veículo para idosos com renda igual ou inferior a 2 (dois) salários-mínimos;

II – desconto de 50% (cinquenta por cento), no mínimo, no valor das passagens, para os idosos que excederem as vagas gratuitas, com renda igual ou inferior a 2 (dois) salários-mínimos.

Parágrafo único. Caberá aos órgãos competentes definir os mecanismos e os critérios para o exercício dos direitos previstos nos incisos I e II.

Art. 41. É assegurada a reserva, para os idosos, nos termos da lei local, de 5% (cinco por cento) das vagas nos estacionamentos públicos e privados, as quais deverão ser posicionadas de forma a garantir a melhor comodidade ao idoso.

Art. 42. É assegurada a prioridade do idoso no embarque no sistema de transporte coletivo.

TÍTULO III

Das Medidas de Proteção

CAPÍTULO I

Das Disposições Gerais

Art. 43. As medidas de proteção ao idoso são aplicáveis sempre que os direitos reconhecidos nesta Lei forem ameaçados ou violados:

- I – por ação ou omissão da sociedade ou do Estado;
- II – por falta, omissão ou abuso da família, curador ou entidade de atendimento;
- III – em razão de sua condição pessoal.

CAPÍTULO II

Das Medidas Específicas de Proteção

Art. 44. As medidas de proteção ao idoso previstas nesta Lei poderão ser aplicadas, isolada ou cumulativamente, e levarão em conta os fins sociais a que se destinam e o fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários.

Art. 45. Verificada qualquer das hipóteses previstas no art. 43, o Ministério Público ou o Poder Judiciário, a requerimento daquele, poderá determinar, dentre outras, as seguintes medidas:

- I – encaminhamento à família ou curador, mediante termo de responsabilidade;
- II – orientação, apoio e acompanhamento temporários;
- III – requisição para tratamento de sua saúde, em regime ambulatorial, hospitalar ou domiciliar;
- IV – inclusão em programa oficial ou comunitário de auxílio, orientação e tratamento a usuários dependentes de drogas lícitas ou ilícitas, ao próprio idoso ou à pessoa de sua convivência que lhe cause perturbação;
- V – abrigo em entidade;
- VI – abrigo temporário.

TÍTULO IV

Da Política de Atendimento ao Idoso

CAPÍTULO I

Disposições Gerais

Art. 46. A política de atendimento ao idoso far-se-á por meio do conjunto articulado de ações governamentais e não-governamentais da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios.

Art. 47. São linhas de ação da política de atendimento:

- I – políticas sociais básicas, previstas na [Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994](#);
- II – políticas e programas de assistência social, em caráter supletivo, para aqueles que necessitarem;

III – serviços especiais de prevenção e atendimento às vítimas de negligência, maus-tratos, exploração, abuso, crueldade e opressão;

IV – serviço de identificação e localização de parentes ou responsáveis por idosos abandonados em hospitais e instituições de longa permanência;

V – proteção jurídico-social por entidades de defesa dos direitos dos idosos;

VI – mobilização da opinião pública no sentido da participação dos diversos segmentos da sociedade no atendimento do idoso.

CAPÍTULO II

Das Entidades de Atendimento ao Idoso

Art. 48. As entidades de atendimento são responsáveis pela manutenção das próprias unidades, observadas as normas de planejamento e execução emanadas do órgão competente da Política Nacional do Idoso, conforme a [Lei nº 8.842, de 1994](#).

Parágrafo único. As entidades governamentais e não-governamentais de assistência ao idoso ficam sujeitas à inscrição de seus programas, junto ao órgão competente da Vigilância Sanitária e Conselho Municipal da Pessoa Idosa, e em sua falta, junto ao Conselho Estadual ou Nacional da Pessoa Idosa, especificando os regimes de atendimento, observados os seguintes requisitos:

I – oferecer instalações físicas em condições adequadas de habitabilidade, higiene, salubridade e segurança;

II – apresentar objetivos estatutários e plano de trabalho compatíveis com os princípios desta Lei;

III – estar regularmente constituída;

IV – demonstrar a idoneidade de seus dirigentes.

Art. 49. As entidades que desenvolvam programas de institucionalização de longa permanência adotarão os seguintes princípios:

I – preservação dos vínculos familiares;

II – atendimento personalizado e em pequenos grupos;

III – manutenção do idoso na mesma instituição, salvo em caso de força maior;

IV – participação do idoso nas atividades comunitárias, de caráter interno e externo;

V – observância dos direitos e garantias dos idosos;

VI – preservação da identidade do idoso e oferecimento de ambiente de respeito e dignidade.

Parágrafo único. O dirigente de instituição prestadora de atendimento ao idoso responderá civil e criminalmente pelos atos que praticar em detrimento do idoso, sem prejuízo das sanções administrativas.

Art. 50. Constituem obrigações das entidades de atendimento:

I – celebrar contrato escrito de prestação de serviço com o idoso, especificando o tipo de atendimento, as obrigações da entidade e prestações decorrentes do contrato, com os respectivos preços, se for o caso;

II – observar os direitos e as garantias de que são titulares os idosos;

III – fornecer vestuário adequado, se for pública, e alimentação suficiente;

IV – oferecer instalações físicas em condições adequadas de habitabilidade;

V – oferecer atendimento personalizado;

VI – diligenciar no sentido da preservação dos vínculos familiares;

VII – oferecer acomodações apropriadas para recebimento de visitas;

VIII – proporcionar cuidados à saúde, conforme a necessidade do idoso;

IX – promover atividades educacionais, esportivas, culturais e de lazer;

X – propiciar assistência religiosa àqueles que desejarem, de acordo com suas crenças;

XI – proceder a estudo social e pessoal de cada caso;

XII – comunicar à autoridade competente de saúde toda ocorrência de idoso portador de doenças infecto-contagiosas;

XIII – providenciar ou solicitar que o Ministério Público requirite os documentos necessários ao exercício da cidadania àqueles que não os tiverem, na forma da lei;

XIV – fornecer comprovante de depósito dos bens móveis que receberem dos idosos;

XV – manter arquivo de anotações onde constem data e circunstâncias do atendimento, nome do idoso, responsável, parentes, endereços, cidade, relação de seus pertences, bem como o valor de contribuições, e suas alterações, se houver, e demais dados que possibilitem sua identificação e a individualização do atendimento;

XVI – comunicar ao Ministério Público, para as providências cabíveis, a situação de abandono moral ou material por parte dos familiares;

XVII – manter no quadro de pessoal profissionais com formação específica.

Art. 51. As instituições filantrópicas ou sem fins lucrativos prestadoras de serviço ao idoso terão direito à assistência judiciária gratuita.

CAPÍTULO III

Da Fiscalização das Entidades de Atendimento

Art. 52. As entidades governamentais e não-governamentais de atendimento ao idoso serão fiscalizadas pelos Conselhos do Idoso, Ministério Público, Vigilância Sanitária e outros previstos em lei.

Art. 53. O art. 7º da [Lei nº 8.842, de 1994](#), passa a vigorar com a seguinte redação:

"Art. 7º Compete aos Conselhos de que trata o art. 6º desta Lei a supervisão, o acompanhamento, a fiscalização e a avaliação da política nacional do idoso, no âmbito das respectivas instâncias político-administrativas." (NR)

Art. 54. Será dada publicidade das prestações de contas dos recursos públicos e privados recebidos pelas entidades de atendimento.

Art. 55. As entidades de atendimento que descumprirem as determinações desta Lei ficarão sujeitas, sem prejuízo da responsabilidade civil e criminal de seus dirigentes ou prepostos, às seguintes penalidades, observado o devido processo legal:

I – as entidades governamentais:

- a) advertência;
- b) afastamento provisório de seus dirigentes;
- c) afastamento definitivo de seus dirigentes;
- d) fechamento de unidade ou interdição de programa;

II – as entidades não-governamentais:

- a) advertência;
- b) multa;
- c) suspensão parcial ou total do repasse de verbas públicas;
- d) interdição de unidade ou suspensão de programa;
- e) proibição de atendimento a idosos a bem do interesse público.

§ 1º Havendo danos aos idosos abrigados ou qualquer tipo de fraude em relação ao programa, caberá o afastamento provisório dos dirigentes ou a interdição da unidade e a suspensão do programa.

§ 2º A suspensão parcial ou total do repasse de verbas públicas ocorrerá quando verificada a má aplicação ou desvio de finalidade dos recursos.

§ 3º Na ocorrência de infração por entidade de atendimento, que coloque em risco os direitos assegurados nesta Lei, será o fato comunicado ao Ministério Público, para as providências cabíveis, inclusive para promover a suspensão das atividades ou dissolução da entidade, com a proibição de atendimento a idosos a bem do interesse público, sem prejuízo das providências a serem tomadas pela Vigilância Sanitária.

§ 4º Na aplicação das penalidades, serão consideradas a natureza e a gravidade da infração cometida, os danos que dela provierem para o idoso, as circunstâncias agravantes ou atenuantes e os antecedentes da entidade.

CAPÍTULO IV

Das Infrações Administrativas

Art. 56. Deixar a entidade de atendimento de cumprir as determinações do [art. 50 desta Lei](#):

Pena – multa de R\$ 500,00 (quinhentos reais) a R\$ 3.000,00 (três mil reais), se o fato não for caracterizado como crime, podendo haver a interdição do estabelecimento até que sejam cumpridas as exigências legais.

Parágrafo único. No caso de interdição do estabelecimento de longa permanência, os idosos abrigados serão transferidos para outra instituição, a expensas do estabelecimento interditado, enquanto durar a interdição.

Art. 57. Deixar o profissional de saúde ou o responsável por estabelecimento de saúde ou instituição de longa permanência de comunicar à autoridade competente os casos de crimes contra idoso de que tiver conhecimento:

Pena – multa de R\$ 500,00 (quinhentos reais) a R\$ 3.000,00 (três mil reais), aplicada em dobro no caso de reincidência.

Art. 58. Deixar de cumprir as determinações desta Lei sobre a prioridade no atendimento ao idoso:

Pena – multa de R\$ 500,00 (quinhentos reais) a R\$ 1.000,00 (um mil reais) e multa civil a ser estipulada pelo juiz, conforme o dano sofrido pelo idoso.

CAPÍTULO V

Da Apuração Administrativa de Infração às

Normas de Proteção ao Idoso

Art. 59. Os valores monetários expressos no Capítulo IV serão atualizados anualmente, na forma da lei.

Art. 60. O procedimento para a imposição de penalidade administrativa por infração às normas de proteção ao idoso terá início com requisição do Ministério Público ou auto de infração elaborado por servidor efetivo e assinado, se possível, por duas testemunhas.

§ 1º No procedimento iniciado com o auto de infração poderão ser usadas fórmulas impressas, especificando-se a natureza e as circunstâncias da infração.

§ 2º Sempre que possível, à verificação da infração seguir-se-á a lavratura do auto, ou este será lavrado dentro de 24 (vinte e quatro) horas, por motivo justificado.

Art. 61. O autuado terá prazo de 10 (dez) dias para a apresentação da defesa, contado da data da intimação, que será feita:

I – pelo autuante, no instrumento de autuação, quando for lavrado na presença do infrator;

II – por via postal, com aviso de recebimento.

Art. 62. Havendo risco para a vida ou à saúde do idoso, a autoridade competente aplicará à entidade de atendimento as sanções regulamentares, sem prejuízo da iniciativa e das providências que vierem a ser adotadas pelo Ministério Público ou pelas demais instituições legitimadas para a fiscalização.

Art. 63. Nos casos em que não houver risco para a vida ou a saúde da pessoa idosa abrigada, a autoridade competente aplicará à entidade de atendimento as sanções regulamentares, sem prejuízo da iniciativa e das providências que vierem a ser adotadas pelo Ministério Público ou pelas demais instituições legitimadas para a fiscalização.

CAPÍTULO VI

Da Apuração Judicial de Irregularidades em Entidade de Atendimento

Art. 64. Aplicam-se, subsidiariamente, ao procedimento administrativo de que trata este Capítulo as disposições das [Leis nºs 6.437, de 20 de agosto de 1977](#), e [9.784, de 29 de janeiro de 1999](#).

Art. 65. O procedimento de apuração de irregularidade em entidade governamental e não-governamental de atendimento ao idoso terá início mediante petição fundamentada de pessoa interessada ou iniciativa do Ministério Público.

Art. 66. Havendo motivo grave, poderá a autoridade judiciária, ouvido o Ministério Público, decretar liminarmente o afastamento provisório do dirigente da entidade ou outras medidas que julgar adequadas, para evitar lesão aos direitos do idoso, mediante decisão fundamentada.

Art. 67. O dirigente da entidade será citado para, no prazo de 10 (dez) dias, oferecer resposta escrita, podendo juntar documentos e indicar as provas a produzir.

Art. 68. Apresentada a defesa, o juiz procederá na conformidade do art. 69 ou, se necessário, designará audiência de instrução e julgamento, deliberando sobre a necessidade de produção de outras provas.

§ 1º Salvo manifestação em audiência, as partes e o Ministério Público terão 5 (cinco) dias para oferecer alegações finais, decidindo a autoridade judiciária em igual prazo.

§ 2º Em se tratando de afastamento provisório ou definitivo de dirigente de entidade governamental, a autoridade judiciária oficiará a autoridade administrativa imediatamente superior ao afastado, fixando-lhe prazo de 24 (vinte e quatro) horas para proceder à substituição.

§ 3º Antes de aplicar qualquer das medidas, a autoridade judiciária poderá fixar prazo para a remoção das irregularidades verificadas. Satisfeitas as exigências, o processo será extinto, sem julgamento do mérito.

§ 4º A multa e a advertência serão impostas ao dirigente da entidade ou ao responsável pelo programa de atendimento.

TÍTULO V

Do Acesso à Justiça

CAPÍTULO I

Disposições Gerais

Art. 69. Aplica-se, subsidiariamente, às disposições deste Capítulo, o procedimento sumário previsto no Código de Processo Civil, naquilo que não contrarie os prazos previstos nesta Lei.

Art. 70. O Poder Público poderá criar varas especializadas e exclusivas do idoso.

Art. 71. É assegurada prioridade na tramitação dos processos e procedimentos e na execução dos atos e diligências judiciais em que figure como parte ou interveniente pessoa com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, em qualquer instância.

§ 1º O interessado na obtenção da prioridade a que alude este artigo, fazendo prova de sua idade, requererá o benefício à autoridade judiciária competente para decidir o feito, que determinará as providências a serem cumpridas, anotando-se essa circunstância em local visível nos autos do processo.

§ 2º A prioridade não cessará com a morte do beneficiado, estendendo-se em favor do cônjuge supérstite, companheiro ou companheira, com união estável, maior de 60 (sessenta) anos.

§ 3º A prioridade se estende aos processos e procedimentos na Administração Pública, empresas prestadoras de serviços públicos e instituições financeiras, ao atendimento preferencial junto à Defensoria Pública da União, dos Estados e do Distrito Federal em relação aos Serviços de Assistência Judiciária.

§ 4º Para o atendimento prioritário será garantido ao idoso o fácil acesso aos assentos e caixas, identificados com a destinação a idosos em local visível e caracteres legíveis.

CAPÍTULO II

Do Ministério Público

Art. 72. (VETADO)

Art. 73. As funções do Ministério Público, previstas nesta Lei, serão exercidas nos termos da respectiva Lei Orgânica.

Art. 74. Compete ao Ministério Público:

I – instaurar o inquérito civil e a ação civil pública para a proteção dos direitos e interesses difusos ou coletivos, individuais indisponíveis e individuais homogêneos do idoso;

II – promover e acompanhar as ações de alimentos, de interdição total ou parcial, de designação de curador especial, em circunstâncias que justifiquem a medida e oficiar em todos os feitos em que se discutam os direitos de idosos em condições de risco;

III – atuar como substituto processual do idoso em situação de risco, conforme o disposto no art. 43 desta Lei;

IV – promover a revogação de instrumento procuratório do idoso, nas hipóteses previstas no art. 43 desta Lei, quando necessário ou o interesse público justificar;

V – instaurar procedimento administrativo e, para instruí-lo:

a) expedir notificações, colher depoimentos ou esclarecimentos e, em caso de não comparecimento injustificado da pessoa notificada, requisitar condução coercitiva, inclusive pela Polícia Civil ou Militar;

b) requisitar informações, exames, perícias e documentos de autoridades municipais, estaduais e federais, da administração direta e indireta, bem como promover inspeções e diligências investigatórias;

c) requisitar informações e documentos particulares de instituições privadas;

VI – instaurar sindicâncias, requisitar diligências investigatórias e a instauração de inquérito policial, para a apuração de ilícitos ou infrações às normas de proteção ao idoso;

VII – zelar pelo efetivo respeito aos direitos e garantias legais assegurados ao idoso, promovendo as medidas judiciais e extrajudiciais cabíveis;

VIII – inspecionar as entidades públicas e particulares de atendimento e os programas de que trata esta Lei, adotando de pronto as medidas administrativas ou judiciais necessárias à remoção de irregularidades porventura verificadas;

IX – requisitar força policial, bem como a colaboração dos serviços de saúde, educacionais e de assistência social, públicos, para o desempenho de suas atribuições;

X – referendar transações envolvendo interesses e direitos dos idosos previstos nesta Lei.

§ 1º A legitimação do Ministério Público para as ações cíveis previstas neste artigo não impede a de terceiros, nas mesmas hipóteses, segundo dispuser a lei.

§ 2º As atribuições constantes deste artigo não excluem outras, desde que compatíveis com a finalidade e atribuições do Ministério Público.

§ 3º O representante do Ministério Público, no exercício de suas funções, terá livre acesso a toda entidade de atendimento ao idoso.

Art. 75. Nos processos e procedimentos em que não for parte, atuará obrigatoriamente o Ministério Público na defesa dos direitos e interesses de que cuida esta Lei, hipóteses em que terá vista dos autos depois das partes, podendo juntar documentos, requerer diligências e produção de outras provas, usando os recursos cabíveis.

Art. 76. A intimação do Ministério Público, em qualquer caso, será feita pessoalmente.

Art. 77. A falta de intervenção do Ministério Público acarreta a nulidade do feito, que será declarada de ofício pelo juiz ou a requerimento de qualquer interessado.

CAPÍTULO III

Da Proteção Judicial dos Interesses Difusos, Coletivos e Individuais Indisponíveis ou Homogêneos

Art. 78. As manifestações processuais do representante do Ministério Público deverão ser fundamentadas.

Art. 79. Regem-se pelas disposições desta Lei as ações de responsabilidade por ofensa aos direitos assegurados ao idoso, referentes à omissão ou ao oferecimento insatisfatório de:

I – acesso às ações e serviços de saúde;

II – atendimento especializado ao idoso portador de deficiência ou com limitação incapacitante;

III – atendimento especializado ao idoso portador de doença infecto-contagiosa;

IV – serviço de assistência social visando ao amparo do idoso.

Parágrafo único. As hipóteses previstas neste artigo não excluem da proteção judicial outros interesses difusos, coletivos, individuais indisponíveis ou homogêneos, próprios do idoso, protegidos em lei.

Art. 80. As ações previstas neste Capítulo serão propostas no foro do domicílio do idoso, cujo juízo terá competência absoluta para processar a causa, ressalvadas as competências da Justiça Federal e a competência originária dos Tribunais Superiores.

Art. 81. Para as ações cíveis fundadas em interesses difusos, coletivos, individuais indisponíveis ou homogêneos, consideram-se legitimados, concorrentemente:

I – o Ministério Público;

II – a União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios;

III – a Ordem dos Advogados do Brasil;

IV – as associações legalmente constituídas há pelo menos 1 (um) ano e que incluam entre os fins institucionais a defesa dos interesses e direitos da pessoa idosa, dispensada a autorização da assembleia, se houver prévia autorização estatutária.

§ 1º Admitir-se-á litisconsórcio facultativo entre os Ministérios Públicos da União e dos Estados na defesa dos interesses e direitos de que cuida esta Lei.

§ 2º Em caso de desistência ou abandono da ação por associação legitimada, o Ministério Público ou outro legitimado deverá assumir a titularidade ativa.

Art. 82. Para defesa dos interesses e direitos protegidos por esta Lei, são admissíveis todas as espécies de ação pertinentes.

Parágrafo único. Contra atos ilegais ou abusivos de autoridade pública ou agente de pessoa jurídica no exercício de atribuições de Poder Público, que lesem direito líquido e certo previsto

nesta Lei, caberá ação mandamental, que se regerá pelas normas da lei do mandado de segurança.

Art. 83. Na ação que tenha por objeto o cumprimento de obrigação de fazer ou não-fazer, o juiz concederá a tutela específica da obrigação ou determinará providências que assegurem o resultado prático equivalente ao adimplemento.

§ 1º Sendo relevante o fundamento da demanda e havendo justificado receio de ineficácia do provimento final, é lícito ao juiz conceder a tutela liminarmente ou após justificação prévia, na forma do [art. 273 do Código de Processo Civil](#).

§ 2º O juiz poderá, na hipótese do § 1º ou na sentença, impor multa diária ao réu, independentemente do pedido do autor, se for suficiente ou compatível com a obrigação, fixando prazo razoável para o cumprimento do preceito.

§ 3º A multa só será exigível do réu após o trânsito em julgado da sentença favorável ao autor, mas será devida desde o dia em que se houver configurado.

Art. 84. Os valores das multas previstas nesta Lei reverterão ao Fundo do Idoso, onde houver, ou na falta deste, ao Fundo Municipal de Assistência Social, ficando vinculados ao atendimento ao idoso.

Parágrafo único. As multas não recolhidas até 30 (trinta) dias após o trânsito em julgado da decisão serão exigidas por meio de execução promovida pelo Ministério Público, nos mesmos autos, facultada igual iniciativa aos demais legitimados em caso de inércia daquele.

Art. 85. O juiz poderá conferir efeito suspensivo aos recursos, para evitar dano irreparável à parte.

Art. 86. Transitada em julgado a sentença que impuser condenação ao Poder Público, o juiz determinará a remessa de peças à autoridade competente, para apuração da responsabilidade civil e administrativa do agente a que se atribua a ação ou omissão.

Art. 87. Decorridos 60 (sessenta) dias do trânsito em julgado da sentença condenatória favorável ao idoso sem que o autor lhe promova a execução, deverá fazê-lo o Ministério Público, facultada, igual iniciativa aos demais legitimados, como assistentes ou assumindo o pólo ativo, em caso de inércia desse órgão.

Art. 88. Nas ações de que trata este Capítulo, não haverá adiantamento de custas, emolumentos, honorários periciais e quaisquer outras despesas.

Parágrafo único. Não se imporá sucumbência ao Ministério Público.

Art. 89. Qualquer pessoa poderá, e o servidor deverá, provocar a iniciativa do Ministério Público, prestando-lhe informações sobre os fatos que constituam objeto de ação civil e indicando-lhe os elementos de convicção.

Art. 90. Os agentes públicos em geral, os juízes e tribunais, no exercício de suas funções, quando tiverem conhecimento de fatos que possam configurar crime de ação pública contra idoso ou ensejar a propositura de ação para sua defesa, devem encaminhar as peças pertinentes ao Ministério Público, para as providências cabíveis.

Art. 91. Para instruir a petição inicial, o interessado poderá requerer às autoridades competentes as certidões e informações que julgar necessárias, que serão fornecidas no prazo de 10 (dez) dias.

Art. 92. O Ministério Público poderá instaurar sob sua presidência, inquérito civil, ou requisitar, de qualquer pessoa, organismo público ou particular, certidões, informações, exames ou perícias, no prazo que assinalar, o qual não poderá ser inferior a 10 (dez) dias.

§ 1º Se o órgão do Ministério Público, esgotadas todas as diligências, se convencer da inexistência de fundamento para a propositura da ação civil ou de peças informativas, determinará o seu arquivamento, fazendo-o fundamentadamente.

§ 2º Os autos do inquérito civil ou as peças de informação arquivados serão remetidos, sob pena de se incorrer em falta grave, no prazo de 3 (três) dias, ao Conselho Superior do Ministério Público ou à Câmara de Coordenação e Revisão do Ministério Público.

§ 3º Até que seja homologado ou rejeitado o arquivamento, pelo Conselho Superior do Ministério Público ou por Câmara de Coordenação e Revisão do Ministério Público, as associações legitimadas poderão apresentar razões escritas ou documentos, que serão juntados ou anexados às peças de informação.

§ 4º Deixando o Conselho Superior ou a Câmara de Coordenação e Revisão do Ministério Público de homologar a promoção de arquivamento, será designado outro membro do Ministério Público para o ajuizamento da ação.

TÍTULO VI

Dos Crimes

CAPÍTULO I

Disposições Gerais

Art. 93. Aplicam-se subsidiariamente, no que couber, as disposições da [Lei nº 7.347, de 24 de julho de 1985](#).

Art. 94. Aos crimes previstos nesta Lei, cuja pena máxima privativa de liberdade não ultrapasse 4 (quatro) anos, aplica-se o procedimento previsto na [Lei nº 9.099, de 26 de setembro de 1995](#), e, subsidiariamente, no que couber, as disposições do Código Penal e do Código de Processo Penal.

CAPÍTULO II

Dos Crimes em Espécie

Art. 95. Os crimes definidos nesta Lei são de ação penal pública incondicionada, não se lhes aplicando os [arts. 181 e 182 do Código Penal](#).

Art. 96. Discriminar pessoa idosa, impedindo ou dificultando seu acesso a operações bancárias, aos meios de transporte, ao direito de contratar ou por qualquer outro meio ou instrumento necessário ao exercício da cidadania, por motivo de idade:

Pena – reclusão de 6 (seis) meses a 1 (um) ano e multa.

§ 1º Na mesma pena incorre quem desdenhar, humilhar, menosprezar ou discriminar pessoa idosa, por qualquer motivo.

§ 2º A pena será aumentada de 1/3 (um terço) se a vítima se encontrar sob os cuidados ou responsabilidade do agente.

Art. 97. Deixar de prestar assistência ao idoso, quando possível fazê-lo sem risco pessoal, em situação de iminente perigo, ou recusar, retardar ou dificultar sua assistência à saúde, sem justa causa, ou não pedir, nesses casos, o socorro de autoridade pública:

Pena – detenção de 6 (seis) meses a 1 (um) ano e multa.

Parágrafo único. A pena é aumentada de metade, se da omissão resulta lesão corporal de natureza grave, e triplicada, se resulta a morte.

Art. 98. Abandonar o idoso em hospitais, casas de saúde, entidades de longa permanência, ou congêneres, ou não prover suas necessidades básicas, quando obrigado por lei ou mandado:

Pena – detenção de 6 (seis) meses a 3 (três) anos e multa.

Art. 99. Expor a perigo a integridade e a saúde, física ou psíquica, do idoso, submetendo-o a condições desumanas ou degradantes ou privando-o de alimentos e cuidados indispensáveis, quando obrigado a fazê-lo, ou sujeitando-o a trabalho excessivo ou inadequado:

Pena – detenção de 2 (dois) meses a 1 (um) ano e multa.

§ 1º Se do fato resulta lesão corporal de natureza grave:

Pena – reclusão de 1 (um) a 4 (quatro) anos.

§ 2º Se resulta a morte:

Pena – reclusão de 4 (quatro) a 12 (doze) anos.

Art. 100. Constitui crime punível com reclusão de 6 (seis) meses a 1 (um) ano e multa:

I – obstar o acesso de alguém a qualquer cargo público por motivo de idade;

II – negar a alguém, por motivo de idade, emprego ou trabalho;

III – recusar, retardar ou dificultar atendimento ou deixar de prestar assistência à saúde, sem justa causa, a pessoa idosa;

IV – deixar de cumprir, retardar ou frustrar, sem justo motivo, a execução de ordem judicial expedida na ação civil a que alude esta Lei;

V – recusar, retardar ou omitir dados técnicos indispensáveis à propositura da ação civil objeto desta Lei, quando requisitados pelo Ministério Público.

Art. 101. Deixar de cumprir, retardar ou frustrar, sem justo motivo, a execução de ordem judicial expedida nas ações em que for parte ou interveniente o idoso:

Pena – detenção de 6 (seis) meses a 1 (um) ano e multa.

Art. 102. Apropriar-se de ou desviar bens, proventos, pensão ou qualquer outro rendimento do idoso, dando-lhes aplicação diversa da de sua finalidade:

Pena – reclusão de 1 (um) a 4 (quatro) anos e multa.

Art. 103. Negar o acolhimento ou a permanência do idoso, como abrigado, por recusa deste em outorgar procuração à entidade de atendimento:

Pena – detenção de 6 (seis) meses a 1 (um) ano e multa.

Art. 104. Reter o cartão magnético de conta bancária relativa a benefícios, proventos ou pensão do idoso, bem como qualquer outro documento com objetivo de assegurar recebimento ou ressarcimento de dívida:

Pena – detenção de 6 (seis) meses a 2 (dois) anos e multa.

Art. 105. Exibir ou veicular, por qualquer meio de comunicação, informações ou imagens depreciativas ou injuriosas à pessoa do idoso:

Pena – detenção de 1 (um) a 3 (três) anos e multa.

Art. 106. Induzir pessoa idosa sem discernimento de seus atos a outorgar procuração para fins de administração de bens ou deles dispor livremente:

Pena – reclusão de 2 (dois) a 4 (quatro) anos.

Art. 107. Coagir, de qualquer modo, o idoso a doar, contratar, testar ou outorgar procuração:

Pena – reclusão de 2 (dois) a 5 (cinco) anos.

Art. 108. Lavrar ato notarial que envolva pessoa idosa sem discernimento de seus atos, sem a devida representação legal:

Pena – reclusão de 2 (dois) a 4 (quatro) anos.

TÍTULO VII

Disposições Finais e Transitórias

Art. 109. Impedir ou embaraçar ato do representante do Ministério Público ou de qualquer outro agente fiscalizador:

Pena – reclusão de 6 (seis) meses a 1 (um) ano e multa.

Art. 110. O Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940, Código Penal, passa a vigorar com as seguintes alterações:

"Art. 61.

II -

h) contra criança, maior de 60 (sessenta) anos, enfermo ou mulher grávida;....." (NR)

"Art. 121....."

§ 4º No homicídio culposo, a pena é aumentada de 1/3 (um terço), se o crime resulta de inobservância de regra técnica de profissão, arte ou ofício, ou se o agente deixa de prestar imediato socorro à vítima, não procura diminuir as conseqüências do seu ato, ou foge para evitar prisão em flagrante. Sendo doloso o homicídio, a pena é aumentada de 1/3 (um terço) se o crime é praticado contra pessoa menor de 14 (quatorze) ou maior de 60 (sessenta) anos.

....." (NR)

"Art. 133."

§ 3º

III – se a vítima é maior de 60 (sessenta) anos." (NR)

"Art. 140."

§ 3º Se a injúria consiste na utilização de elementos referentes a raça, cor, etnia, religião, origem ou a condição de pessoa idosa ou portadora de deficiência:

..... (NR)

"Art. 141."

IV – contra pessoa maior de 60 (sessenta) anos ou portadora de deficiência, exceto no caso de injúria.

....." (NR)

"Art. 148."

§ 1º.....

I – se a vítima é ascendente, descendente, cônjuge do agente ou maior de 60 (sessenta) anos.

....." (NR)

"Art. 159....."

§ 1º Se o seqüestro dura mais de 24 (vinte e quatro) horas, se o seqüestrado é menor de 18 (dezoito) ou maior de 60 (sessenta) anos, ou se o crime é cometido por bando ou quadrilha.

....." (NR)

"Art. 183....."

III – se o crime é praticado contra pessoa com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos." (NR)

"Art. 244. Deixar, sem justa causa, de prover a subsistência do cônjuge, ou de filho menor de 18 (dezoito) anos ou inapto para o trabalho, ou de ascendente inválido ou maior de 60 (sessenta) anos, não lhes proporcionando os recursos necessários ou faltando ao pagamento de pensão alimentícia judicialmente acordada, fixada ou majorada; deixar, sem justa causa, de socorrer descendente ou ascendente, gravemente enfermo:

....." (NR)

Art. 111. O art. 21 do Decreto-Lei nº 3.688, de 3 de outubro de 1941, Lei das Contravenções Penais, passa a vigorar acrescido do seguinte parágrafo único:

"Art. 21.....

Parágrafo único. Aumenta-se a pena de 1/3 (um terço) até a metade se a vítima é maior de 60 (sessenta) anos." (NR)

Art. 112. O inciso II do § 4º do art. 1º da Lei nº 9.455, de 7 de abril de 1997, passa a vigorar com a seguinte redação:

"Art. 1º

§ 4º

II – se o crime é cometido contra criança, gestante, portador de deficiência, adolescente ou maior de 60 (sessenta) anos;

....." (NR)

Art. 113. O inciso III do art. 18 da Lei nº 6.368, de 21 de outubro de 1976, passa a vigorar com a seguinte redação:

"Art. 18.....

III – se qualquer deles decorrer de associação ou visar a menores de 21 (vinte e um) anos ou a pessoa com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos ou a quem tenha, por qualquer causa, diminuída ou suprimida a capacidade de discernimento ou de autodeterminação:

....." (NR)

Art. 114. O art 1º da Lei nº 10.048, de 8 de novembro de 2000, passa a vigorar com a seguinte redação:

"Art. 1º As pessoas portadoras de deficiência, os idosos com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, as gestantes, as lactantes e as pessoas acompanhadas por crianças de colo terão atendimento prioritário, nos termos desta Lei." (NR)

Art. 115. O Orçamento da Seguridade Social destinará ao Fundo Nacional de Assistência Social, até que o Fundo Nacional do Idoso seja criado, os recursos necessários, em cada exercício financeiro, para aplicação em programas e ações relativos ao idoso.

Art. 116. Serão incluídos nos censos demográficos dados relativos à população idosa do País.

Art. 117. O Poder Executivo encaminhará ao Congresso Nacional projeto de lei revendo os critérios de concessão do Benefício de Prestação Continuada previsto na Lei Orgânica da Assistência Social, de forma a garantir que o acesso ao direito seja condizente com o estágio de desenvolvimento sócio-econômico alcançado pelo País.

Art. 118. Esta Lei entra em vigor decorridos 90 (noventa) dias da sua publicação, ressalvado o disposto no **caput** do art. 36, que vigorará a partir de 1º de janeiro de 2004.

Brasília, 1º de outubro de 2003; 182º da Independência e 115º da República.

LUIZ INÁCIO LULA DA SILVA

Márcio Thomaz Bastos

Antonio Palocci Filho

Rubem Fonseca Filho

Humberto Sérgio Costa Lima

Guido Mantega

Ricardo José Ribeiro Berzoini

Benedita Souza da Silva Sampaio

Álvaro Augusto Ribeiro Costa

Este texto não substitui o publicado no D.O.U. de 3.10.2003

Anexo 5

Portaria 810 - 22/9/89 - Normas para Funcionamento de Casas de Repouso, Clínicas Geriátricas e outra Instituições de Atendimento ao Idoso

1. Definição

Consideram-se como instituições específicas para idosos os estabelecimentos, com denominações diversas, correspondentes aos locais físicos equipados para atender pessoas com 60 ou mais anos de idade, sob regime de internato ou não, mediante pagamento ou não, durante um período indeterminado e que dispõem de um quadro de funcionários para atender as necessidades de cuidados com a saúde alimentação, higiene, repouso e lazer dos usuários e desenvolver outras atividades características da vida institucional

2. Organização

1. – Administração

1. – Estatutos e Regulamentos

Toda instituição de atenção ao idoso deve ter um estatuto e regulamentos onde estejam explicitados os seus objetivos, a estrutura da sua organização e, também, todo o conjunto de normas básicas que regem a instituição.

2. – Direção Técnica

As instituições para idosos devem contar com um responsável técnico detentor de título de uma das profissões da área de saúde, que responderá pela instituição junto à autoridade sanitária.

2.1.2.1

As instituições que tem entre as suas finalidades prestar atenção médico-sanitária aos idosos devem contar em seu quadro funcional

com um coordenador médico. A designação de especialização em geriatria e gerontologia deve obedecer às normas da Associação Médica Brasileira – ABM.

2. – Funcionamento relevantes ocorridos no período de atendimento relacionados à saúde, bem estar social, direitos previdenciários, alta e/ou óbito.

2.2.2.2 – Prontuário

As instituições que se propõem a atender o idoso enfermo devem manter um prontuário de atendimento contendo criação da evolução dos pacientes, ações propedêuticas e terapêutica.

2.2.2.3 – Relatórios

As instituições deverão produzir e manter arquivado um relatório mensal, que poderá ser exigido a qualquer momento pela autoridade sanitária competente, contendo o nome dos internos, um sumário da situação de cada um no que se refere à saúde e à necessidades sociais, e também informações de caráter administrativo.

3- ÁREA FÍSICA E INSTALAÇÕES

A área física destinada a atender idosos deve ser planejada levando-se em conta que uma parcela significativa dos usuários apresentada pode vir a apresentar dificuldades de locomoção e maior vulnerabilidade a acidente, o que justifica a criação de um ambiente adequado. Assim sendo, é exigível:

- As instituições específicas para idosos deverão funcionar, preferencialmente, em construções horizontais de caráter. Quando dotadas de mais de um plano e não dispuserem de equipamentos adequados como rampa ou elevador para a circulação vertical, estas instalações só poderão atender pessoas imobilizadas no leito e com problemas locomotores ou psíquicos, no pavimento térreo.

- Os prédios deverão dispor de meios que possibilite rápido escoamento, em segurança, dos residentes, em casos de emergência de acordo com as normas estabelecidas pelo Corpo de Bombeiros ou, quando inexistir essa corporação no local, pela Coordenadoria da Defesa Civil do Município.

3.1 – Acessos

Os acessos ao prédio deverão possuir rampa com inclinação máxima de 5%, largura mínima de 1.50 m, dotada de guarda-corpo e corrimão, piso revestido com material não derrapante, que permita o livre acesso de cadeiras de rodas, inclusive.

3.1.1 – Exige-se que existam no mínimo dois acessos independentes sendo um deles para idosos e outro para os serviços.

3.2 – Portas e Esquadrias

As portas externas e internas devem Ter vão, luz de 0,80% no mínimo, dobradiças externas e soleiras com bordas arredondas. Portas de correr terão os trilhos embutidos na soleira e no piso, para partir a passagem de nível, especialmente para cadeiras de rodas.

3.2.1 – As portas dos sanitários devem abrir para fora, devem ser instaladas de forma a deixar vãos livres de 0,20 m na parte inferior.

3.2.2 – As maçanetas das portas não deverão ser do tipo arredondado ou de qualquer outra que dificulte a abertura das mesmas.

3.3 – Circulação Interna

3.3.1 – Horizontal

Os corredores principais das instituições a serem instaladas, após entrada em vigor desta Portaria, deverão Ter largura mínima de 1.50 m. Exigi-se que todas as instituições já existentes ou não venham a ser criadas equipem os corredores com corrimão em ambos os lados, instalados a 0,80 m do piso e distantes 0,05 da parede.

3.3.2 – Vertical

3.3.2.1 – Escadas

As escadas devem ser em lances retos, largura mínima de 1,20 m, dotadas de corrimão em ambos os lados, não devendo existir vão livre entre o piso e o corrimão. Os espelhos do primeiro e último degraus devem ser pintados de amarelos e equipados com de vigília permanente. Exigi-se que as escadas tenham portas de com molas de travas leves, que as mantenham em posição fechada.

3.3.2.2 – Rampas

Devem obedecer às especificações descritas no item "acesso" e devem ser instalados em todos os locais onde existem mudança de nível entre 2 ambientes.

3.3.2.3 – Elevadores e Monta-Cargas

Obedecerão às normas estabelecidas na Portaria nº 400, do Ministério da Saúde, de 06 de dezembro de 1977.

3.4 – Instalações Sanitárias

Os sanitários deverão ser separados por sexo e obrigatoriamente equipados com barras de apoio instaladas a 0,80m do piso e afastados 0,05m da parede, tanto no lavatório, como no vaso sanitário e no "box" do chuveiro. Devem ser instalados no mesmo pavimento onde permanecerem idosos atendidos.

3.4.1 – Vaso Sanitário

Deve ser instalado sobre um ósculo de 0,15m de altura, na proporção de 1 vaso sanitário para cada 6 pessoas. No caso das paredes laterais ao vaso sanitário serem afastadas, deverá ser instalada em ambos os lados do vaso uma estrutura de apoio em substituição às barras instaladas na parede.

3.4.2 – Chuveiro

Deve ser instalado em compartimento (box) com dimensões internas compatíveis com banho em posição assentada, dotado obrigatoriamente de água quente e na proporção de um chuveiro para cada 12 leitos.

3.4.3 – Bacia Sanitária (BIDET)

Quando existente, deve ser instalada sobre um ósculo de 0,15m de altura, e equipada com a mesma estrutura de apoio descrita para o vaso sanitário.

- As banheiras de imersão só serão permitidas nas salas de fisioterapia.

3.5 – Iluminação, Ventilação, Instalações Elétricas e Hidráulicas

Deverão obedecer aos padrões mínimos exigidos pelo código de obras local.

- É obrigatória a instalação de luz de vigília nos dormitórios, banheiros, área de circulação, no primeiro e no último degraus da escada.

3.6 – Áreas Mínimas

3.6.1 – Dormitório

A medida linear mínima dos dormitórios é de 25m. A área mínima para um dormitório é de 6,5m² para até quatro (04) leitos, sendo este o número máximo recomendável por dormitório.

Aquelas instalações já existentes com dormitórios tendo acima de quatro (04) leitos deverão seguir as normas em vigor do Ministério da Saúde para enfermarias.

- É expressamente vetado o uso de camas tipo beliche. Camas de armar ou assemelhadas e a instalação de divisória improvisadas que não respeitem os espaços mínimos ou que prejudique a iluminação e a ventilação, conforme estabelecido pelo código de obras local.

- A distância mínima entre dois leitos paralelos deve ser de 1,0m e de 1,50m entre um leito e outro fronteiro. Recomenda-se que a distância mínima entre o leito e a parede que lhe seja paralela deva ser de 0,50m.

3.6.2 – Sala para o Serviço de Nutrição e Dietética

É constituída por cozinha, refeitório e dispensa, sendo que o refeitório poderá também servir como sala para a realização de atividades recreativas e ocupacionais, com área mínima de 1,5m² por pessoa para instituições com capacidade para até 100 pessoas.

3.6.3 – Área de Recreação e Lazer

Todas instituições deverão contar com área destinadas à recreação e ao lazer, inclusive de localização externa, com área mínima de 1m² por leito instalado.

3.6.4 – Áreas para atividades de Reabilitação

Aquelas instituições que se propõem a executar ações visando a reabilitação funcional e cognitiva deverão possuir instalações específicas com área mínima de 30m² e dotadas de pia com bancada, sanitário próximo, mobiliário e equipamento

específicos estipulados por profissionais legalmente habilitados, inscritos no conselho de profissionais da área respectiva.

3.7 – Limpeza e higienização

As dependências deverão ser mantidas em perfeitas condições de higiene e asseio.

3.8 – Tipos de Materiais de Construção

As paredes e tetos deverão possuir revestimento lavável de cores claras, permitindo limpeza e desinfecção. Não é permitida a instalação de paredes de material inflamável com o objetivo de dividir ambientes.

3.8.1 – Os revestimentos dos pisos devem ser preferencialmente monocromáticos e de material de fácil limpeza e antiderrapante, nas áreas de circulação, banheiro, refeitórios e cozinha.

3.9 – Mobiliário e Equipamentos Básicos

3.9.1 – A disposição do mobiliário deve possibilitar fácil circulação e minimizar o risco de acidentes e incêndio.

3.9.2 – Nas instalações sanitárias e na cabeceira de cada leito ocupado por residente com dificuldade de locomoção, deverá ser instalado um botão de campainha ao alcance da mão.

3.9.3 – É desejável a instalação de telefone comunitário para uso dos idosos.

4- RECURSOS HUMANOS

4.1 – As instituições para idosos em geral devem conter:

- assistência médica
- assistência odontológica
- assistência de enfermagem
- assistência nutricional
- assistência psicológica
- assistência farmacêutica
- atividades de lazer
- atividades de reabilitação (fisioterapia, terapia ocupacional e fonoaudiologia)

- apoio jurídico e administrativo
- serviços gerais.

4.2 – O dimensionamento da equipe multiprofissional necessária à assistência ao idoso institucionalizado deverá se basear:

- a. nas necessidades da população atendida;
- b. nas disponibilidade de recursos humanos regionais ou locais;
- c. nos critérios dos respectivos conselhos regionais de profissionais.

APÊNDICES

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TÍTULO DO PROJETO: APRENDENDO A CUIDAR... APRENDENDO A SER: A VIDA DOS MAIS VELHOS NAS INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS DE PASSO FUNDO/RS

Prezado (a) Senhor (a):

Estamos realizando um estudo com idosos residentes em Instituições de Longa Permanência para Idosos do município de Passo Fundo e cuidadores de idosos que atuam nestas instituições. O objetivo deste trabalho é Investigar quais são as representações que os mais velhos e seus cuidadores tem sobre o cuidado e os processos e conhecimentos envolvidos na instalação deste nas ILPIs de Passo Fundo/RS.

Necessitamos realizar entrevistas com cuidadores e idosos. Estas entrevistas serão realizadas pela aluna pesquisadora e gravadas. Os nomes dos participantes serão mantidos em sigilo. Solicitamos, portanto, sua autorização enquanto participante da pesquisa, para divulgação do conteúdo de sua entrevista, que muito contribuirá para realização deste trabalho.

O senhor (a) terá a liberdade para se recusar a participar da pesquisa, podendo inclusive, retirar-se em qualquer etapa da mesma não lhe causando nenhum prejuízo.

Esta pesquisa também não trará despesas, gastos ou danos para os entrevistados e, caso haja, serão ressarcidos.

Eu, _____, após ter lido e entendido as informações e esclarecido todas as minhas dúvidas referentes a este estudo com a aluna pesquisadora Denize Cornélio da Luz, **CONCORDO VOLUNTARIAMENTE**, participar do mesmo.

Passo Fundo

Data: ____/____/____

Assinatura (do pesquisado)

Pesquisadora: Denize Cornélio da Luz

Telefone: (54) 3601-3993/81369384

Endereço: Rua Jacinto Vilanova, 386, apto 410. Centro – Passo Fundo – RS CEP: 99010-290

Orientador: Prof. Dr. Augusto Nivaldo Silva Triviños

Programa de Pós-Graduação/Doutorado em Educação – Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS

APÊNDICE B – ROTEIRO DE OBSERVAÇÃO DAS ILPIs

Critérios a serem observados:

O funcionamento da ILPI quanto à:

a. Instalações:

b. Estrutura física:

c. Higiene:

d. Organização:

e. Horários e escalas dos funcionários:

f. Cooperação entre os funcionários e equipes de trabalho:

**g. Relações de cuidado: cuidador X cuidado
cuidador X cuidador
cuidado X cuidado**

h. Atividades de cuidado:

i. Necessidades do cuidado

j. Dificuldades do cuidado

k. Relação superior X subordinado:

l. Relações de aprendizagem:

m. Processos pedagógicos do cuidado:

APÊNDICE C – ROTEIRO ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA PARA CUIDADORES.

Nome: _____

Idade: _____ **Sexo:** _____

Instituição em que trabalha: _____

Tempo que trabalha na Instituição: _____

Trabalho anterior: _____

Experiência Profissional:

Formação Profissional:

1. O que significam as palavras “cuidar” e “cuidado” para você?
2. Como se aprende a cuidar? Por que processos se aprende a cuidar?
3. O que você leva em conta ao cuidar de idosos? Que conhecimentos são necessários quando se cuida de um indivíduo e/ou um idoso? Comente sobre eles.
4. Qual a idéia que você faz de uma formação acadêmica e/ou profissional adequada a quem cuida de idosos?
5. Do que você mais gosta e do que não gosta na tarefa de cuidar de idosos?
6. Você se sente preparado para cuidar dos idosos que estão sob sua responsabilidade? Sua formação dá conta desta tarefa? Você acredita

que os profissionais que aqui atuam estão preparados para cuidar de idosos?

- 7. Você percebe lacunas na sua formação em relação ao cuidado com idosos? Que lacunas são essas, poderia citá-las e/ou comentá-las?**
- 8. Existem conhecimentos que poderiam ser agregados à sua formação em relação à tarefa de cuidar dos mais velhos a fim de que sua atuação fosse ainda mais qualificada? Que conhecimentos seriam estes? Comente**
- 9. Você acredita que um curso de formação ou capacitação de cuidadores de idosos possa ser capaz de dar conta do que é cuidar dos mais velhos? Em que conhecimentos, técnicas ou estratégias o curso poderia estar fundamentado?**

APÊNDICE D – ROTEIRO ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA PARA IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS.

Nome: _____

Idade: _____ **Sexo:** _____

Instituição em que reside: _____

Tempo que reside na Instituição: _____

Motivação que levou à institucionalização:

- 1. O que significa a palavra “cuidado” para você?**
- 2. Como você se sente em relação ao cuidado?**
- 3. Você se sente cuidado, protegido na ILPI?**
- 4. Do que você gosta e do que você não gosta no cuidado que recebe?**
- 5. Como você avalia o cuidado que recebe? Ele é adequado? Você acredita que os profissionais que aqui atuam estão preparados para cuidar de idosos? Você sente falta de alguma coisa no cuidado que recebe?**

Apêndice E – Descrição das ILPIs existentes no município de Passo Fundo até 2005

1. ILPI Hortência – A mesma foi fechada em 2006 e os idosos transferidos para outras instituições

Esta instituição se localiza num dos bairros próximos ao bairro central do município. O proprietário da mesma é funcionário do Hospital Psiquiátrico Bezerra de Menezes. A casa, no momento da visita, possuía apenas cinco internos, sendo quatro mulheres e um homem, cuja faixa etária está acima de 36 anos. Dos internos apenas um está acima de 60 anos.

Para os cuidados dos internos há uma pessoa contratada que é responsável pela limpeza e auxilia na alimentação. Além do proprietário, que é auxiliar de enfermagem, mais três pessoas da sua família auxiliam nos cuidados e organização da casa.

Quanto ao espaço físico e infra-estrutura da casa, a mesma está em reformas. Atualmente conta apenas com três quartos, um para o casal de proprietários, um para a senhora interna e o outro para os internos do sexo masculino. O filho do casal dorme em um sofá na sala. A casa não apresenta espaço externo onde os institucionalizados possam caminhar ou fazer algum outro tipo de atividade.

A casa é bastante humilde e, em função das reformas não apresenta uma higiene adequada, mas os proprietários estão conscientes e tentam manter o ambiente organizado.

Além disso, pode se perceber que o convívio entre os internos é bom, já que se pode observar durante as visitas que os mesmos conversam, assistem televisão, escutam rádio, dançam, caminham na calçada em frente à casa. Não há um planejamento de atividades ou um programa de recreação que seja orientada para os internos. Por outro lado, os familiares fazem visitas sistemáticas, os levam para passear e fornecem os medicamentos dos quais os internos fazem uso. Quem ministra as medicações aos internos é a esposa do proprietário da casa.

Em conversa informal com os internos, esses destacaram que são servidas quatro refeições diárias (café da manhã, almoço, lanche e jantar), informação quer

foi confirmada pela proprietária da casa. Os internos colocaram que alguns quando vieram para a casa trouxeram suas camas e cobertores. Destacaram ainda que gostam da casa, do ambiente e que a comida é boa. Como lazer salientaram que gostam também de ouvir mensagens e a leitura da Bíblia.

Faz dois anos que a família mantém a casa.

2. ILPI Bromélia

Até o momento da última visita, a instituição localizava-se na zona central da cidade, próxima a um hospital e uma praça, que servia de local para pequenos passeios e caminhadas. Segundo informações da responsável, já estaria tudo acertado para a mudança da casa para outro local, a fim de que a instituição pudesse atender as exigências do COMUI (Conselho Municipal do Idoso), da SEMAS (Secretaria Municipal de Ação Social) e do Ministério Público.

A instituição atende cinquenta internos, entre idosos e pacientes com problemas psiquiátricos. Durante a visita se pode observar uma certa resistência por parte da proprietária da instituição, quanto a fornecer informações e permitir entrevistas e conversas com os internos. Não foi possível, com isso, saber a faixa etária dos internos, bem como os números exatos de quantos internos são do sexo masculino e feminino. Pode-se observar o predomínio de pacientes do sexo masculino.

A instituição funciona há seis anos no mesmo local e, apesar de estar instalada numa casa ampla e com espaço externo a infra-estrutura não é adequada, pois pode ser observada falta de higiene em alguns ambientes, como cozinha, lavanderia. Em alguns quartos o cheiro de urina e fezes é bastante forte e os banheiros estavam bastante sujos.

Na casa trabalham doze funcionários, sendo oito atendentes, duas faxineiras e duas cozinheiras. Os funcionários fazem uma escala semanal, onde trabalham dois dias e folgam um. A casa conta ainda com dois médicos (um clínico geral e um psiquiatra) e uma psicóloga que atuam na casa desde o início do ano.

O diferencial da casa é o trabalho feito pela psicóloga, que presta assistência não só aos pacientes como também aos funcionários. Esta desenvolve atividades grupais, arteterapia, entrevistas individuais e coordena os passeios e caminhadas orientadas na praça, além de auxiliar no recrutamento, seleção e treinamento dos funcionários.

Alguns internos recebem visitas sistemáticas dos familiares, mas são poucos. A maioria fica muito tempo sem receber visitas ou notícias de seus parentes.

Quanto aos médicos, esses visitam a instituição duas vezes por semana e também quando surge uma emergência. Os medicamentos são fornecidos pela família ou retirados na farmácia do SUS.

Os internos estão divididos em duas categorias: aqueles que dependem da aposentadoria do SUS (que atualmente é de R\$ 300,00) e os que são pacientes particulares, cujas despesas são custeadas por familiares (o valor gira em torno de R\$ 1.200,00). Os valores da aposentadoria dos internos do SUS são retidos pela proprietária da instituição, a fim de subsidiar as despesas dos mesmos. As acomodações (quartos) dos internos são determinadas de acordo com a forma de pagamento, sendo que os pacientes particulares estão instalados em quartos maiores e com melhores acomodações (colchões melhores, móveis mais novos, etc). Quanto à alimentação dos internos, essa é padronizada, e são servidas quatro refeições diárias.

Dos poucos pacientes com os quais foi possível conversar, alguns manifestaram gostar do ambiente, mas que esse seria melhor se houvessem mais atividades para se fazer. Três dos internos manifestaram vontade de ir embora por não gostar da casa e dos demais internos.

Uma das internas comentou que já houve casos de ex-internos que tentaram fugir da instituição durante um dos passeios, fato que foi confirmado por uma das atendentes.

3. ILPI Tulipa

A instituição é mantida por um médico geriatra e por uma psicóloga e conta com uma equipe multidisciplinar para o atendimento dos internos. É a instituição mais conceituada do município, e os internos são todos de classe média alta, vários deles com problemas graves de saúde. Os valores pagos pelos internos variam de R\$ 1.600,00 a R\$ 2.000,00 por mês.

Atualmente a instituição atende vinte e dois internos, sendo seis homens e dezesseis mulheres, sendo que os poucos que conseguem falar expressam estar satisfeitos e gostar do ambiente. Observa-se também que os internos são bem tratados e que a alimentação é de muito boa qualidade, os medicamentos são ministrados nos horários corretos. Muitos desses idosos estão acamados ou se locomovem com dificuldade. Há um grande número de portadores de Alzheimer, já que a instituição vem sendo referenciada em receber este tipo de paciente.

A casa possui um ambiente amplo, bem arejado e iluminado. As acomodações e espaços de uso coletivos são bem planejados e o refeitório além de amplo se assemelha a um restaurante, o que dá um aspecto informal ao ambiente. A casa possui ainda um pátio interno, que, apesar de pequeno é arborizado e ajardinado, com passeios planejados e barras auxiliares para aqueles que possuem dificuldades de locomoção. A casa conta ainda com uma pequena capela.

A equipe multidisciplinar de atendentes é formada por uma nutricionista, duas cozinheiras, geriatra, clínico geral, enfermeiro, técnicos de enfermagem, psicóloga, fisioterapeuta, assistente social, fisioterapeuta, professor de educação física, entre outros. Observam-se bons aspectos de higiene tanto em relação ao ambiente, como também os idosos. A casa conta também com um convênio com a SAMUR (serviço de emergências médicas).

Quanto aos aspectos de convivência e socialização, os funcionários relataram que às quintas-feiras o padre da paróquia próxima vem até a casa para rezar uma missa, e que uma vez por semana recebem a visita de uma dupla de cantores. Além disso, uma vez por semana o professor de educação física vem realizar exercícios físicos e atividades de recreação e cada interno possui uma

planilha onde constam informações quanto às sessões de fisioterapia, horário de medicamentos, horários das sessões com a psicóloga, etc.

4. ILPI Dália – A instituição tornou-se, a partir de 2006, Residencial Terapêutico, passando a atender pacientes com problemas mentais

Esta instituição localiza-se num dos bairros periféricos da cidade, próximo a RS 324, que dá acesso a cidade de Marau. A mesma atende vinte e oito internos, sendo treze homens e quinze mulheres, com idades que variam dos 46 aos 80 anos e muitos desses internos apresentam problemas psiquiátricos. Para o atendimento, a instituição conta com cinco funcionários, três que trabalham na parte da manhã e dois que trabalham na parte da tarde. O proprietário da casa e sua esposa (que é auxiliar de enfermagem) atendem os internos na parte da noite, já que ao final do ano passado passaram a residir no local.

O ambiente físico interno da instituição é amplo, assim como o espaço em torno da casa. Os idosos auxiliam na manutenção do jardim e plantio de árvores e flores. O chão da casa é frio e liso, o que pode provocar acidentes graves. A higiene da casa não é muito boa, em vários locais podem ser observadas teias de aranha, além do mau cheiro nos banheiros e quartos. O pátio que fica atrás da casa estava sujo, com tábuas soltas pelo chão. Havia ainda animais (gatos e cachorros) sobre as roupas dos internos que estavam para lavar ou para tomar sol e lixo acumulado em um canto, aguardando para ser queimado. Quando se questionou sobre a presença dos animais, o proprietário comentou que os internos, havia algum tempo, vinham solicitando que se mantivessem “bichinhos de estimação”. Este comentou ainda que vem, desde 2003, contando com o auxílio do CREATI (Centro Regional de Estudos e Atividades para Terceira Idade), da Universidade de Passo Fundo, que além de visitas sistemáticas, faz doações mensais de alimentos, produtos de higiene, além de roupas e calçados. Com o auxílio recebido, o proprietário fez questão de salientar que tem conseguido fazer economias em seu orçamento, o que tem lhe permitido fazer pequenas reformas, como pintura em todos os quartos e corredores e a compra de camas

padronizadas para todos os internos. Segundo ele, o próximo passo será padronizar os colchões, a fim de oferecer um melhor conforto aos internos.

O proprietário comentou também que a instituição recebe muitas visitas de grupos de idosos da cidade e de outras próximas, que vem até a mesma para fazer apresentações, trabalhos voluntários. Além disso, de 15 em 15 dias, a instituição recebe a visita de ministras da eucaristia que vem celebrar um momento eucarístico.

Os internos são mantidos na instituição através das suas pensões e aposentadorias, que variam de 1 a 2 salários mínimos. Quem administra os valores recebidos é o próprio proprietário da instituição.

Os idosos com os quais se conseguiu conversar não manifestaram opinião sobre a casa, nem de forma positiva, nem negativa. Suas maiores queixas são em relação as suas próprias doenças e a falta de atendimento médico, bem como da necessidade de ter que tomar medicamentos constantemente.

De todos os internos, apenas dois contam com tratamento psiquiátrico sendo que esses são atendidos sistematicamente no Hospital Psiquiátrico Bezerra de Menezes. A casa não conta com atendimento médico e quando esse se faz necessário o proprietário recorre ao CAIS (Centro de Atendimento Integrado de Saúde) mais próximo ou ainda ao hospital.

Os internos destacaram que recebem cinco refeições diárias (café da manhã, almoço, lanche, jantar e lanche da noite). Em relação à cozinha, esta é bastante bagunçada e quem administra a mesma é uma das idosas internas, contando com o auxílio de uma das atendentes da manhã. Outra queixa dos idosos, em específico, é a falta de atividades de lazer ou ainda ocupacionais.

5. ILPI Antúrio

Essas duas instituições são duas casas distintas que funcionam no mesmo espaço físico e ambas são mantidas pela Fundação Beneficente Lucas Araújo, que é de caráter religioso. A Fundação Beneficente Lucas Araújo conta com o repasse do convênio da Prefeitura Municipal de Passo Fundo com o FNAS (Fundo Nacional de Assistência Social) que demanda, mensalmente, um auxílio financeiro

para a manutenção desses idosos na instituição. Esse auxílio é chamado de “meta” (na verdade, as metas significam uma reserva de vaga nas instituições a fim de que estas recebam idosos desassistidos), sendo que são recebidas 38 metas para idosos dependentes e 18 para idosos independentes. Além disso, o município fornece uma contrapartida de 20% do valor das metas repassadas pelo FNAS e fornece, através da SEMAS, serviços a estas entidades, como professores de educação física, fisioterapeutas, assistente social, entre outros.

São atendidos sessenta e oito internos, com idades que variam de 58 a 105 anos, destes trinta e um são homens e trinta e sete são mulheres. Quanto a equipe de atendentes, esta conta com vinte e cinco funcionários, que são auxiliados por quatro religiosas, uma médica e uma enfermeira.

As casas oferecem um amplo espaço, com uma infra-estrutura interna e externa muito boa. Há espaço para caminhadas e os passeios contam com barras auxiliares. O pátio é arborizado e ajardinado e as condições de higiene das acomodações, espaços comuns e dos próprios idosos são muito boas.

Os idosos, na sua maioria, contam que gostam da instituição, pois lá são oferecidas muitas atividades ocupacionais. Os mesmos destacam que cada um tem suas roupas e seus armários. Muitos recebem visitas de parentes e familiares, que os levam inclusive para passeios nos finais de semana. Salientaram também que a comida é boa e que são servidas 4 refeições diárias, sendo que a 5ª refeição é opcional.

A responsável pela instituição colocou que há uma lista de espera “imensa” para novos internos e que muitos dos internos sofrem com o inverno. Inclusive destacou que no último inverno sete idosos faleceram em decorrência de doenças agravadas pelo frio.

Durante a semana a rotina dos internos é organizada através de atividades específicas. Duas vezes por semana há a celebração de missas e nas demais tardes acontecem oficinas de costura, de trabalhos manuais, de desenhos. Além dessas atividades, há também uma professora de educação física que vem fazer exercícios físicos com os internos, além dos estagiários da Faculdade de Fisioterapia da Universidade de Passo Fundo e dos cursos técnicos de

enfermagem que vem realizar tanto estágios acadêmicos como voluntários na instituição. São organizadas também pelos responsáveis atividades festivas em datas comemorativas, como aniversários, carnaval, páscoa, etc.

6. ILPI Margarida

Esta instituição se localiza num bairro periférico do município de Passo Fundo e atende quinze internos, sendo que desses, dez são mulheres e cinco são homens. As idades dos internos variam dos 32 aos 93 anos. A interna de 32 anos apresenta problemas mentais e frequenta a APAE. Quanto aos mais velhos muitos são dependentes e/ou utilizam cadeira de rodas. Quanto aos funcionários, a casa mantém quatro funcionários fixos e mais dois auxiliares que trabalham à noite. As duas proprietárias também atuam na casa e parecem ser bastante carinhosas com os internos e esses demonstram gostar das mesmas.

A infra-estrutura da casa é boa e aconchegante, possui uma sala ampla e confortável, onde os internos passam boa parte do tempo. A parte externa da casa apresenta um gramado bem cuidado e árvores, inclusive frutíferas. Apesar de aparentar ser bem cuidada, em alguns quartos pode ser sentido um forte cheiro de urina.

Os familiares visitam os internos com frequência, além de auxiliarem financeiramente e trazerem roupas, medicamentos quando necessário. Em relação às atividades ocupacionais há uma queixa dos internos quanto a ausência destas, já que estes destacaram que uma das únicas atividades que ocupam seu tempo livre é a televisão, música, ou ainda a missa que acontece toda primeira quinta-feira de cada mês.

Além disso, a instituição não possui um médico ou fisioterapeuta que preste serviço sistemático. Nos casos de emergência um médico particular é chamado ou os idosos são levados ao hospital. Quando sessões de fisioterapia se fazem necessárias o médico contatado encaminha e o profissional vai até a casa fazer o atendimento, este também particular. Já com relação a alimentação, essa é padronizada, mas se o interno solicitar mais comida, essa é liberada de acordo com sua necessidade.

Em conversa com as proprietárias, essas destacaram que os custos com a manutenção da casa são elevados, e que a maioria dos internos recebe apenas o salário-mínimo. Colocaram ainda que são poucos os internos que recebem 3 salários, 3 ½ salários ou ainda 4 salários, o que as obriga a solicitar que as famílias auxiliem financeiramente.

7. ILPI Cravo

Esta instituição localiza-se num bairro residencial bastante próximo do centro do município e atende quarenta internos, dos quais quatorze são homens e vinte e seis são mulheres, cuja faixa etária varia dos 67 aos 94 anos. A instituição conta atualmente com quatorze funcionários e é a mais antiga do município (existe desde 1953).

A instituição, assim como a Fundação Beneficente Lucas Araújo, também é assistida pelo convênio da prefeitura municipal com o FNAS (Fundo Nacional de Assistência Social) que demanda, mensalmente, um auxílio financeiro para a manutenção dos idosos. São recebidas 16 metas para idosos dependentes e 9 para idosos independentes. A contrapartida do município também é de 20% do valor das metas repassadas pelo FNAS, além de receberem os serviços prestados por servidores cooperativados da SEMAS. A casa é também assistida pela sociedade São Vicente de Paulo além de receber doações de diferentes setores da sociedade local.

A casa sofreu uma ampla reforma a mais ou menos 5 anos o que lhe forneceu uma boa infra-estrutura interna e externa. Os quartos são amplos e arejados, há uma sala de estar e de convivência, onde são realizadas diferentes atividades com os internos, além de servir de local para o recebimento das visitas. Há também um amplo refeitório e pode se notar boas condições de higiene. Os idosos colocaram que todos os dias tomam banho, pela parte da manhã e que as refeições são muito boas (são servidas cinco refeições diárias). Colocaram também que são bem tratados e que gostam do ambiente e dos funcionários. A casa possui ainda uma ampla lavanderia, onde as roupas dos internos são

lavadas e separadas na rouparia. Os funcionários colocam isso como um avanço, pois antes da reforma as roupas eram misturadas e usadas por vários idosos.

Há também o acompanhamento de uma médica geriatra que atende na casa todas as sextas-feiras. A mesma é cedida pela Secretaria Municipal da Saúde e atua na casa há sete anos. Além disso, também nas sextas-feiras os alunos da Faculdade de Odontologia (da UPF) realizam atendimentos, que vão desde atividades preventivas como restaurações e colocação de próteses. A casa serve ainda como local de realização de estágios dos alunos da Faculdade de Fisioterapia (também da UPF) e das escolas técnicas de enfermagem do Hospital São Vicente de Paulo e UPF.

Em relação aos internos, todos recebem apenas um salário-mínimo como aposentadoria, sendo que este é um dos requisitos para a internação na instituição. Há uma longa lista de espera para novas internações.

8. ILPI Rosa

Esta instituição também se localiza num bairro residencial bastante próximo do centro do município e atende dezenove internos, dos quais nove são homens e dez são mulheres, cuja faixa etária varia dos 54 aos 86 anos. A instituição conta com três funcionários mais o auxílio da proprietária. Os funcionários têm direito a uma folga semanal e um final de semana por mês.

A casa, apesar de simples e pequena, é acolhedora. A sala é decorada com flores e quadros. Há vários quartos, uma sala pequena, um pequeno refeitório, uma cozinha ampla, porém com uma escada que dificulta o acesso dos mais velhos, além de três banheiros. Há um pequeno pátio na frente da casa, onde os internos poderiam realizar caminhadas ou tomar sol, mas o mesmo apresenta uma inclinação que dificulta a mobilidade dos mais dependentes. Além disso, faltam barras de apoio, o que facilitaria consideravelmente o deslocamento. Os quartos são arejados, com boa iluminação natural, além de apresentar bons aspectos de higiene. Os funcionários usam roupas adequadas e a cozinheira usa toca durante o preparo das refeições. Muitos dos internos apresentam limitações físicas e há portadores de Alzheimer.

Os internos contam com serviço de fisioterapia uma vez por semana, prestado por acadêmicos da Faculdade de Fisioterapia (UPF) e quando necessitam de médico ou remédios recorrem à farmácia do SUS e ao serviço de emergência ou ainda através do agendamento de consultas, o que muitas vezes é demorado. Para o deslocamento dos internos doentes contam com o auxílio de voluntários ou com o transporte da Secretaria Municipal da Saúde. Essa é uma das principais queixas dos internos.

São oferecidas três refeições mais o lanche da tarde. Os internos destacaram que uma vez por semana são lidos e discutidos textos sobre diferentes assuntos, além das visitas do padre uma vez por mês (vem rezar missa). A proprietária informou que a instituição recebe muitas doações de alimentos, roupas, cobertores. Colocou ainda como ponto importante as visitas e doações sistemáticas que recebem do CREATI, o que vem permitindo que sejam feitas benfeitorias na casa, como troca de colchões, aquisição de eletrodomésticos, entre outros. São poucos os familiares que visitam os internos.

De acordo com contato feito com a SEMAS (Secretaria Municipal de Assistência Social) essa instituição vem apresentando problemas, pois há um grande número de denúncias, como ausência da proprietária no local, documentos irregulares, documentação dos internos inacessível, falta de identificação da casa como instituição de longa permanência.

No momento da visita, os internos relataram que uma das internas estava hospitalizada havia uma semana.

9. ILPI Lírio – A mesma foi fechada em 2006 e os idosos transferidos para outras instituições

A instituição localiza-se num dos bairros mais antigos do município e atende nove internos, sendo três homens e seis mulheres, cuja faixa etária varia entre 58 e 82 anos. O atendimento é prestado pelo casal de proprietários mais o auxílio de um funcionário.

A estrutura física da casa é pequena, o espaço interno é reduzido, mas comporta o número de internos já que esse é reduzido. Possui também um pátio

na frente o nos fundos da casa que seria adequado para que os internos realizassem caminhadas e tomassem sol, mas o acesso aos mesmos só pode ser feito através de escadas, já que não foram instaladas rampas de acesso. A área de convivência dos internos é a garagem da casa, onde passam a maior parte do tempo. Há uma sala específica para a administração da instituição onde está instalado um computador e também uma televisão. Nessa sala há um arquivo onde supostamente estão os documentos dos internos. A casa, no geral, apresenta bons aspectos de higiene.

Durante a visita observou-se que a proprietária é bastante seca e ríspida com os internos. Esta destacou que as visitas dos familiares são freqüentes e que esses trazem roupas, medicamentos, cobertores, colchões e, à medida que são recebidos é feito o registro dos mesmos pelos proprietários. Destacou também que são servidas quatro refeições diárias, mas que por falta de recursos não conseguem estocar alimentos, o que os obriga a fazer compras diárias. O pão é fornecido por parentes que são proprietários de uma padaria. Não haviam frutas disponíveis para os internos e a proprietária destacou que compra geralmente frutas da estação por serem mais baratas. Em relação aos cuidados médicos, nos foi comunicado que são de responsabilidade da família, e que esta é chamada sempre que necessário, já que nem sempre os proprietários podem acompanhar os internos ao médico. Pela fala dos internos, estes destacam que acabam se acostumando com o estilo da casa, pois se não for assim não terão outro lugar que os acolha. Destacaram ainda que faltam medicamentos e que gostariam de atividades que ocupassem o tempo livre ou que desenvolvessem a socialização.

De acordo com a SEMAS, esta instituição vem apresentando muitas irregularidades, como falta de alvará, contratos dos internos, falta de profissionais capacitados, maior atenção com a saúde dos internos.

10. ILPI Jasmim

Esta instituição está localizada num dos bairros periféricos do município de Passo Fundo e fica bem próximo de outra instituição de longa permanência. É a segunda instituição mais antiga do município e atende apenas mulheres, hoje em

número de trinta, cuja faixa etária varia entre 60 e 105 anos. A instituição pertence à Igreja Metodista e possui sete funcionárias.

A estrutura física da instituição é boa e denota boa higiene, apresentando um espaço físico adequado, com quartos amplos e arejados. A sala de convivência é ampla, possui uma lareira, além de televisão e equipamento de som. Possui também uma ampla lavanderia e espaço para estender as roupas. Há no pátio em frente da casa uma pista para caminhadas, todo cercado de barras auxiliares, que facilitam o deslocamento dos mais velhos, além de bancos dispostos ao longo do pátio. Até pouco tempo atrás era mantida uma horta e um jardim, onde as internas cultivavam verduras e flores.

São propostas atividades ocupacionais e a instituição recebe voluntários que vem até o local para contar histórias, ler, realizar trabalhos manuais. Uma professora de educação física também realiza atividades físicas com as internas uma vez por semana. Em relação aos cuidados médicos, semanalmente um médico e uma fisioterapeuta prestam atendimento às internas, de forma voluntária.

Quanto à alimentação, a responsável informou que esta é padronizada e segue orientação de uma nutricionista. Quando questionada sobre as condições de internação a responsável colocou que a maioria das internas é mantida na instituição por familiares.

11. ILPI Violeta

A instituição localiza-se no bairro central do município e atende dezessete internos (possui 18 vagas). A mesma conta com quatro funcionários, uma cozinheira, uma auxiliar de serviços gerais e duas auxiliares de enfermagem que se revezam entre os cuidados diurnos e noturnos. O casal de proprietários também auxilia nos cuidados.

A casa possui dois andares, o que dificulta o acesso dos mais fragilizados, apesar da existência de rampas de acesso. Os quartos são amplos e ventilados, com boas condições de higiene, onde cada interno possui seu quarto, suas roupas de uso individual (inclusive roupas de cama, cobertores, toalhas, etc), televisão, rádio. A casa conta também com 11 banheiros. Muitos internos passam o dia em

seus quartos, organizando suas coisas, assistindo TV, fazendo trabalhos manuais. As visitas são freqüentes e nos finais de semana muitos dos familiares vem buscar os internos para passeios e pequenas viagens. Os mais independentes podem sair sozinhos para fazer visitas a amigos ou parentes. Mensalmente é celebrada uma missa no local e semanalmente uma ministra da eucaristia vem entregar a comunhão.

Regularmente o médico faz visitas à instituição, além do fisioterapeuta que realiza sessões particulares, para aqueles que podem pagar. Nos casos de emergência, os proprietários levam para o hospital ou contatam com os familiares. Quanto aos medicamentos dos internos esses são de responsabilidade dos familiares, que também trazem roupas, alimentos, entre outros.

São servidas quatro refeições diárias, com uma 5ª refeição opcional. Muitos internos optam por fazer as refeições em seus quartos. A instituição não proporciona ações de integração e/ou recreação para os internos, sendo essa uma das principais queixas.

Os familiares e/ou internos desembolsam de R\$ 600,00 a R\$ 1.200,00 mensais para manter o vínculo com a instituição.

12. ILPI Flor-do-campo - A mesma foi fechada em 2006 e os idosos transferidos para outras instituições

Esta instituição também está localizada num dos bairros periféricos do município de Passo Fundo e atende atualmente doze internos. Na primeira visita contava apenas com quatro internos, todos do sexo feminino. A tentativa de uma segunda visita foi negada pelos proprietários, que alegaram que a casa estava em reformas.

Na visita realizada fomos atendidos pelas proprietárias, que se revezavam nos cuidados com os internos. O espaço da casa é grande, há uma sala ampla, com várias poltronas e uma televisão, onde os internos passam a maior parte do tempo. Os quartos são pequenos e são divididos em um para os homens e quatro para as mulheres.

Quanto à higiene da casa podemos observar sujeira nos cantos, mau cheiro nos banheiros e quartos, paredes emboloradas. O pátio da casa é mal cuidado, há uma horta com muito entulho amontoado. Há uma casinha no pátio, uma espécie de galpão, onde havia roupas provenientes de doações jogadas e amontoadas, além de roupas jogadas no chão na lavanderia.

Em conversa com os internos, esses relataram maus tratos por parte das proprietárias, acusando-as de bater no rosto, dar beliscões. Colocaram ainda que a comida além de pouca é ruim, e que fazia um mês que não comiam carne e que para comerem frutas e só quando estas são trazidas por familiares ou recebidas através de doações. Manifestaram também que muitas noites ficam sozinhos na casa, já que as proprietárias nem sempre estão presentes e já aconteceu de internos passarem mal e o socorro demorar para vir. Os internos queixam-se ainda do sumiço de objetos pessoais e que muitas vezes escondem alimentos em seus quartos para que possam se alimentar quando tem fome.

As proprietárias colocaram que os medicamentos são trazidos pelos familiares e que cada interno toma seu medicamento sozinho. Quando alguém necessita de médico a família é chamada. Há ainda um massagista que faz trabalho voluntário na instituição, vindo à mesma uma vez por semana.

13. ILPI Orquídea

A instituição localiza-se numa das saídas do município, no limite da zona urbana e rural, na RS 153, e possui apenas três internos (apesar de oferecer acomodações para 13 internos), sendo dois homens e uma mulher. Os internos são atendidos pela proprietária, uma assistente social e uma funcionária, que auxilia nos cuidados e serviços gerais.

O espaço físico da casa é bom, possui uma boa infra-estrutura tanto interna quanto externa e apresenta bons aspectos de higiene. Os internos também apresentam boa higiene. O pátio possui um gramado e muitas árvores.

A proprietária informou que diariamente realiza caminhadas com os internos ao redor da casa, e que está planejando um piquenique com os mesmos. Em relação aos cuidados médicos dos internos, colocou que quando estes são

necessários, os mesmos são levados ao CAIS do bairro próximo e que os medicamentos são retirados na farmácia do SUS. Quando são necessárias fraldas descartáveis, estas são disponibilizadas pela DAPNE (Divisão de Apoio aos Portadores de Necessidades Especiais) da SEMAS. Colocou ainda que são servidas cinco refeições e que cada interno, no momento, tem seu quarto, além de que cada um possui suas roupas e pertences individuais. Saliu também que esses recebem um salário mínimo de aposentadoria e que a ajuda dos familiares é freqüente.

Os internos manifestaram ser bem cuidados e tratados com carinho.

14. ILPI Miosótis – A instituição tornou-se, a partir de 2006, Residencial Terapêutico, passando a atender pacientes com problemas mentais

Esta instituição também se localiza num bairro afastado do centro do município, na antiga região industrial e atende vinte e um internos dos quais apenas nove são idosos, os demais apresentam problemas mentais ou neurológicos. Para o atendimento dos internos, a instituição dispõe de três funcionários, mais o casal de proprietários e o filho dos mesmos que também presta auxílio.

A casa possui um amplo espaço interno e externo, com pátio tanto na frente quanto atrás, onde os internos sentam ou realizam pequenas caminhadas. Quanto à higiene, os ambientes são limpos, mas há cheiro de urina nos banheiros e em alguns quartos. Alguns dos internos dependem dos funcionários para realizar sua higiene, em função de seu grau de dependência.

A proprietária destacou que recebem doações mensais de alimentos, roupas e produtos de higiene do CREATI e os alunos do Centro fazem visitas sistemáticas aos internos. Segundo a mesma essas visitas alegam os internos mas não minimizam o abandono, já que as visitas dos familiares quase não acontecem pois muitos não possuem familiares residentes no município e muitos vem de longe “depositar” seus doentes na casa. A conversa com os internos quase não foi possível, pois o grau de comprometimento dos internos é elevado.

Além das doações, a casa conta com o trabalho voluntário de um médico, que sempre que se faz necessário vem a casa realizar atendimentos ou providenciar internações.

A alimentação é variada e a casa é bem organizada, as roupas dos internos estão organizadas e identificadas em prateleiras. Os internos recém entre 1 e 1 1/2 salários mínimos.

Apêndice F – Fotos das ILPIs do município de Passo Fundo – RS



















