

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO**

“Instituições de Longa Permanência para Idosos da  
Regional Norte de Belo Horizonte: o perfil sócio-econômico e  
epidemiológico de seus residentes”

**Simone de Jesus Oliveira**

**2012**

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO**  
**Programa de Estudos Pós-Graduados em Gerontologia**

“Instituições de Longa Permanência para Idosos da  
Regional Norte de Belo Horizonte: o perfil sócio-econômico e  
epidemiológico de seus residentes”

Dissertação apresentada à Banca  
Examinadora da Pontifícia Universidade  
Católica de São Paulo como requisito parcial  
para obtenção do título de MESTRE em  
Gerontologia, realizada sob orientação da  
Prof.<sup>a</sup> Dra. Vera Lucia Valsecchi de Almeida.

**Simone de Jesus Oliveira**

2012



**Pontifícia Universidade Católica de São Paulo**  
**Programa de Estudos Pós-Graduados em**  
**Gerontologia**

Dissertação intitulada “Instituições de Longa Permanência para Idosos da Regional Norte de Belo Horizonte: o perfil socioeconômico e epidemiológico de seus residentes”, de autoria da mestranda Simone Jesus de Oliveira, aprovada pela banca examinadora constituída pelos seguintes professores:

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Vera Lucia Valsecchi de Almeida - Orientadora

---

Prof.

---

Prof.

São Paulo, 2012

## **DEDICATÓRIA**

*A Jesus amigo fiel, porque Dele e por Ele, para Ele são todas as coisas.*

*A minha amada mãe, Neli Maria, exemplo de mulher,  
determinada e amorosa. Essa vitória também é sua!*

*Ao meu grande amor, Ismael Sobrinho, que me  
inspira a ser uma pessoa melhor.*

## AGRADECIMENTOS

*Agradeço a Deus, por tudo, pois tudo vem Dele e é para Ele*

*Aos meus pais amados, Neli e José (in memória), meus exemplos.*

*Ao meu amado esposo e melhor amigo, Ismael, sem quem eu não teria conseguido.*

*A meu irmão e sobrinhos, por entenderem minhas ausências nesse período e participarem da minha vida sempre. Especialmente a Letícia pela ajuda.*

*A família pelo apoio e carinho.*

*Aos amigos pelo incentivo.*

*A Marina Braz, pessoa rara, pela generosidade de sempre*

*Aos colegas e amigos da Gerência de Atenção à Saúde Norte pelas discussões e torcida*

*Aos colegas da Regional Norte pelo apoio*

*Aos mestres e amigos Carlos José de Paula Silva e esposa Lilian Pacheco por suas tardes, discussões e ensino sobre o SPSS.*

*A todos queridos professores desse programa, por terem contribuído de forma tão nobre, com a minha caminhada na gerontologia.*

*Ao Dr. Canineu, que me inspira e me faz crer numa gerontogeriatría cada vez melhor.*

*A Dra. Marília Berzins por suas colaborações e presteza.*

*As ILPIs por abrirem as portas para realização dessa pesquisa, e por serem o lar e não simplesmente a casa dos idosos que lá vivem. A cada profissional que diariamente se esmera, usando sua competência e amabilidade!*

*A Vera Lúcia Valsecchi de Almeida, para quem tenho tantas palavras de gratidão, mas nenhuma parece conter em seu significado tudo o que eu gostaria de expressar. Foram 2 anos de convívio e de muitas emoções (boas e nem tanto), e eu tive o privilégio de poder compartilhá-las com essa pessoa, que só quem a conhece tem dimensão do que digo. Assim, para não me perder nas palavras: Obrigada, “minha doce paulista”!*

## *Agradecimento aos Idosos*

*Aos que de cabelo branco ou colorido, de pele enrugada ou “plastificada”, que com mais ou menos marcas da idade na face, tem uma alma de velho. Não de jovem, mas de velho mesmo, porque assim se tem experiência, amadurecimento e muito a ensinar.*

*E eu posso dizer que tive o privilégio de aprender com vocês!*

*Aos que compartilharam suas vidas para que essa pesquisa se concretizassem: o meu especial agradecimento. Obrigada!*

## RESUMO

Este trabalho foi construído nas interfaces entre velhice, como condição, família, como instituição social, e Instituições de Longa Permanência (ILPI), lócus de existência de muitos idosos na atualidade. As transformações na dinâmica da vida familiar têm contribuído para a institucionalização dos idosos. Ao lado do envelhecimento da população brasileira, as mudanças nos arranjos familiares e, por vezes, a ausência da família, vem impondo, cada vez mais, a necessidade de institucionalização dos idosos. No entanto, e infelizmente, é pouco o que se sabe do perfil dos idosos institucionalizados. O objetivo central deste trabalho foi levantar o perfil social, demográfico e de saúde dos idosos residentes nas ILPI do Distrito Sanitário Norte, Belo Horizonte, Minas Gerais. Das cinco ILPI existentes neste Distrito, quatro manifestaram-se favoravelmente à realização da pesquisa. A única que não atendeu à solicitação o fez pelo fato de estar em processo de reforma da área física. Partiu-se do pressuposto de que conhecer a realidade das instituições e o perfil dos idosos institucionalizados é fundamental para quaisquer programas centrados tanto na promoção da qualidade de vida dos mesmos, como na definição/implementação de políticas – públicas e sociais – que objetivam conferir qualidade de vida àqueles que encontram, nas ILPI, um lócus para viver a velhice. A pesquisa teve caráter transversal, descritivo e observacional, com abordagem quantitativa e análise através do SPSS. Para a coleta dos dados foi aplicado um questionário semiestruturado precedido do uso de instrumentos validados a respeito do estado cognitivo dos idosos. Quarenta e sete sujeitos foram entrevistados. Os resultados revelaram que a maioria dos idosos institucionalizados são mulheres, pessoas solteiras, sem filhos, adeptos do catolicismo e com pouca ou nenhuma escolaridade; recebem aposentadoria ou pensão e afirmaram usufruir de atividades de lazer. As idades variam entre 64 e 91 anos. A minoria não recebe visitas de familiares e/ou amigos. A diferença quanto ao tempo de permanência na instituição é significativa. No que se refere ao perfil epidemiológico, a Hipertensão é a doença mais referida pelos idosos, seguida de doenças do aparelho osteomuscular e de outras patologias crônicas, a exemplo da diabetes mellitus e de doenças cardiovasculares. São proporcionalmente poucos os que não dependem de um cuidador para a realização das atividades da vida diária. As informações obtidas por meio da pesquisa fornecem subsídios importantes para o planejamento das ações a serem desenvolvidas pelas ILPI junto aos idosos.

**Palavras-Chave:** velhice, família, institucionalização, perfil dos idosos, gerontologia.

## SUMMARY

This work was built on the interfaces between old age, as a condition, family as a social institution, and institutions Long Term (LTCFs), locus of existence of many elderly today. The changes in the family dynamics life have contributed to the institutionalization of the elderly. Beside the aging population, changes in family structures and sometimes the absence of the family, has imposed increasingly, the need for institutionalization of the elderly. Unfortunately, there is little that is known about the profile of the institutionalized elderly. The main objective of this work was to raise the social profile, demographic and health of elderly residents in LTCFs of the North Health District, Belo Horizonte, Minas Gerais. Of the five existing LTCFs in this District, four manifested themselves favorably to the research. The only one that did not respond to the request was only because of the renovation on the physical area. We started from the assumption that knowing the reality of the institutions and the profile of the institutionalized elderly is crucial for any programs focused both on improving the quality of life for themselves, as in the definition / implementation of policies - public and social - that aim to give quality life for those who are living in LTCFs. The study was cross-sectional, descriptive and observational, using a quantitative approach and analysis by SPSS. To collect the data we applied a semi-structured questionnaire preceded the use of validated instruments about the cognitive status of the elderly. Forty-seven elderly were interviewed. Results of the study revealed that most of the institutionalized elderly are women, single people, childless, supporters of Catholicism and with little or no education; receive retirement pension and said enjoy leisure activities. The ages vary between 64 and 91 years. The minority doesn't receive visits from family and / or friends. The difference in the time permanence in the institution is significant. With regard to the epidemiological profile, the hypertension is the disease in mostly elderly patients, followed musculoskeletal system diseases and other chronic diseases, such as diabetes mellitus and cardiovascular disease. Therefore, there are proportionately few seniors that don't rely on a caregiver to perform daily activities. Information obtained through research provide important information for planning the actions to be taken by LTCFs along with the elderly.

Keywords: aging, family, institutionalization, profile of the elderly, gerontology.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

GRÁFICO 1 -	Distribuição da população por sexo, segundo os grupos de Idade Brasil.....	17
GRÁFICO 2 -	Distribuição da população por sexo, segundo os grupos de idade Brasil.....	18
GRÁFICO 3 -	Pirâmide Etária Absoluta – 1990, 2010, 2030.....	33
GRÁFICO 4 -	Número de idosos de cada ILPI, da regional Norte.....	61
GRÁFICO 5 -	Motivos da não participação do idoso na pesquisa.....	63
GRÁFICO 6 -	Grau de Instrução dos idosos das ILPI na regional Norte – BH.....	65
GRÁFICO 7 -	Relação entre Grau de Instrução e sexo dos idosos das ILPIs Norte.....	65
GRÁFICO 8 -	Parente que visita o idoso residente na ILPI da regional Norte.....	66
GRÁFICO 9 -	Frequência de visitas de familiares e amigos aos idosos.....	67
GRÁFICO 10 -	Atividades realizadas como lazer mencionadas pelos idosos.....	68
GRÁFICO 11 -	Responsável pela institucionalização do idoso nas ILPI.....	69
GRÁFICO 12 -	Repasse de renda do idoso residente na ILPI da regional Norte para a família e/ou ILPI.....	70
GRÁFICO 13 -	Doenças referidas pelos idosos das ILPI da regional Norte–BH, 2012.....	71
GRÁFICO 14 -	Grau de dificuldade do idoso para tomar banho vestir só, ouvir e enxergar.....	72
GRÁFICO 15 -	Situação da saúde bucal mencionada pelo idoso.....	72
GRÁFICO 16 -	Intervalo de tempo da última consulta odontológica.....	73
GRÁFICO 17 -	Consequências físicas pós-queda sofrida pelo idoso.....	74
GRÁFICO 18 -	Serviços de Saúde onde o idoso foi levado em situações de urgências.....	74
QUADRO 1 -	Diagrama: Agenda Internacional sobre o envelhecimento.....	50

## LISTA DE TABELAS

- 1 - Brasil: algumas características dos domicílios com idosos com dificuldades para as AVDs/2008.....39
- 2 - Alternativas de cuidados de longa duração.....41
- 3 - Distribuição do percentual de Ideias Centrais frente à pergunta: O número de pessoas idosas no Brasil tem aumentado muito nos últimos anos, como é que você acha que o brasileiro de maneira geral vê o idoso?.....44
- 4 - Perfil da População Economicamente Ativa (PEA) por Faixa de Salários-Mínimos e Sexo Masculino (em %).....53
- 5 - Perfil da População Economicamente Ativa (PEA) por Faixa de Salários-Mínimos e Sexo feminino (em %).....53
- 6 - Características pessoais dos idosos institucionalizados nas ILPI da regional Norte BH.....64

## LISTA DE ABREVIATURAS

A.C -	Antes de Cristo
ANVISA -	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
AVDB -	Atividades da Vida Diária Básica
AVDI -	Atividades da Vida Diária Instrumentais
AVDs -	Atividades da vida diária
AVE -	Acidente Vascular Encefálico
BPC -	Benefício de Prestação Continuada
CEM -	Centro de Especialidades Médicas
CRAS -	Centro de Referência de Assistência Social
CS -	Centro de Saúde
DCNTs -	Doenças Crônicas não Transmissíveis
DISAN -	Distrito Sanitário Norte
DOU -	Diário Oficial da União
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
ESB	Equipe de Saúde Bucal
ESF -	Equipes de Saúde da Família
HIV -	Vírus Imunodeficiência Humana
IBGE -	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ILPI's -	Instituições de Longa Permanência para Idosos
INSS	Instituto Nacional do Seguro Social
LOAS -	Lei Orgânica de Assistência Social
MDS -	Ministério de Desenvolvimento Social
MG	Minas Gerais
MS	Ministério da Saúde
NOB -	Norma Operacional Básica
OMS -	Organização Mundial de Saúde
ONU -	Organização das Nações Unidas
PBH -	Prefeitura Municipal de Belo Horizonte
PEA -	População Economicamente Ativa
PNAD -	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

PNAS -	Política Nacional de Assistência Social
PNI -	Política Nacional do Idoso
PSF -	Programa de Saúde da Família
RDC -	Resolução da Diretoria Colegiada
SPSS -	Statistical Package for the Social Sciences
SUAS -	Sistema Único de Assistência Social
SUS -	Sistema Único de Saúde

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>13</b>
<b>CAPÍTULO I INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA: ASPECTOS GERAIS</b>	<b>17</b>
<b>1.1 Objetivo Geral</b>	<b>30</b>
<b>1.2 Objetivos Específicos</b>	<b>30</b>
<b>CAPÍTULO II O IDOSO, FAMÍLIA E SOCIEDADE</b>	<b>31</b>
<b>2.1 O Idoso e a Família</b>	<b>31</b>
<b>2.2 Modificações dos Papéis dos Idosos e das Famílias</b>	<b>34</b>
<b>2.3 Velhice e Conflitos Familiares</b>	<b>36</b>
<b>2.4 Institucionalização: Qualidade de Vida ou Alívio Familiar?</b>	<b>39</b>
<b>CAPÍTULO III O IDOSO, A SOCIEDADE E AS POLÍTICAS PÚBLICAS</b>	<b>42</b>
<b>3.1 O idoso e a Sociedade</b>	<b>42</b>
<b>3.2 O Idoso e as Políticas Públicas</b>	<b>45</b>
<b>CAPÍTULO IV A PESQUISA DE CAMPO</b>	<b>52</b>
<b>4.1 Cenário</b>	<b>52</b>
<b>4.2 Abordagem Metodológica e Procedimento de Coleta de Dados</b>	<b>56</b>
4.2.1 Das Instituições de Longa Permanência	57
<b>5 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b>	<b>61</b>
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>76</b>
<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>78</b>
<b>APÊNDICE</b>	<b>86</b>
<b>ANEXOS</b>	<b>91</b>

## INTRODUÇÃO

A partir das três últimas décadas, do século XX, o Brasil vem vivenciando o fenômeno do envelhecimento populacional; fenômeno relacionado à redução dos índices de natalidade e ao crescimento da expectativa de vida. A redução dos índices de natalidade guarda relação direta com o maior acesso às informações sobre os métodos contraceptivos e com o aumento da participação da mulher no mercado de trabalho. Já o aumento da expectativa de vida<sup>1</sup> decorre das alterações econômicas, sociais e das políticas públicas de saúde que influenciam diretamente na qualidade de vida. A esse aumento soma-se o fenômeno da longevidade, ou seja, do número de anos vividos na condição de “idoso”.

Com a maior participação das pessoas de sessenta anos ou mais na população total, nosso país tem que estar preparado para as necessidades das pessoas que estão (e para as que estarão em futuro não distante) nesta *coorte* populacional. Nesse contexto, o envelhecimento e a velhice assumem a condição de temas fundamentais das pautas de discussões daqueles que buscam uma sociedade que ofereça assistência efetiva a todos os cidadãos, especialmente ao se considerar que o idoso é sujeito de uma série de demandas que se deparam com uma ampla e generalizada desqualificação da assistência.

O **Art. 230** da Constituição Federal de 1988 prescreve 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. Porém, como esses atores sociais são recém-chegados, tanto as famílias, como a sociedade e o Estado estão começando a descortinar as reais necessidades dos idosos e como lidar com elas.

Um aspecto importante nessa discussão é a estigmatização do idoso, ou seja, predisposições negativas que contribuem para retardar o reconhecimento do idoso como cidadão que possui suas peculiaridades e necessidades, como todo ser humano. A estigmatização leva a um tratamento discriminatório, que favorece a exclusão social<sup>2</sup> relacionada, em grande parte, a um contexto social hedonista, consumista e que busca a beleza e o imediatismo em suas interações, levando a ideia de que o idoso é lento, feio, e improdutivo; ideia que contradiz o anseio social e familiar.

---

<sup>1</sup> É o número médio de anos que um indivíduo de idade  $x$  esperaria viver a partir desta idade. Fonte: [http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao\\_da\\_populacao/metodologia.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/metodologia.pdf); 2004, p 8.

<sup>2</sup> Privação do sujeito de oportunidades oferecidas pela sociedade, tanto no sentido material, quanto cultural.

A mudança dos papéis desempenhados pelo idoso contribui ainda mais para esta situação, pois, em muitos casos, este deixa de ser o protetor para ser o protegido, o mantenedor para ser o mantido, o profissional para ser o aposentado e, conseqüentemente, com sua identidade social comprometida. Isto tudo influencia tanto na auto-estima, como e, sobretudo, na sua participação familiar e social.

Diversamente de décadas atrás, a família – como importante núcleo estruturante da sociedade – já não é um modelo "fechado"; está em constante mudança de formação (tipos de arranjos familiares), de hábitos e de costumes. A tradicional imagem da família constituída por pai, mãe e filhos desgasta-se, cada vez mais, dando lugar a novas configurações. Com a longevidade e as mudanças no número de membros da família atual, os conflitos intergeracionais<sup>3</sup> tornam-se frequentes.

Todas essas modificações afetam o idoso e sua família, mas nem sempre da melhor maneira.

Na busca de amenizar os rompimentos familiares o Ministério de Desenvolvimento Social (MDS), através da Rede de Proteção Básica, atua na prevenção de riscos por meio do desenvolvimento de potencialidades e do fortalecimento de vínculos familiares e comunitários, com o objetivo de promover o fortalecimento dos vínculos sociais e familiares da pessoa idosa, dentre outros indivíduos (BRASIL, 2011). Outra forma de estabelecer um vínculo para o idoso é através da Proteção Social Básica que proporciona, como Serviços e Benefícios, ações de convivência intergeracionais para as crianças de zero a seis anos, idosos e pessoas com deficiência, sendo a matricialidade um dos conceitos e bases de organização do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), (BRASIL, 2011).

Mesmo diante dessas ações, há idosos que possuem uma relação frágil com suas famílias e há aqueles que nem a tem. Portanto, como não são todos os idosos que gozam do privilégio de ter uma família com estrutura social, econômica e emocional para assisti-lo, fica a questão: quem cuidará dos mesmos? É neste momento que as Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI's) surgem como uma resposta a esta questão tão complexa.

Por definição, essas instituições têm a finalidade de oferecer condições dignas de vida aos assistidos; condições que resultem em qualidade de vida. Segundo a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) 283/05<sup>4</sup>, as ILPI são instituições governamentais ou não governamentais, de caráter residencial, destinadas a domicílios coletivos de pessoas com

---

<sup>3</sup> Fenômeno que favorece a convivência de várias gerações.

<sup>4</sup>Resolução da Diretoria Colegiada, que versa sobre as diretrizes que devem ser seguidas pelas ILPI.

idade igual ou superior a 60 anos, com ou sem suporte familiar, em condição de liberdade, dignidade e cidadania.

Porém, a realidade das mesmas contrasta, não poucas vezes, com o ideal. Algumas são insalubres; verdadeiros cenários de violência ou depósitos de pessoas. Enfim, instituições criadas com o objetivo de ser somente fonte de renda para seus proprietários. Por outro lado, há instituições que buscam cumprir o papel a elas designado, mas que, por questões de financiamento, não conseguem atender aos requisitos mínimos exigidos. Mas, há aquelas que estão dentro das normas de funcionamento da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA<sup>5</sup> e RDC<sup>6</sup> 283/05).

A ANVISA surgiu com a Constituição de 1988; trata-se de um órgão fiscalizador que integra o Sistema Único de Saúde (SUS) por sua função de prevenir agravos à saúde.

Para execução das visitas feitas pelo fiscal é utilizado um instrumento de avaliação próprio. Caso a ILPI visitada apresente irregularidades poderá receber advertência e até mesmo ser interditada.

Os aspectos observados são relacionados aos contemplados na RDC 283/05, exigindo o cumprimento dos direitos humanos e os mencionados na lei 8842/94 e no Estatuto do Idoso<sup>7</sup>. Portanto, o Estado como “guardião da sociedade”, através da Vigilância Sanitária, acompanha as ILPIs com a missão de impedir que instituições irregulares se mantenham ativas.

Seu papel é coibir ações que interferem negativamente na vida dos idosos institucionalizados; papel imprescindível para que o idoso tenha qualidade de vida e um perfil favorável à longevidade com saúde. Como é sabido, todo ser humano sofre interferência direta do meio em que vive.

Assim, para se proporcionar um ambiente acolhedor, seguro e saudável para os idosos, torna-se imperioso conhecer quem são eles e, visando aperfeiçoar os recursos, qual seu perfil social, demográfico e epidemiológico. Para formular políticas públicas é necessário conhecer quem são as pessoas a serem beneficiadas; é o perfil das mesmas que deverá direcionar o legislativo em suas propostas e aprovações de leis, juntamente com o executivo. Os protocolos locais, fluxos de serviços sociais, saúde e outros também devem se basear nesse perfil.

---

<sup>5</sup>Agência Nacional de Vigilância Sanitária.

<sup>6</sup>Resolução da Diretoria Colegiada.

<sup>7</sup>BRASIL. LEI N.º 10.741/2003 - Lei Especial - Estatuto do Idoso. Diário Oficial da União, Brasília, 2003.

É nesse contexto que se situa a relevância do trabalho aqui apresentado. Elaborado nas interfaces entre as transições demográfica e epidemiológica, as mudanças sociais e familiares e o aumento do número de idosos que necessitam morar em Instituições de Longa Permanência, tem como foco central a caracterização dos gerontes institucionalizados.

## CAPÍTULO I INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA: ASPECTOS GERAIS

A Organização Mundial de Saúde (ORGANIZAÇÃO, 2005) prevê que até o ano de 2025 a população idosa no Brasil crescerá 16 vezes, contra cinco vezes o crescimento da população total. Este mesmo organismo internacional afirma que até o ano de 2050 o número de idosos estará concentrado nos países em desenvolvimento (em torno de 80%).

Gáspari e Schwartz (2005, p.71) afirmam que “no Brasil [...] próximos 20 anos, a população idosa poderá ultrapassar 30 milhões de pessoas”.

O Censo de 2010 apresenta importantes diferenças nos números das faixas etárias em relação ao Censo 2000. São diferenças visíveis se observadas a partir das figuras abaixo. Nelas, os percentuais de crianças e adolescentes diminuíram e os de adultos e idosos cresceram, comprovando a transição demográfica.

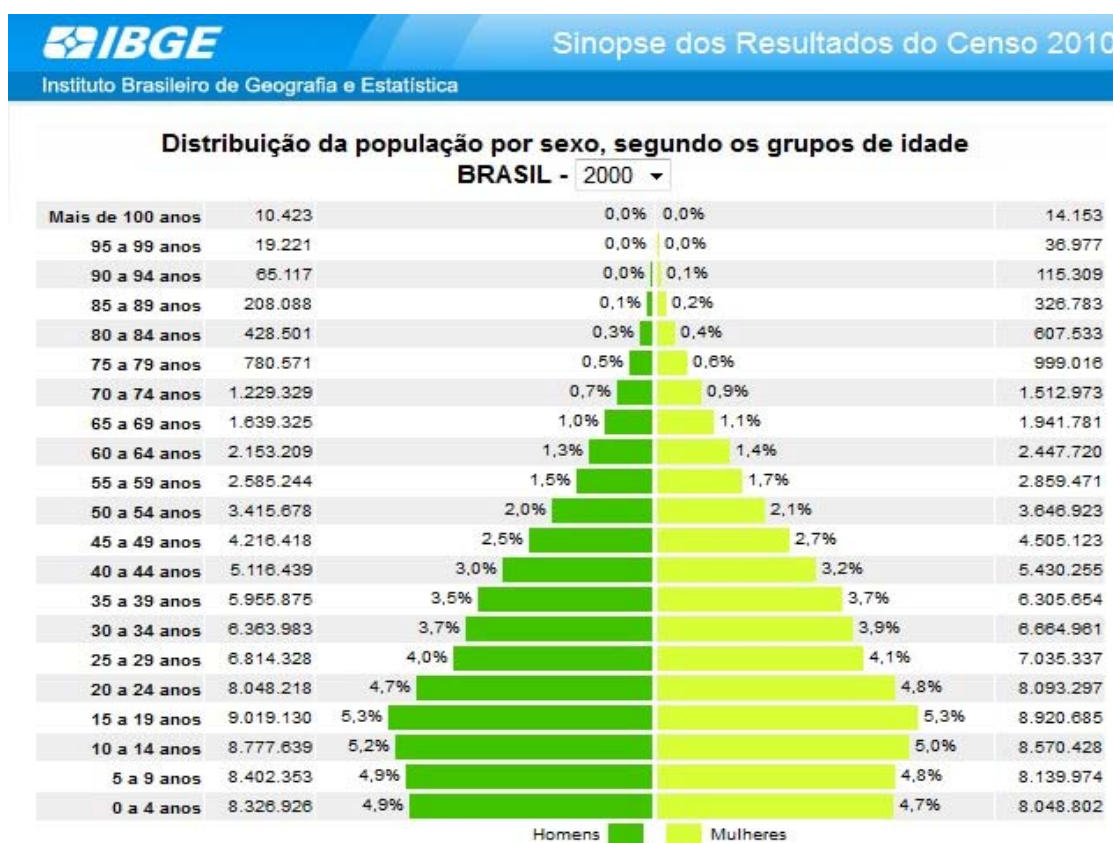


GRÁFICO 1 – Distribuição da população por sexo, segundo os grupos de idade Brasil.

Fonte: IBGE, Censo/2000.

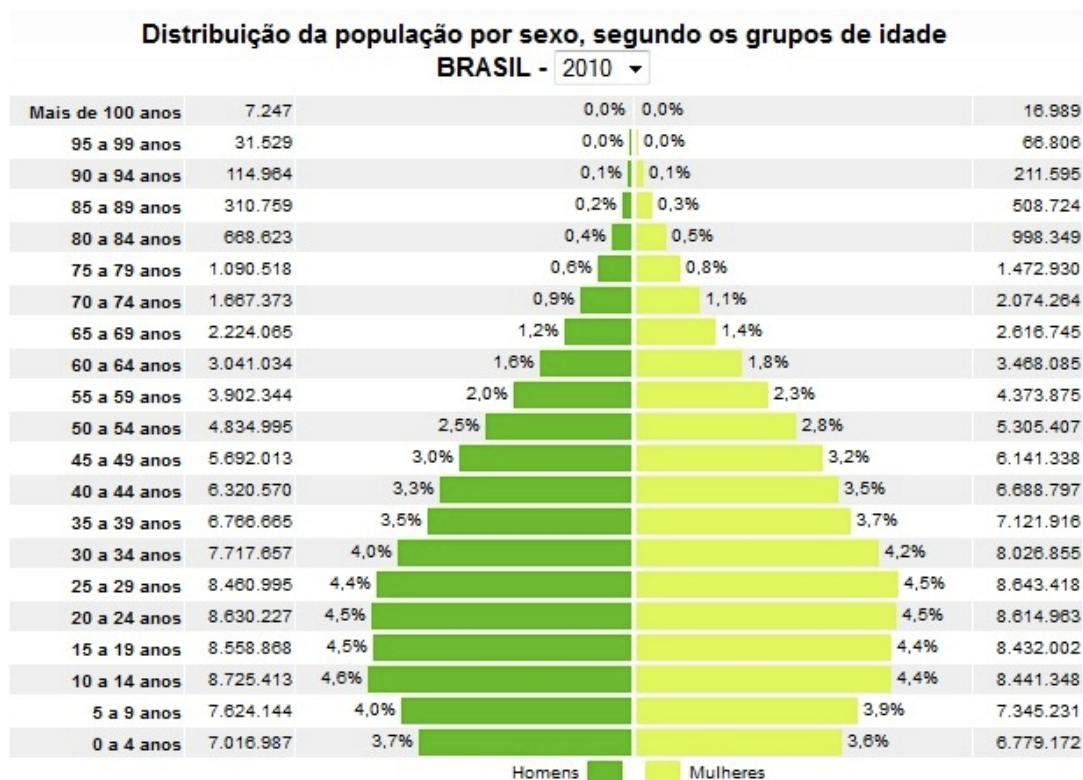


GRÁFICO 2 – Distribuição da população por sexo, segundo os grupos de idade Brasil.

Fonte: IBGE, Censo/2010.

No Brasil - país em desenvolvimento que apresenta acentuadas disparidades socioeconômicas - o envelhecimento digno constitui um grande desafio. Neste país, segundo Rodrigues e Rauth (2002), os aspectos que merecem especial atenção são a família, a promoção da saúde, a pobreza, a aposentadoria, os recursos humanos e as políticas públicas.

Para responder a essa demanda emergente os setores e sujeitos sociais terão que se equipar, exigido novos investimentos.

Sendo estes (Estado, Sociedade e Família) os responsáveis por oferecerem o necessário ao idoso, a forma como será abordada a questão é impar. Isto porque, como todo ser humano, cada idoso tem sua identidade e particularidades, sendo a senescência algo pessoal e que pode ou não comprometer física e/ou mentalmente.

Nem sempre a família está apta para cuidar desse idoso, como será discutido no Capítulo II. Da mesma forma, a Sociedade e o Estado, mesmo utilizando-se dos diversos equipamentos sociais e políticos, não são sempre suficientes para a manutenção do idoso fora da ILPI. Para Herédia, Corteletti e Casara (2007, p.24), “[...] a sociedade e o Estado também não dispõem dos meios adequados e não estão aptos a promover a preparação do

indivíduo para a velhice; a manter a inserção social do idoso, e a garantir, por meio de políticas sociais, o mínimo necessário para a subsistência”.

Diante do exposto, a necessidade de assegurar qualidade de vida para o idoso é fundamental. Oferecer moradia, alimentação, segurança e saúde são mínimos a serem garantidos aos idosos, priorizando a vida junto à família. A assistência social intervém com medidas protetivas para o idoso e ações de fortalecimento de vínculos.

Porém, quando não conseguem fazê-lo, esgotando suas possibilidades, o Estado, a Sociedade e a Família lançam mãos das Instituições de Longa Permanência para o Idoso (ILPI). Estas são de responsabilidade do órgão da assistência social, cabendo à vigilância sanitária, através da ANVISA, o papel de fiscalizar as entidades que cuidam de idosos (CAMARANO; MELLO, 2010, p.72).

Segundo Christophe (2009, p. 24), “[...] a história das ILPIs podem ser recuada até a Grécia antiga [...] provém do Império Bizantino a mais antiga legislação de funcionamento destes estabelecimentos, perpetuada no Código Justiniano, que data de 534 da era cristã.”

Já no Brasil foi inaugurada, em 1797, no Rio de Janeiro, a chamada de “Casa dos Inválidos”, destinada aos soldados velhos.

Mas a institucionalização não deve ser vista como o último recurso, ou seja, como local de “despejo” de idosos. Por diversas vezes, até por se sentir mais seguro e confortável, é o próprio idoso que elege a instituição como seu “novo lar”. Isto demonstra que o papel das ILPIs – oferecer condições dignas de vida às pessoas idosas, dando a oportunidade de desfrutar de saúde e qualidade de vida, segurança, alimentação adequada, socialização, e ambiente salutar – está sendo cumprido por parcela das mesmas.

Frente à necessidade de assegurar os direitos dos idosos institucionalizados, a ANVISA, através da lei 986/69<sup>8</sup>, cumpre o que está estabelecido na Lei nº 8.080<sup>9</sup>, de 19 de setembro de 1990, exercendo atividades de regulação, normatização, controle e fiscalização na área de vigilância sanitária, incluindo as ILPIs (BRASIL, 2003). Para tanto, adotou a Resolução da Diretoria Colegiada de número 283/05. Esta resolução estabelece o padrão de funcionamento das instituições. As novas normas contemplam a garantia dos direitos humanos, a organização legal do lugar e os pré-requisitos relativos à infraestrutura física da

---

<sup>8</sup>DECRETO-LEI nº 986 - DE 21 DE OUTUBRO DE 1969 (Publicado no D.O.U. de 21.10.1969, pág. 8935-Retificação no D.O.U. de 11.11.1969, pág. 9737).

<sup>9</sup> In: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm). Acessado em 22 de setembro de 2010.

casa e aos processos de trabalho. O site da ANVISA<sup>10</sup> informa que essa resolução se baseia na lei 8.84211, de 1994, e no Estatuto do Idoso. Estas atividades da ANVISA contribuem para que as ILPs exerçam realmente seus papéis.

A regulamentação técnica para o Funcionamento das Instituições de Longa Permanência - RDC 283/05 tem como objetivo, “estabelecer o padrão mínimo de funcionamento das Instituições de Longa Permanência para Idosos”.

Sua abrangência é “[...] toda instituição de longa permanência para idosos, governamental ou não governamental, destinada à moradia coletiva de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, com ou sem suporte familiar.” (BRASIL, 2005).

Os demais pontos descritos na Resolução são discutidos abaixo, não citando, necessariamente, o número do item abordado, mas seguindo a mesma ordem sequencial da abordagem dos temas no corpo do texto da RDC.

Como condições gerais, a Resolução 283/05 prescreve que a instituição deve propiciar o exercício dos direitos humanos, ou seja, direitos civis, políticos, econômicos, sociais, culturais e individuais. A isto se soma a observação de outras premissas que primam pelo respeito à liberdade de credo e à liberdade de ir e vir, pela preservação da identidade e privacidade do idoso, a promoção de ambiência acolhedora, de convivência mista entre os residentes de diversos graus de dependência, além da inserção social, das trocas intergeracionais e familiares, do estímulo à autonomia e lazer, da prevenção e proibição da violência e da discriminação contra pessoas nela residentes.

Considerando a importância e a relação direta entre o perfil do idoso institucionalizado e o ambiente em que vive, desenvolvemos uma investigação que procura contemplar os dois aspectos. O princípio norteador é que a ILPI é o lar do idoso e que, portanto, deve estar mais próxima possível das necessidades e desejos desse.

Corroborando com essa ideia, Herédia, Corteletti e Casara (2007, p.26) afirmam que:

O processo de internação numa instituição asilar representa muito mais do que simples mudança de um ambiente físico para outro. Representa para o idoso a necessidade de estabelecer relações com todos os aspectos de seu novo ambiente, ajustar-se ao novo lar, mais do que o lar a ele, considerar-se abandonado, ansioso,

---

<sup>10</sup> Agência de Vigilância Sanitária - [www.anvisa.gov.br](http://www.anvisa.gov.br).

<sup>11</sup> Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 1994.

e com medo de ideia de passar os últimos anos da vida num lugar estranho em meio a desconhecido.

Para se transformar o espaço físico da ILPI em um lar é necessário criar uma atmosfera de respeito e de manutenção da individualidade.

A concepção equivocada do que é ser idoso leva, não poucas vezes, à sua infantilização, à perda de autonomia e ao comprometimento da identidade, o que impede ou dificulta a construção da noção desejada de lar.

Deve se identificar o idoso como indivíduo único, com as necessidades, desejos e gostos que lhe acompanharam durante toda sua vida como membro de um núcleo familiar e social. Não é o fato de se institucionalizar que anulará sua personalidade (construída de há muito) e suas relações interpessoais. Muitas vezes, os idosos são tratados como um grupo homogêneo e não como indivíduos com esta ou aquela idade e história de vida. Esta percepção errônea se exacerba quando se trata do idoso institucionalizado.

Chamá-lo pelo nome ou apelido, escolhido por ele, permitir ao idoso construir seu espaço – um quarto ou uma cama – de forma mais pessoal e nele colocando objetos pessoais e adornos, é algo que pode ajudar para a preservação de sua identidade.

A este título Faleiros e Morano (2009) colocam que as instituições são formas de controle disciplinar e homogeneização dos comportamentos. Assim, o institucionalizado não é um sujeito ativo em suas escolhas; sua individualidade não é preservada.

Na velhice, a chance de o ser humano ser incluído em uma categoria uniforme<sup>12</sup> é grande. O senso comum acredita que o idoso é tão somente o “aposentado”, não mais o profissional; a representação mais corriqueira é que são doentes, lentos, improdutivos e incapazes de aprender coisas novas. Assim, de forma equivocada e sem respeitar sua singularidade, coloca-os em um grupo com características comuns a todos. Como o que acontece na sociedade é reproduzido nas ILPIs, as particularidades e idiosincrasias individuais tornam-se invisíveis ou são silenciadas.

O modelo político-institucional - *locus* individual de organização da vida diária - implica um ritual de atividades comuns e coletivas, estabelecido em regimento, normas e comunicados, com horários definidos, espaços modelados, pessoal com tarefas prescritas para cada tipo e em tempos cronometrados (FALEIROS; MORANO, 2009).

Ao discutir a questão do “estigma”, Tolloti (2007; p.37) formula os seguintes questionamentos:

---

<sup>12</sup> Expressão utilizada por referência a padrões de comportamento homogeneizados.

Têm os idosos crédito naquilo que pronunciam? Qual é o espaço dado à velhice na sociedade contemporânea, que cultua a juventude, o corpo perfeito, a face sem ruga? Portanto, como respeitar as questões peculiares ao idoso sem ouvi-lo e descobrir quem é esse indivíduo? Sem essa escuta, a massificação de costumes, horários e práticas dentro da ILPI, sobre idosos institucionalizados é certa.

Essas situações são agravadas pelo que é colocado por Berzins e Malagutti (2010; p. 278): “[...] ainda prevalece uma cultura de subordinação e de ausência de direitos”. Para Goffman (1974, p 25) isto corresponde à “morte civil”. Muitos idosos não se reconhecem como cidadãos de direitos, reforçando os estereótipos.

A participação política do idoso (ou sua incipiência) será discutida no Capítulo III dessa dissertação.

O estímulo ao lazer pode ser uma fonte de manutenção da individualidade, respeitando hábitos antigos ou até descobrindo novos gostos, desde que não sejam impostos. Podem, inclusive, ser aprendidos através da convivência social. Porém, além das questões discutidas abaixo, essas experiências ainda esbarram nas estruturas físicas das instituições que oferecem poucos espaços de lazer (FALEIROS; JUSTO, 2007).

O capítulo V, artigo 20º, do Estatuto do Idoso, prescreve que o direito a educação, cultura, esporte, lazer, diversões, espetáculos, produtos e serviços devem respeitar a peculiar condição da idade. As regras de entrada e saída do idoso nas ILPIs, ao lado da falta de segurança pública, do transporte público inadaptado e dos obstáculos físicos, limitam as possibilidades de se frequentar teatros, cinemas, shows, mesmo pagando metade do valor dos ingressos (FREITAS; OLIVEIRA, 2006).

Carneiro *et. al.* (2007) citam a série de vantagens do convívio social de qualidade, como a melhoria da qualidade de vida e mesmo a proteção contra doenças crônicas. Nos últimos anos, com as mudanças da composição familiar – menor número de filhos, maior participação da mulher no mercado de trabalho, migração dos jovens em direção aos grandes centros – esta instituição social vem se tornando menos capacitada para assumir a função de cuidadora do idoso (MAZZA; LEFÉVRE, 2004). Porém, mesmo que o idoso seja institucionalizado, é de extrema importância que o contato familiar e social seja mantido, não configurando situação de abandono ou desprezo.

Pesquisa realizada em um asilo do Rio de Janeiro<sup>13</sup> revela que, para os idosos, pensar em saúde é pensar também o contato familiar; por outro lado, pensar doença é pensar em solidão, improdutividade e abandono (PESTANA; SANTO, 2008). O que reforça a necessidade de fomentar as atividades em grupo, lazer, práticas religiosas, visitas de familiares e amigos, que levam a convivência com outras pessoas, que por ventura poderão se tornar um suporte social.

Para Faleiros e Justo (2007), a manutenção das rígidas rotinas cotidianas asilares, somada à fragilidade do idoso, diminui a frequência dos contatos sociais. Porém, sendo preconizado um ambiente de interação nas ILPI's, é necessário promover o convívio social entre os asilados e os familiares, dentro e fora dos muros. Para tanto, deve-se criar horários flexíveis para visitas, estrutura física adequada que favoreça o acesso seguro dos asilados aos espaços de convivência coletiva e profissionais preparados para essa promoção.

Ainda sobre individualidade, é importante salientar que permitir e estimular a prática da espiritualidade é importante para que seja preservada a identidade do idoso e para que os benefícios da fé o ajudem. Corroborando com essa ideia Fleck *et. al.* (2003) colocam que existem indícios crescentes de que a espiritualidade está relacionada à saúde mental.

Por outro lado, evidências demonstram que a religiosidade e a espiritualidade podem contribuir para o bem-estar pessoal, além de reduzir os níveis de depressão, angústia, morbidade e mortalidade (DUARTE *et al.*, 2008). A religião contribui para o enfrentamento de tantas vivências que podem ser negativas para o idoso, sendo fatores estressores, tais como a perda do vigor físico, da beleza e a aposentadoria (DUARTE; WANDERLEY, 2011). Para estes mesmo autores, em casos de hospitalização a prática religiosa colabora para superação da distância da família, que se pode comparar com a institucionalização de longa permanência, partindo do pressuposto que em ambos há um isolamento familiar.

Sair com o idoso da instituição, permitindo que ele frequente templos religiosos e estabeleça relações de trocas sociais com os demais membros da comunidade, implica em uma maior atenção dos profissionais cuidadores. Se o grau de dependência for maior, demandará mais trabalho. Como muitos desses trabalhadores pensam que os idosos não têm desejos, ou que os mesmos podem ser negligenciados, se esquivam da promoção destas atividades. Além disso, profissionais que trabalham em dupla jornada se sentem exaustos para realizar o esforço físico necessário à tarefa, o que não os isenta de responsabilidade.

---

<sup>13</sup>O estudo objetivou descrever a situação de saúde do idoso no cenário asilar e identificar como eles percebem sua saúde. Pestana, L.R.; Santo, F. H. E.; As engrenagens da saúde na terceira idade: um estudo com idosos asilado. Revista Escola de Enfermagem-USP. V. 42, N° 2, p.268-7, 2008.

Para a concretização de um novo modelo de saúde física e social, que busca oferecer assistência integral à pessoa idosa, pensar nas questões aqui colocadas - a qualificação dos profissionais, o uso amplo da intersectoralidade/interdisciplinaridade e a inserção social - é algo ainda incipiente. Para os que se propõem a trabalhar com esse público específico, urge uma ampla reflexão sobre a capacitação em geronto-geriatria; dela resultarão informações e conhecimentos, além de disposição, para a melhoria da qualidade de vida dos idosos institucionalizados e maior satisfação dos trabalhadores que lidam com eles.

Outra questão diretamente relacionada ao perfil dos idosos é a infraestrutura da ILPI; as barreiras físicas podem propiciar a ocorrência de quedas, sendo que a repercussão destas pode ser temporária ou definitiva. Com o intuito de oferecer segurança ao institucionalizado - como restrição ao leito, úlceras de decúbito, trombozes, pneumonias e limitações para execução das Atividades da Vida Diária (AVDs) e até mesmo na morte - a RDC 283/05 trás normatizações.

É importante estar atento para o fato de que a frequência das quedas pode ser agravada pelo uso de medicações hipotensoras e de psicofármacos. Corroborando com essa ideia, Gonçalves *et. al.* (2008, p. 940) afirmam que “em relação a doenças prévias com diagnóstico médico referido, 40% eram hipertensos, 34,4% de dor nas costas, 62,2% tinham dificuldade de enxergar e 38,3% eram depressivos”. Como muitos idosos se encontram nestas situações, torna-se mais fácil ocorrer um acidente. Reforça-se, assim, a necessidade de seguir a risca as normas postas pela RDC 283/05 para a área física.

Como afirmado acima, a repercussão de uma queda para o idoso pode impactar fortemente em sua qualidade de vida. Além disso, os gastos com recursos materiais e com profissionais para ajudá-lo de acordo com seu grau de dependência são consideravelmente maiores se comparados aos de um idoso não dependente. Esse pecúlio poderia ser utilizado para suprir outras necessidades dos institucionalizados e a promoção de saúde.

As causas de quedas, relacionadas ao ambiente físico são, segundo Fabrício, Rodrigues e Costa (2004): objetos no chão (26%), piso escorregadio (22%), trombar em outras pessoas (11%) e subir em objetos, queda da cama e problemas com degraus (7% cada).

Em relação às quedas, temos que:

O número de mortes de pessoas com mais de 60 anos provocados por queda aumentou quatro vezes em dez anos, segundo levantamento divulgado [...] pela secretária de Saúde do Estado de São Paulo. O índice passou de 7,6 mortes a cada

100 mil, em 2000, para 28,4 para cada 100 mil, em 2008. Foram registrados 253 mortes há oito anos e no ano retrasado o número subiu para 1.240. O maior número de notificações relaciona-se tanto ao maior reconhecimento da importância das mesmas, como ao maior número de idosos no Brasil. (ALBUQUERQUE, 2010, p.1).

Nos dados acima se percebe que os maiores causadores de quedas relacionadas ao ambiente não só são evitáveis, como tem poucos (ou nenhum) ônus financeiros. Os que implicam em investimentos elevados se tornam em longo prazo uma economia para a instituição. Afinal, um idoso dependente é mais oneroso do que o independente. Tratar um idoso que sofreu uma queda ou qualquer outra afecção é mais caro para a ILPI, a família e o Estado do que prevenir.

Na lógica da prevenção, a partir de 1988, com a criação do SUS, todas as pessoas passam a ser assistidas, independente de serem contribuintes do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS). As diretrizes do SUS giram em torno da promoção à saúde e da prevenção de agravos, reforçando a importância de se conhecer os idosos institucionalizados de determinado território para que a criação de estratégias específicas para a promoção da saúde desse grupo de idosos, além de gerir melhor os recursos e alcançar os objetivos de promoção e prevenção.

Já os princípios do SUS são: integralidade, universalidade e equidade. Os dois primeiros são previstos no artigo 198 da Constituição Federal, sendo definidas, no capítulo II, da lei 8080, como:

I - Universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;

II - Integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema.

- **Universalidade** significa que o sistema de saúde do Brasil se estenderia a todos; até então, somente os contribuintes da Previdência Social eram contemplados.
- **Equidade** é definida como a busca de redução das disparidades sociais e regionais. Segundo Carneiro Jr. e Silveira (2003), a equidade promoverá ações aos grupos diferenciados em suas demandas e necessidades de diferentes maneiras, que levará à organização de estratégias que privilegiam os mais despossuídos.

- **Integridade** – em grego, *holeousia* – significa ser saudável. Para isso o indivíduo deve ser visto em sua totalidade, a partir de uma visão holística. Conil (2004, p. 1418) afirma que:

O ideário da integralidade compõe um processo que se inicia na formulação de políticas do nível macro pelo Estado, passa pela gestão e gerência nos distintos níveis até a produção de ações de cuidado de saúde por meio das práticas para a atenção e o cuidado dos indivíduos.

No Brasil, de acordo com Conil (2004), a integralidade e os outros princípios começaram a ser reivindicados a partir da década de 80, em um importante encontro em que foram discutidas e propostas medidas importantes, paulatinamente implantadas ao longo dos anos.

Uma estratégia do Ministério da Saúde, para alcançar esse objetivo, é o Programa de Saúde da Família (PSF), que tem como diretriz a promoção à saúde e a prevenção de doenças e agravos.

O Programa conta com Equipes de Saúde da Família (ESF) que acompanham as pessoas que moram em determinado território estabelecido como de sua responsabilidade, incluindo os idosos asilados. Essa equipe deve estar munida de instrumentos para assistir o idoso tanto em situação de senescência<sup>14</sup>, como de senilidade<sup>15</sup> (FREITAS; OLIVEIRA, 2006).

Para Silvestre e Costa Neto (2003, p.107), as atribuições das equipes voltadas para a pessoa idosa são:

- Conhecimento da realidade das famílias pelas quais são responsáveis, com ênfase nas suas características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas;
- Identificação dos problemas de saúde e situações de risco mais comuns aos quais os idosos estão expostos, e a elaboração de um plano local para o enfrentamento dos mesmos;
- Execução, de acordo com a formação e qualificação de cada profissional, dos procedimentos de vigilância à saúde da pessoa idosa;
- Valorização das relações com a pessoa idosa e sua família, para a criação de vínculo de confiança, de afeto e de respeito;
- A realização de visitas domiciliares de acordo com o planejado;
- Prestação de assistência integral à população idosa, respondendo às suas reais necessidades de forma contínua e racionalizada;
- Garantia de acesso ao tratamento dentro de um sistema de referência e contra-referência para aqueles com problemas mais complexos ou que necessitem de internação hospitalar;

---

<sup>14</sup>Envelhecimento fisiológico

<sup>15</sup>Envelhecimento patológico

- Coordenação e participação e/ou organização de grupos de educação para a saúde;
- Promoção de ações intersetoriais e de parcerias com organizações formais e informais existentes na comunidade para o enfrentamento conjunto dos problemas identificados na população idosa, além da fomentação da participação popular, discutindo com a comunidade conceitos de cidadania, de direitos à saúde e suas bases legais.

Fica claro, portanto, que a ESF deve priorizar o idoso – por definição vulnerável – em suas ações.

Cabe ter informações corretas para o planejamento de cuidados ou contra-indicações de medicamentos, das práticas físicas, vacinas e até mesmo alimentos. Para isso as ILPIs devem manter atualizados os registros da situação de saúde de cada idoso residente. Estes registros são muito importantes para os profissionais quando os idosos utilizam algum serviço de saúde; eles diminuem os riscos de iatrogenia.

Sobre atividade física, Vaz e Nodin (2005, p.331), afirmam que, “[...] dado o facto da mobilidade ser um de saúde e de qualidade de vida para o idoso, é importante evitar o sedentarismo e, para isso, é importante que o idoso realize diariamente uma actividade física de modo a vencer a inércia”.

As benesses do exercício físico são, atualmente, cada vez mais conhecidas e evidenciadas; porém, criar o hábito de praticá-lo nem sempre é fácil. Portanto, é necessário estimular e fornecer condições para a prática rotineira de atividade física.

Essa prática constante ajuda no controle e prevenção de doenças crônicas, fortalece a musculatura, além de melhorar a interação social, satisfação com o corpo, aspectos emocionais e desempenho sexual. Também reduz as queixas de dores que são tão frequentes nessa faixa etária.

O receio do gerente passar mal durante o exercício físico<sup>16</sup> intimida os responsáveis pela Instituição de Longa Permanência a promover o exercício físico. Por isso é essencial um acompanhamento médico adequado, um profissional que os acompanhe no momento da atividade e flexibilidade de horários para saída dos idosos da ILPI para fazer uma atividade física.

A publicação *Envelhecimento Ativo: uma política de saúde* (ORGANIZAÇÃO, 2005) enfatiza que as Políticas e Programas deveriam incentivar as práticas físicas e que, em países em desenvolvimento, muitos tiveram lesões graves trabalhando em serviços braçais.

---

<sup>16</sup>Aumento ou queda da pressão arterial, hipoglicemia ou até mesmo sofrer uma queda.

Portanto, é necessária, para estes, uma reabilitação específica; diante da atual realidade da maioria das instituições, este é outro fator dificultador para o idoso fazer atividades físicas.

Ainda no que tange às doenças crônicas esse mesmo documento afirma que 10% dos idosos apresentam depressão; considerando a mudança de habitat e hábitos, para alguns o sentimento de solidão e abandono sofrido pelos idosos institucionalizados torna necessário o conhecimento de quem são os idosos ali presentes para direcionar pontualmente as ações dos gestores locais e das micro e macro políticas.

Como mencionado anteriormente, o desempenho sexual do idoso melhora com a atividade física. Mas, a sexualidade nesta fase da vida é pouco comentada; a ideia de castração após os sessenta é muito recorrente. O idoso é visto como um ser assexuado; se censura ou é censurado em relação a seus desejos sexuais. Os hormônios se alteram como o passar da idade, mas na maioria dos casos não levam à total falta de libido.

Quando a ILPI não é um local que preserva a intimidade do institucionalizado, ou não flexibiliza os horários de saída e entrada, os idosos tem sua individualidade tolhida. Mas, não se deve ficar inerte diante das dificuldades de garantir esse direito. Cumpre trabalhar, também, questões relacionadas à prevenção de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs) e Human Immuno Deficiency Vírus (HIV), pois as pessoas que hoje tem mais de 60 anos não tiveram acesso, em sua juventude, às informações referentes ao uso de preservativos, por exemplo.

Outro aspecto fundamental para garantir a saúde do idoso é seu estado vacinal; aspecto frequentemente negligenciado e pautado no senso comum que diz que é a criança que deve ser vacinada. No entanto, considerando os investimentos do MS na divulgação da necessidade de imunização do idoso, nos últimos anos esta situação vem se revertendo.

Outro fator interveniente no perfil do idoso é a alimentação; a qualidade desta deve ser uma preocupação das ILPIs. A Portaria n. 810/89, do Ministério da Saúde (MS), afirma que os aspectos nutricionais e de higiene são de responsabilidade da própria instituição geriátrica. (BRASIL, 1989).

Apesar da importância do tema, estudo realizado em Brasília, com cinco ILPIs, revelou que, em relação à higiene, apenas uma alcançou a nota máxima; as demais ficaram entre 0% e 75%. Assim, mais que uma irregularidade o que se verifica é um grande desrespeito ao ser humano (Toral *et. al.*, 2006, p. 32).

Há que se considerar que os idosos desenvolvem, ao longo da vida, hábitos e costumes em relação à alimentação que dificultam, muitas vezes, a adaptação dos mesmos ao sabor dos alimentos da instituição. Santelle, Lefèvre e Cervato, (2007, p 3061) afirmam

que: “[...] a mudança para a instituição impõe alterações na rotina diária dos idosos, sobretudo na área da alimentação, que podem acarretar modificações de hábitos alimentares e fragilizar a saúde destes indivíduos”.

No relato abaixo temos a resposta de um idoso institucionalizado ao ser questionado, em estudo realizado no Rio de Janeiro, sobre o que alterou em sua alimentação após mudar-se para a ILPI:

Mudou totalmente. Mudou o tempero, mudou o horário, mudou os pratos, mudou tudo. Aqui, o alimento é muito diferente. Eu estava acostumado com uma comida boa. Não é que eu goste de comidas caras, assim (...) é que aqui a alimentação é rotineira. Quando eu estava com a família, a gente comia coisas diferentes, uma mistura e outra. A gente comia muita salada, muita fruta. Aqui, não tem fruta todo dia. Aos domingos, a gente espera macarronada e quando vai comer é arroz e feijão. À noite, é uma sopa, uma sobremesa, é só isso. (SANTELLE; LEFÈVRE; CERVATO, 2007, p. 3063).

A dificuldade de adaptação pode interferir e repercutir na nutrição do idoso; pode contribuir para um risco maior para quedas, de lesões de pele, de anemia, de descontrole de Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNTs), dentre outras.

Todos os fatores acima mencionados, tais como identidade, hábitos e costumes, relacionamentos interpessoais, história de vida e de saúde, dentre outros, lapidam as pessoas de diferentes formas. Isso porque o homem é fruto de uma multiplicidade de fatores - físicos, emocionais, externos e internos – que, inter-relacionados, definem o que é chamado de “perfil”.

Cada pessoa tem sua unicidade. Assim, para que se possa ter uma assistência mais próxima possível de suprir a necessidade do idoso, é fundamental que se estude seu perfil. Porém, levando em consideração o grande número de idosos institucionalizados, não é possível estudar cada indivíduo. Para que seja definido o que é necessário para suprir as necessidades e contemplar os anseios daquela população o que é possível é traçar este perfil por grupos próximos.

Assim, traçar o perfil do grupo de idosos residentes nas seis ILPIs do Distrito Sanitário Norte (Belo Horizonte/MG) – objetivo central da pesquisa proposta - mostra-se muito importante para conhecer as diferentes situações sociais e clínicas, podendo propiciar melhor direcionamento das políticas públicas. Como resultado, espera-se a melhoria da assistência nos diversos âmbitos, proporcionando uma vida digna e de qualidade ao idoso institucionalizado.

Conclui-se esse capítulo apresentando os objetivos da pesquisa realizada para essa dissertação:

### **1.1 Objetivo Geral**

Levantar o perfil social, demográfico e epidemiológico dos residentes institucionalizados nas Instituições de Longa Permanência para Idosos localizadas no Distrito Sanitário Norte, do Município de Belo Horizonte, Minas Gerais.

### **1.2 Objetivos Específicos**

- Identificar o perfil dos institucionalizados quanto ao que tange às condições sociais e demográficas, aos hábitos de vida relacionados à saúde, às condições de saúde física e emocional, às enfermidades prevalentes, às intercorrências comuns durante o período de permanência na instituição.
- Subsidiar a construção de políticas públicas referentes aos idosos institucionalizados e às IPLIs.

## CAPÍTULO II O IDOSO, FAMÍLIA E SOCIEDADE

A velhice só é honrada na medida em que resiste, afirma seu direito não deixa ninguém roubar-lhe seu poder e conserva sua ascendência sobre os familiares até o último suspiro. Gosto de descobrir o verdor num velho e sinais de velhice num adolescente. (CÍCERO, 2007 *apud* MORAES, 2011, p. 1)

Considerando as muitas interfaces – antes mencionadas – entre o idoso, a família e a sociedade, esse capítulo foi reservado à discussão desses dois âmbitos da vida pessoal e social dos idosos.

### 2.1 O Idoso e a Família

Com o objetivo de retratar a maior parte das famílias brasileiras serão apreciados, aqui, aspectos relacionados à família ocidental, ou seja, nuclear e monogâmica.

Nesse contexto, pode-se dizer que “a velhice só é honrada na medida em que resiste, afirma seu direito não deixa ninguém roubar-lhe seu poder e conserva sua ascendência sobre os familiares até o último suspiro”, como escreveu por Cícero (2007 *apud* MORAES, 2011, p. 1) e citado na epígrafe acima?

Cumprе ressaltar que os diversos e complexos aspectos que cercam essa discussão contribuíram para que esse capítulo não tivesse qualquer pretensão de esgotar o assunto ou trazer respostas prontas ou acabadas; o objetivo foi incitar reflexões sobre um tema fundamental na vida de todo ser humano, não sendo diferente na velhice.

O conceito de família – por muitos considerada *célula máter* da sociedade – está em processo constante de transformação. A noção de família como grupo social formado por pessoas ligadas por laços de consanguinidade tem assumido outras formações. Deixa de ser somente de pai, mãe e filhos e passa a ser de pessoas unidas por laços afetivos.

Em estudo realizado com trabalhadores de Centros de Saúde, em Campo Bom, RS, Gabardo, Junges e Selli (2009, p.99) constatou a existência de “famílias de casal homossexual com filhos, famílias extensas, reconstruídas morando no mesmo terreno e idosos vivendo em união com parceiros mais jovens são frequentes”.

Ferrigno (2006, p.21) menciona algumas das mudanças que afetam a família, tais como: optar por ter filhos após os 30 anos, decisão de se viver sozinho, divórcios, mais de um casamento durante a vida, filhos de dois casamentos e mulheres que buscam bancos de esperma. Há ênfase no fato de que a família formada por mãe, pai e filhos situa-se em torno de 25%. (idem).

Sobre essa mudança na composição familiar Beck e Giddens (2000; *apud* CARVALHO, 2009, p.78) colocam que:

... esse modelo se reconfigurou-se devido às relações societárias tanto quanto nas alterações do processo de trabalho, centrados na tecnologia, como com a crescente individualização centrada nas capacidades individuais, e com a globalização crescente associada tanto a potencialidades, como a riscos globais.

Para Romero (1998), instituições como a família começaram a entrar em descrédito após a 2ª Guerra mundial. Também afirma que na década de 50, “com o desmantelamento dos fatores sócio- econômicos, do padrão de família grande, esta célula máter do corpo social é questionada por todos os ângulos” (ROMERO, 1998, p.104).

Outra alteração que interfere na dinâmica familiar é, segundo Camarano e Mello (2010, p.93), que “hoje, a mulher brasileira está assumindo cada vez mais o papel de provedora; a sua renda foi responsável por 40,9% da renda das famílias brasileiras em 2009[...]”. Isso torna a mulher financeiramente independente, eliminando a dependência financeira do cônjuge como causa para se manter casada e repercutindo, também, no tempo que dispõe para prestar cuidados a um membro idoso da família. Mas, há que considerar, a maior expectativa de vida da mulher, conforme gráfico abaixo:

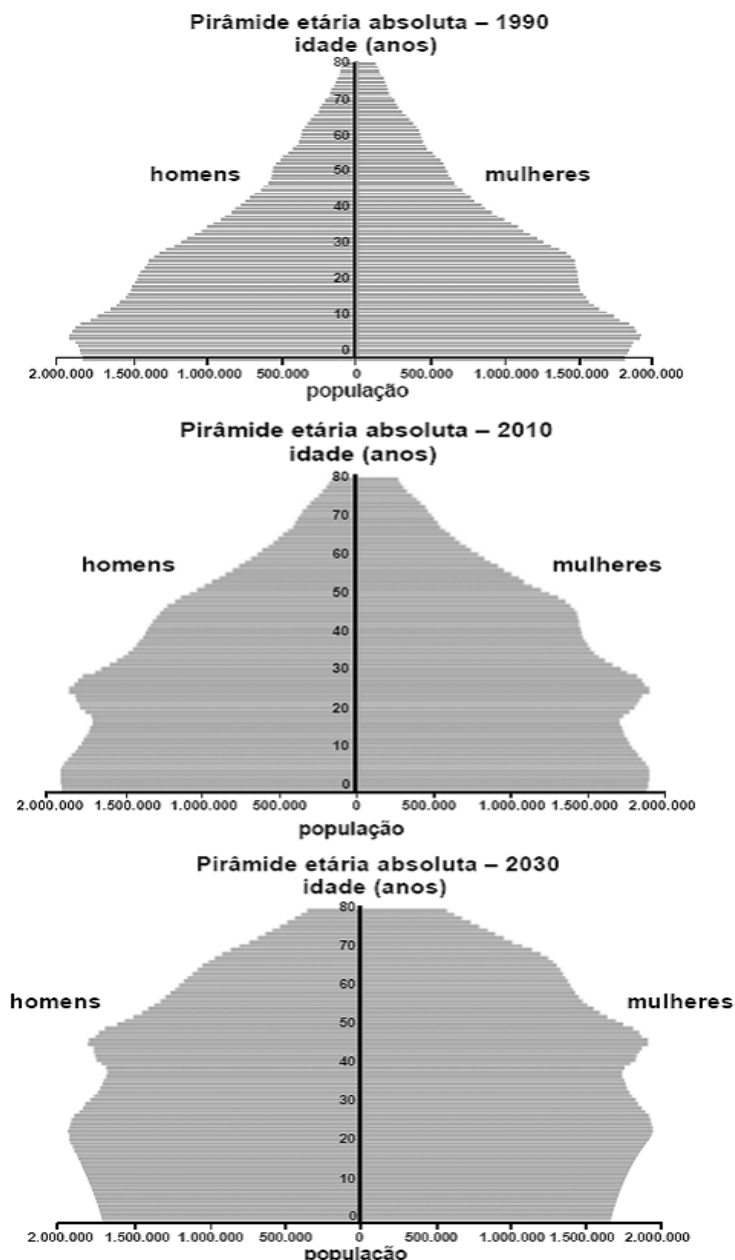


GRÁFICO 3 – Pirâmide Etária Absoluta – 1990, 2010, 2030.

Fonte: <http://www.geografiaparatodos.com.br>

Para Leite (1995, apud MENDES *et al.*, 2005, p.425) “... a família, como a comunidade, tem um lugar de destaque na criação de uma estrutura que estimula novos caminhos para o idoso.” Sobre esse processo dinâmico Sarti (2001) lembra que as transformações externas e internas da família levam a zonas indefinidas e tensas.

Independente dos arranjos familiares esse núcleo é fundamental para a qualidade de vida do idoso, estimulando o autocuidado, a busca pela saúde e a autoestima. Corroborando com essa ideia, Carvalho (2009, p.78) coloca que apesar das alterações na estrutura de família, o papel de cuidar está intimamente relacionado à família, sobretudo da

pessoa idosa. Porém, apesar do carinho, cuidado e apoio serem atitudes esperadas de uma família, nem sempre é isso que ocorre.

Para Goldfarb e Lopes (2006), a família não é estanque, mas uma organização relacional complexa e mutável, sendo que o déficit da autoridade paterna e a confusão de papéis e valores, provoca a instabilidade de laços.

Na atualidade, a diversidade das famílias leva a diferentes encaminhamentos diante da velhice de um membro, alguns acolhedores, outros de exclusão. Isso não significa que, em muitos casos, acolhimento, carinho e zelo não levem à institucionalização, já que essa pode ser uma forma de se garantir melhor qualidade de vida ao idoso frente a impossibilidades da família, seja por condições econômicas, cognitivas ou falta de saúde dos demais membros.

## **2.2 Modificações dos Papéis dos Idosos e das Famílias**

A velhice acarreta uma série de modificações nas condições físicas e, eventualmente, mentais, familiares, econômicas e sociais. Assim, a pessoa idosa precisa apreender a conviver com sua nova condição e com a transformação das condições externas que, quanto mais próximas, mais requerem para se adaptar.

Sobre essa mudança de papéis Almeida (s/d, p.104) coloca que os idosos “Afastados de trabalhos definidos como “produtivos” e destituídos da função de reprodutores biológicos, homens e mulheres acabam por perder, cada vez mais precocemente, seu estatuto de humanidade.”

Na família o idoso pode ter seu papel modificado por fragilidades físicas se tornando, muitas vezes, dependente para realizar suas Atividades Básicas da Vida Diária, ou seja, de autocuidado, como vestir-se, alimentar-se e banhar-se. O mesmo pode ocorrer com as Atividades Chamadas de Instrumentais (AVDI), realizadas fora do domicílio, como ir ao banco e fazer compras.

Outras formas de mudança de seu papel é passar a ser economicamente dependente ou, inversamente, ser o “arrimo de família”. A primeira ocorre quando não tem aposentadoria ou sua receita é menor que seus gastos; a segunda ocorre quando os membros da família estão desempregados ou se contentam com o ganho financeiro do senil.

Como ser idoso não é sinônimo de fragilidade, boa parte deles permanece trabalhando ao se aposentar; assim, sua renda não se limita ao salário de aposentadoria, o que atrai parentes que desejam obter vantagens. Além disso, Camarano e Kanso (2010,

p.106) colocam que “[...] 84,9% dos homens idosos com dificuldades para as AVDs e 80,5% das mulheres recebiam algum tipo de benefício social”.

Em algumas famílias observa-se a disputa pelo cuidado do senil, nem sempre pelo carinho com o idoso, mas pelo dinheiro. Quem cuida pode administrar o pecúlio, nem sempre favorecendo o idoso, mas investindo em interesses próprios e ignorando os desejos do mesmo.

O idoso perde seu papel social ligado ao labor porque uma das faces do processo de identificação do ser humano é a profissão; quando ele se aposenta, passa a pertencer a um grupo homogêneo.

De acordo com Bayle (2004, p. 622) no “[...] nível social, o idoso passa da atividade (trabalho) à inatividade (reforma), o que implica necessariamente um olhar diferente em relação a si e aos outros, como a “utilidade” social com o seu leque de papéis, funções e estatutos”.

Segundo Almeida (s/d, p.99) “[...] alguns idosos desenvolvem papéis ligados aos afazeres domésticos, cuidando de netos ou de outros idosos, ou doentes”. O que também significa uma economia para a família, e que se o idoso deixa de ter condição de fazê-la ele não é mais interessante.

Todas essas mudanças de papéis do idoso – papéis desempenhados ao longo dos anos e que forjaram sua identidade – se desfazem com o surgimento de rugas e cabelos brancos. O resultado pode ser depressão, diminuição da autoestima e isolamento social.

A introdução das mulheres no mercado de trabalho também leva a modificações que resultam diretamente na dinâmica familiar. Para Abigail e Mendonça (2010, p. 224), a família sofre modificações estruturais, desemprego, instabilidade econômica, inserção feminina no mercado de trabalho, divórcios, emigração e imigração, que levam a conflitos. A isso se soma, também, a redução do número de filhos.

Como a maior parte dos cuidadores de idosos é composta por mulheres, a inserção destas no mercado de trabalho influi diretamente na vida do senil. Giacomini, Uchoa e Lima-Costa (2005, p.1516) colocam que “[...] que a carga de cuidado dos idosos dependentes recai desproporcionalmente sobre as mulheres”.

A família também sofre transformações quando um membro se torna idoso, tendo que lidar com as mudanças acima mencionadas, além dos aspectos físicos e mentais que podem sofrer alterações significativas.

Idosos com patologias ou complicações destas, tais como diabetes, podem levar a cegueira; também podem surgir doenças que levam à dependência completa ou parcial,

como no caso de demência ou uma parestesia resultante de um Acidente Vascular Encefálico (AVE). Essas alterações não são exclusivas do idoso, mas com o acúmulo de suas particularidades de mudanças de papéis, a situação familiar se agrava.

Ramos *et. al.* (1993) colocam que 40% dos indivíduos com 65 anos ou mais de idade precisam de algum tipo de ajuda para fazer compras, cuidar das finanças, preparar refeições ou limpar a casa e que 10% requerem ajuda para realizar tarefas básicas de autocuidado.

Mesmo que a família queira dar uma assistência de qualidade ao seu membro idoso, em diversas ocasiões é necessária uma intervenção profissional. Afinal, a velhice é algo novo para o povo brasileiro e poucos tiveram a experiência de cuidar do outro que está nessa fase da vida.

Para as famílias que se unem em torno do senil, a mudança brusca de papéis sociais, principalmente em decorrência de doenças físicas ou demências, desestrutura o núcleo familiar levando, por vezes, à depressão de um de seus membros.

O apoio e orientação ficam assim prejudicados, dificultando a permanência do idoso no domicílio. Um tripé formado por uma equipe multiprofissional qualificada, cuidadores domiciliares bem preparados e suficiência família pode trazer muitas vantagens para os envolvidos nessa situação, evitando institucionalizações contra a vontade do idoso e até da família, quando essa enxerga a ILPI como única solução, mas não a melhor.

Quando se tem a institucionalização como caminho escolhido pelo idoso, isso é dignidade; mas quando se a tem como o único caminho por falta de opções, como um mal necessário, isso é o que a família, a sociedade e o Estado devem lutar para abolir.

### **2.3 Velhice e Conflitos Familiares**

Diante de toda a insegurança da família em lidar com a necessidade de maior tempo a ser dispensado ao idoso, do abandono do trabalho de um dos parentes para ser cuidador e do aumento dos gastos financeiros decorrentes, por exemplo, de medicamentos, fraldas geriátricas, dietas especiais, surge uma nova experiência desafiadora que pode levar a inúmeros conflitos, tanto de opiniões na tomada de decisões, como de participação na divisão de tarefas.

Essas divergências podem atingir, de forma direta ou indireta, o idoso através de agressões físicas e/ou verbais quando as pessoas envolvidas se sentem estressadas ou prejudicadas de alguma forma.

A perda de energia (relacionada a patologias ou outras alterações) e da libido de um dos parceiros idosos também pode refletir no convívio de ambos, levando à instabilidade familiar. Brigas, cobranças, humilhações e traições acontecem em decorrência dessas modificações na vida sexual.

Alterações da memória e do comportamento podem provocar equívocos em relação à situação do idoso. Na presença de demência, por exemplo, as alterações comportamentais devem ser respeitadas, impondo a criação de mecanismos de proteção do idoso afetado. Nem sempre se compreende que essa patologia pode manifestar-se através de uma sexualidade exacerbada, levando a comportamentos inconvenientes, o que constrange os familiares e contribui para exclusão ou discórdias.

Para Mendes *et al* (2005, p.425), a família sadia enfrenta o envelhecimento de forma harmoniosa e ouve o idoso; já na família sem harmonia há frustrações e o idoso se sente acuado e com receio de punições.

Segundo Minayo (2006, p.54), a velhice se torna sinônimo de sofrimento quando há abandono e solidão, mais do que quando surge doença e dependência.

Cícero (2010, p.24) em sua obra *Saber Envelhecer*, critica Cecílio por dizer: “Pior, na velhice, é sentir que desagradamos a todo o mundo”. Esse sentimento é uma realidade, mas não para todos os idosos; muitos o sentem e chegam a verbalizá-lo. A família, os amigos e os profissionais devem estar sensíveis a essa possibilidade e, assim, intervir para aliviar esse sofrimento.

O afeto é essencial nas relações humanas; é energia propulsora ou paralisadora, se boa ou ruim, que pode unir ou desintegrar o grupo (ROMERO, 1998, p.112). A diferença de valores morais pode interferir na preservação ou emergência desse sentimento. A discordância de princípios religiosos, escolhas sexuais ou o envolvimento com práticas ilícitas comprometem mais intensamente os relacionamentos.

Idosos homossexuais, ex-presidiários e/ou drogaditos são, frequentemente, discriminados e asilados da família, mesmo não estando institucionalizados, levando a sofrimentos por causas sobrepostas. A família e a sociedade não sabem acolhê-lo; o Estado não se manifesta sobre esses problemas na velhice, que devem ser tratados de forma diferenciada para se construir um cenário diferente do atual.

A longevidade alcançada nos dias atuais e o aumento de gravidez na adolescência contribuem para a convivência entre várias gerações na mesma família, o que pode ocasionar desavenças em função da diversidade de opiniões.

As gerações mais novas olham para os idosos como débeis e enfermos (SALVAREZZA, 2005; p.281), situação agravada pela busca dos jovens de suas identidades fora da família, por meio de atividades que possam lhe dar afirmação pessoal (SARTI, 2001, p.20). Quando o idoso inspira cuidados e o jovem tem que ajudar a realizá-los se sente sobrecarregado e com menos tempo para si.

Em alguns casos, a dificuldade do familiar assistir o idoso se deve a mágoas decorrentes do passado. Traições conjugais, violência contra família, abandono, abusos sexuais e negligências dificultam a convivência pacífica entre a família e a pessoa idosa.

Em estudo realizado com esposas de homens que necessitavam de cuidados integrais, ou seja, homens dependentes, um dos relatos demonstra como é doloroso para essas mulheres prestarem cuidados aos esposos, pelos motivos acima apontados, “tem que brincar [...]. Tem dia que eu enfezo lá eu falo: “cadê a fulana agora, né? Agora que era hora dela ajudar. [...] Quantas vezes você me largou aqui sem os trem dos meninos e foi cuidar dela, né?” (GIACOMIN; UCHOA; LIMA-COSTA, 2005, p.1512).

Percebe-se claramente, nessa fala, a angústia da cuidadora em lidar com as atividades que o idoso necessita, criando uma situação constrangedora não apenas para ela, como para aquele que recebe seu cuidado.

Existem familiares que se sentem responsáveis pelo cuidado, não aceitando compartilhar as tarefas com os demais por se sentirem os mais próximos ou por terem um sentimento de gratidão ou culpa. Esses estão expostos a um grande risco de stress e se tornando também doentes. Para Giacomini, Uchoa e Lima-Costa (2005, p.1515), no caso citado acima, “queixar-se de cansaço, pedir ou aceitar ajuda, é negar-se a fazer o que lhe foi predestinado, o que não pode ser passado adiante nem compartilhado”.

Portanto, quando uma família decide encaminhar o idoso a uma instituição, ou se furta de fazê-lo quando necessário, somente conhecendo bem esse núcleo familiar para compreender o que levou à determinada escolha.

Diante dos conflitos familiares a intervenção de psicólogo e assistente social pode contribuir muito para o (re) estabelecimento de um ambiente harmonioso. Para ajudar nas demandas que a velhice pode trazer para a família, a intervenção de outros profissionais repercute no bem estar dessa. É imperioso que o profissional seja imparcial e sensível no trato familiar.

## 2.4 Institucionalização: Qualidade de Vida ou Alívio Familiar?

Diante do contexto acima apresentado pode aparecer a incapacidade familiar, ou seja, a fragilidade ou inexistência do suporte familiar. Esta é batizada, hoje, de “síndrome geriátrica” que resulta, muitas vezes, na institucionalização do idoso.

Corroborando com essa ideia, Chaimowicz e Greco (1999) colocam que os fatores de risco para a institucionalização são morar só, suporte social precário e baixa renda (associada à viuvez, aposentadoria, menor oportunidade de empregos formais e estáveis e aumentos dos gastos com a própria saúde) são cada vez mais frequentes no Brasil.

Camarano e Kanso (2010, p.108) apresentam as características dos domicílios com idosos com dificuldades para realizar as AVDs.

**Tabela 1**

Brasil: algumas características dos domicílios com idosos com dificuldades para as AVDs/2008

<b>Tamanho médio do domicílio</b>	<b>2,8</b>
<b>% de domicílios com filhos adultos (21 anos ou mais)</b>	<b>42,2</b>
<b>% de filhos adultos que trabalham</b>	<b>59,7</b>
<b>% de filhos adultos que estudam</b>	<b>7,6</b>
<b>% de filhos adultos que não estudam e não trabalham</b>	<b>37,6</b>
<b>Contribuição da renda do idoso com dificuldades na renda domiciliar</b>	<b>54,6</b>
<b>Contribuição da renda dos filhos adultos na renda domiciliar</b>	<b>19,9</b>

Fonte: IBGE/PNAD de 2008.

Quando o abandono do idoso se efetiva, sua fragilidade pode chegar a situações extremas. Bayle (2004, p. 622) afirma que o isolamento, as carências sociais, afetivas e econômicas podem culminar no suicídio por desespero.

Minayo (2010, p.212) alerta que, como causas de suicídio residem, muitas vezes, em conflitos familiares, as amizades e relacionamentos são importantes para prevenir a

depressão, ideação e efetivação da autodestruição, demonstrando, mais uma vez, a importância do suporte familiar.

Pelas evidências de que repercute em maior qualidade de vida, maior segurança e saúde, o destaque que se dá ao apoio familiar tem sido cada vez maior. Camarano e Mello (2010, p.68) lembram que:

A pesquisa Eurobarometer mostrou as preferências e expectativas dos idosos europeus quanto a serem cuidados. Tanto as preferências quanto as expectativas são de serem cuidados nos seus domicílios por seus familiares. Isto foi declarado por 45% dos respondentes. Em segundo lugar foi o cuidado domiciliar exercido por um profissional.

O resultado da pesquisa reforça a importância do lar e da presença da família para o idoso.

Como afirmado acima, as mulheres são as principais cuidadoras dos idosos em suas famílias. Mas além do cuidado do lar e da família estas passam, cada vez mais, a exercer uma função no mercado de trabalho, o que dificulta ou impede o cuidado do idoso de seu núcleo familiar. Assim, na medida em que aumenta o número de idosos na população, está reduzindo o número de mulheres disponíveis para cuidar deles. Isso resulta em um maior percentual de idosos que necessitarão de outras formas de cuidado que não em seu próprio lar, por falta de cuidador.

Carvalho (2009, p.78) coloca que existem seis tipos de motivação para a prestação do cuidado familiar.

São elas:

- **Necessidades** que se referem a dificuldades temporárias e urgentes;
- **Obrigatoriedade** que acontece quando não se tem alternativa;
- **Interesse** quando se espera uma recompensa;
- **Reciprocidade** quando se deseja retribuir algo que anteriormente foi feito pra si;
- **Complementaridade** que se refere a um suporte formal existente, e por último,
- **Compromisso afetivo**, quando se tem afeto pelo idoso que necessita de cuidados.

Essas motivações poderão se modificar a qualquer momento, assumindo quaisquer uma das outras formas e nada impede que mais de uma forma esteja presente concomitantemente nas relações familiares.

É importante ressaltar que nem sempre a institucionalização se deve ao abandono. Há casos em que essa ocorre pela impossibilidade total de se manter o idoso em sua residência. De acordo com Caldas (2003, p.777), há também “[...] idosos que não têm família. Há outros cujas famílias são muito pobres ou seus familiares precisam trabalhar e não podem deixar o mercado de trabalho para cuidar deles”.

Existem famílias que, quando optam por levar o idoso para uma ILPI, tem a esperança de que essa lhe proporcione uma vida melhor, acreditando que ali ele terá alimentação adequada, segurança, cuidados adequados e dignidade. O que, nem sempre - por diversos motivos - ela pode garantir.

O número de institucionalizações poderia ser menor se houvesse maior oferta de outros de serviços, que não as ILPIs; que auxiliassem a família no cuidado, como os centros e hospitais-dia e a atenção domiciliar permanente (GIACOMIN; UCHOA; LIMA-COSTA, p. 2005, p. 1508).

Redondo e Lloyd-Sherlock (2009 *apud* CAMARANO; MELLO; 2010; p. 20) propõem alternativas de cuidados aos longevos, de acordo com a intensidade necessária:

**Tabela 2**

Alternativas de cuidados de longa duração

Intensivo	Hospitalização
Menos intensivo	Clínicas geriátricas Residências coletivas Internações de curta duração Abrigos
Serviços comunitários	Centros-dia Visitas domiciliares Ajuda doméstica
Apoio familiar	Benefícios monetários para cuidadores Grupos de apoio para cuidadores

Fonte: Redondo e Lloyd-Sherlock (*apud* CAMARANO; MELLO; 2010; p. 20)

Já nos casos que realmente configuram incapacidade familiar, é importante enfrentar esse gigante. Para isso, é fundamental que haja um despertar dos cidadãos para o envelhecimento populacional, pertencentes ou não a um núcleo familiar com idosos. Pois, a velhice é uma questão posta para todos.

## CAPÍTULO III O IDOSO, A SOCIEDADE E AS POLÍTICAS PÚBLICAS

Nesse capítulo pretende-se discutir como o idoso se localiza na atual sociedade brasileira, sem a pretensão de esgotar o assunto, mas de desenvolver algumas reflexões sobre o tema.

### 3.1 O idoso e a Sociedade

A sociedade contemporânea traz consigo muitas benesses, como a melhoria na Saúde, novas tecnologias, conquista de direitos, dentre tantos outros. Mas traz também o hedonismo, ou seja, uma busca ímpar e individualista pelo prazer e beleza. Lipovetsky (2007) e Bauman (1998) salientam, em suas obras, a onipresença do hedonismo e fugacidade das relações sociais, o que reforça a ideia de descompromisso com o outro.

O modelo capitalista estimula a marginalização do idoso promovendo, segundo Ferrigno (2006, p.20), um progressivo esvaziamento de papéis e levando o idoso ao recolhimento ao espaço doméstico e ao isolamento social.

A relação entre o modelo societário capitalista e o consumo é direta e sobre determinada; Lipovetsky (2007, p. 17) afirma que:

...o hiperconsumo é uma forma de se rejuvenescer, haja vista que proporciona os hedonismos dos começos perpétuos [...] de um presente sempre recomeçado [...] e vivificado [...] por novidades consumidas.”

Esse mesmo autor (2007, p149) coloca que quanto mais poderosa é a sociedade, surgem os temores da exclusão e das restrições, as obsessões com a idade.

Na cultura atual o que imprime valor ao ser humano é o que ele produz e o que recebe como pagamento pelo que produz; em um modelo radicado na produtividade e na capacidade de consumo o idoso, que pode ter limitações físicas para o trabalho, é desvalorizado; por outro lado, os que se mantêm ativos são pouco valorizados e vistos como pessoas que já deveriam ter “pendurado as chuteiras”. O que é corroborado por Almeida (s/d, p.104) ao colocar que “[...] a idade avançada engendra desvalorização, contaminando os ideais... de força, agilidade, e produtividade.”

Camarano (2005 *apud* MINAYO, 2006, p.54) enfatiza que os idosos de hoje vivem longe do catastrófico mito da velhice como sinônimo de doença; isso se deve à ampliação da cobertura previdenciária, ao maior acesso aos serviços de saúde e ao desenvolvimento de novas tecnologias médicas (diagnósticas e terapêuticas).

Fortalecendo essa ideia, Pestana e Santos (2008, p.269, grifos nosso) relatam que:

O envelhecer faz parte da vida, corresponde a uma fase do curso da vida permeada por mudanças físicas, psicológicas e sociais que acometem cada pessoa, de forma muito peculiar. É um momento, em que, ponderando sobre a própria existência, a pessoa idosa percebe que alcançou muitos objetivos, mas também sofreu muitas perdas, das quais a saúde destaca-se como um dos aspectos mais afetados. Essas mudanças advindas da velhice tendem a ser maximizadas de forma negativa em nossa sociedade.

Em principal veículo de comunicação – a televisão – a mídia iniciou, na década de 70, um processo de modificação da imagem do idoso. Isso ocorreu quando se percebeu os idosos também eram consumidores, não apenas de remédios! Assim, sua imagem está sendo reconstruída; segundo Bezerra (2006), o idoso saudável, ativo e emancipado ganhou espaço, sendo reconhecido e valorizado.

Porém, a ideia disseminada de uma população idosa saudável e razoavelmente estável, em termos socioeconômicos, não só é inimiga de reivindicações, como desobriga o Estado de dar prioridade às políticas públicas voltadas para o envelhecimento e a velhice.

É inegável que a qualidade de vida dos idosos melhorou e que, portanto, a imagem dos idosos realmente mudou; mas não há como desconsiderar que essa mudança encontra-se radicada em interesses outros – como os econômicos – que não os do próprio idoso.

Assim, cabe explicitar as diversas facetas da velhice na sociedade atual.

Uma delas é, segundo Goldfarb e Lopes (2006), a homogeneização dos idosos e, conseqüentemente, a desconsideração da heterogeneidade das velhices, de suas particularidades. Esse aspecto sublinha a importância de políticas públicas e sociais que respeitem a heterogeneidade dos idosos; que levem em conta as “muitas velhices” existentes.

Como qualquer outro ser humano, o idoso tem sua identidade formada nas interfaces entre aspectos intrínsecos e extrínsecos; nestes últimos situam-se os hábitos e costumes familiares, a cultura de pertencimento, a escolaridade, a religião e a ocupação, dentre outros. Portanto, não há como tratar os idosos com uma categoria homogênea; as singularidades e heterogeneidades devem se respeitadas.

Para alguns é difícil – por vezes impossível – administrar a condição de idoso; tal dificuldade leva, por vezes, ao extermínio da própria vida. Para tanto, além de aspectos relacionados à saúde emocional, atuam fatores sociais e econômicos.

Minayo (2010, p. 212), referindo-se à relação entre os fatores sociais e suicídio, colocam que:

[...] medo do prolongamento da vida sem dignidade, trazendo prejuízos econômicos e emocionais aos familiares; isolamento social; mudanças nos papéis sociais que lhes conferiam reconhecimento; ou situações de dependência física ou mental diante das quais o idoso se sente humilhado.

É nítido o receio que o idoso tem da reação da sociedade frente à velhice. Ele é consciente da visão que a sociedade tem de sua condição e sabe que pode ser considerado como um fardo. Vive então uma angústia que o leva, em alguns casos, a desejar o fim da própria vida.

No trabalho realizado por Oliveira e Viégas (2009, p.10) sobre as Políticas Sociais de Amparo ao Idoso no Município de São Caetano, os idosos, ao serem questionados como o brasileiro de maneira geral vê o idoso no Brasil, responderam conforme a tabela que se segue:

**Tabela 3**

Distribuição do percentual de Ideias Centrais frente à pergunta: O número de pessoas idosas no Brasil tem aumentado muito nos últimos anos, como é que você acha que o brasileiro de maneira geral vê o idoso? São Caetano, 2009.

Ideias Centrais	n	%
A –Com desprezo, críticas, discriminação, preconceito e não são bem vistos	43	68,25
B – Acredita que o preconceito tem melhorado/ São bem vistos e tratados com respeito	12	19,05
C - Para alguns um imprestável, para outros com respeito	7	11,11
D –Não respondeu a pergunta	3	4,76

Fonte: OLIVEIRA; VIEGAS (2009; p. 10).

A ideia, já discutida anteriormente, de que o idoso é lento e improdutivo pode fazer com que as pessoas de seu convívio não identifiquem sinais de depressão e, conseqüentemente, não busquem tratamento. Essa condição aumenta as chances de ideação suicida e da passagem ao ato.

Como os estudos em geriatria e gerontologia foram incrementados apenas há aproximadamente quatro décadas, acredita-se que com o tempo as diferenças entre os idosos comecem a ser o foco das pesquisas. Isso é fundamental para que as reais necessidades dos mesmos sejam reconhecidas e melhor respondidas pela Sociedade, Estado e família.

Hoje já existem ações que buscam estimular a sociabilidade dos idosos, respeitando suas diferenças, a exemplo de academias, grupos de convivência e Universidades Abertas para a Terceira Idade. Para Ferrigno (2006), muitos idosos são mais participativos, acompanhando as mudanças sociais.

É de extrema importância que os idosos se manifestem para que sejam ouvidos, contribuindo para que as políticas e as alterações sociais ocorram de acordo com o que realmente pensam e não como acredita-se que é o melhor para eles.

Golfarb e Lopes (2006) menciona que lutar pela inclusão social do idoso significa se colocar no mundo como cidadão que goza de direitos e não de benefícios. Esse investimento não deve ser solitário, mas de cidadãos preocupados com seu amanhã, com a concretização de uma sociedade que preza pela equidade.

O solo construído hoje será o mesmo em que pisarão, em futuro mais ou menos distante, os atuais jovens e adultos.

Algumas outras iniciativas de inclusão social, que são governamentais serão discutidas no capítulo - O idoso e o Estado.

### **3.2 O Idoso e as Políticas Públicas**

A palavra política é derivada do grego **pólis**, “cidade”, mas no sentido mais amplo que município. Refere-se a tudo que é civil, urbano e político.<sup>17</sup> No âmbito político temos os conjuntos de leis ou regras que direcionam os gestores e a população em suas ações. Discutir políticas públicas significa enfrentar conceitos e desenvolver reflexões a respeito de necessidades frente a determinadas realidades, em vários âmbitos, especialmente os governamentais.

Para Teixeira (2002, p. 2):

Políticas públicas” são diretrizes, princípios norteadores de ação do poder público; regras e procedimentos para as relações entre poder público e sociedade, mediações entre atores da sociedade e do Estado. São, nesse caso, políticas explicitadas, sistematizadas ou formuladas em documentos (leis, programas, linhas de financiamentos) que orientam ações que normalmente envolvem aplicações de recursos públicos).

---

<sup>17</sup><http://educacao.uol.com.br/filosofia/politica-a-arte-ou-ciencia-de-governar.jhtm>

A política deve, por princípio, atender demandas apresentadas pelos cidadãos de determinado território (município, estado ou federação). Os que ocupam o poder procuram contemplar prioritariamente as necessidades dos setores marginalizados da sociedade, ou seja, dos grupos considerados mais vulneráveis, formulando políticas que resultam, normalmente, de pressão e mobilização social, Teixeira (2002, p.3).

A transição demográfica, discutida na introdução desse trabalho, coloca novas demandas. Os legisladores buscam (ou deveriam buscar) formas de garantir que os direitos estabelecidos pela Constituição de 1988 façam parte da vida de todos. Para tanto, lança-se mão das políticas públicas.

O envelhecimento populacional demanda mais gastos públicos, pois implica mudanças em áreas como transporte, urbanismo, demandas sociais e previdenciárias e saúde, dentre tantas outras. O setor previdenciário é fortemente afetado já que a média de anos vividos após a aposentadoria aumentou. Comparados há algumas décadas atrás, os gastos com benefícios previdenciários<sup>18</sup> elevam-se progressivamente. O governo federal passa a pagar o benefício por mais tempo que há anos atrás, quando a expectativa de vida era menor.

O setor saúde atende a um número cada vez maior de pessoas com doenças crônico-degenerativas típicas de populações envelhecidas. Para Camarano (2005; *apud* MINAYO; 2006), idade traz agravamento de patologias crônicas degenerativas, além da vulnerabilidade.

Atualmente, a necessidade de ILPIs é cada vez maior; diante das fragilidades físicas, da incapacidade familiar, da falta de recursos e do despreparo desta instituição, está aumentando o número de idosos que precisam ou desejam residir em uma Instituição de Longa Permanência.

Mas cabe insistir que é inadmissível a ida do idoso a um local que não lhe dê condições de viver dignamente, desobrigando a família das inúmeras responsabilidades para com seus idosos. Essas são algumas das muitas questões que devem ser consideradas diante dos altos custos que as acompanham e da responsabilidade de se propiciar uma vida digna ao idoso.

Outro ponto a ser considerado é que são os próprios idosos que devem sugerir as políticas necessárias; afinal, são eles que vivenciam as dificuldades e necessidades do cotidiano.

---

<sup>18</sup> Aposentadoria, pensão e Benefício de Prestação Continuada (BPC)

Uma das formas de a voz do idoso ser ouvida é através da participação em movimentos reivindicatórios ou de controle social. Rodrigues *et. al.* (2007, p.540) colocam que “respeitar o direito humano do idoso é ajudá-lo a exercer sua cidadania, é garantir-lhe autonomia e independência, é valorizar e desenvolver sua capacidade e potencial de decisão e ação.” Além dos próprios idosos, famílias e profissionais devem fazer parte do coro que busca chamar atenção dos olhares da Sociedade e do Estado para os idosos. É fundamental que a sociedade se conscientize do envelhecimento populacional e das demandas a ele associadas; só assim poderá exigir o cumprimento dos direitos existentes e outros tantos a serem conquistados.

Para se garantir o sucesso na formulação e execução das políticas públicas algumas etapas devem ser observadas e acompanhadas pela Sociedade Civil no processo de formulação das políticas. Segundo Teixeira (2002, p.2), essas etapas são:

- a) elaboração e formulação de um diagnóstico participativo e estratégico identificando cenários de experiências bem sucedidas nos vários campos referentes ao idoso; b) debate e mobilização social; c) decisão e definição em torno de alternativas; d) detalhamento de modelos e projetos envolvendo suas diversas características; e) definição de responsabilidades dos atores envolvidos e f) avaliação e acompanhamento do processo.

Para que se possa percorrer esse caminho é necessário não somente que os idosos estejam envolvidos, como também a sociedade. Para tanto, é importante que adultos se reconheçam como os idosos do futuro, como Beauvoir (1990, p. 12) alerta:

Paremos de trapacear, o sentido de nossa vida está em questão no futuro que nos espera; não sabemos quem somos se ignorarmos quem seremos: aquele velho, aquela velha, reconheçamo-nos neles. Isso é necessário se quisermos assumir em sua totalidade nossa condição humana. Para começar, não aceitaremos mais com indiferença a infelicidade da idade avançada, mas sentiremos que é algo que nos diz respeito. Somos nós os interessados.

A participação na construção e controle de políticas públicas é mais difícil para um idoso institucionalizado; nem todas as instituições de longa permanência incluem, em suas práticas, horários de saída e entrada para que um idoso vá a uma ação de mobilização; por outro lado, muitos são dependentes ou semidependentes. A isso se soma a dificuldade de deslocamento até um desses eventos, pela precariedade do transporte público. Portanto, quem fará o papel de reivindicador pelos idosos institucionalizados?

Hoje, via redes sociais, já são possíveis os manifestos de cunho político. Mas não são todas as instituições que possuem computadores para uso do institucionalizado;

quando os têm não são todos que sabem utilizá-los. Quanto aos idosos que moram com suas famílias, não são todos que tem acesso a essa tecnologia ou que a dominam; neste último caso soma-se tanto a disputa deste equipamento entre os membros da família, como a falta de disposição em ajudar o idoso.

Diante das barreiras para se manifestar e privado de meios de se fazer ouvir, as barreiras se perpetuam para os idosos, gerando um círculo vicioso a ser quebrado.

Segundo Fernandes (2001, p. 41):

A dimensão dos problemas, a sua grande diversidade e a ocorrência crescente de situações trazem para o fórum da discussão os vários agentes envolvidos, que vão desde as famílias, passando por organizações privadas e, por último, o Estado enquanto produtor de políticas e principal instância pública de resolução dos problemas sociais.

Rodrigues *et. al.* (2007, p.538) colocam que na busca de implementação das políticas para idosos “[...] têm ocorrido vários fóruns, formais e informais, de discussão a respeito dos direitos dos idosos de forma a efetivá-la e ampliá-la.” Os conselhos dos Idosos, Municipais, Estaduais e Federais, são reuniões em que se debatem os direitos e deveres dos idosos.

Os Conselhos Municipais de Idosos estruturaram-se na segunda metade da década atual e, até 2008, cobriam 1.393 dos 5.564 municípios brasileiros, o que representa uma cobertura de 25% destes (CAMARANO; MELLO; KANSO, 2009, *apud* CHRISTOPHE, 2009, p. 38).

O Estatuto do Idoso coloca, no capítulo II, parágrafo único, que o idoso tem “[...]preferência na formulação e na execução de políticas sociais públicas específicas”; o que é um avanço. Mas, como a transição demográfica é recente, até para os gestores é difícil estabelecer prioridades diante de tantas necessidades.

A mudança de paradigmas é fundamental para que a população perceba o quanto são imperiosas mudanças nas diversas instâncias sociais, no intuito de se assistir à pessoa idosa. É essencial a construção de uma cultura na qual as demandas dos idosos façam parte da agenda dos cidadãos, idosos ou não.

Frente aos diversos hiatos entre a vida real do idoso e a que ele deveria ter, foram implementadas, nas últimas décadas, algumas políticas públicas específicas para o idoso, no Brasil.

Em 1992 foi criado, pela lei de nº 6.173, o Conselho Municipal do Idoso. Este Conselho tem como finalidade promover e divulgar os direitos dos cidadãos com mais de 60

anos e estabelecer critérios para o funcionamento das entidades não-governamentais, acompanhando os programas de atendimento a esses cidadãos.

No ano 1993 foi criada a Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS), que permite o acesso dos idosos e deficientes físicos sem renda a um benefício<sup>19</sup>. Em quatro de Janeiro de 1994, a Política Nacional do Idoso (PNI), Lei 8.842, regulamentada em 1996 pelo Decreto 1.948/96, regulamentou a PNI, reforçando o direito de acesso integral ao SUS.

Em 1999, a Portaria Ministerial nº 1.395/99 estabeleceu a Política Nacional de Saúde do Idoso; ela determina que os órgãos do Ministério da Saúde relacionados ao tema promovam a elaboração ou a adequação de planos, projetos e ações em conformidade com as diretrizes e responsabilidades nela estabelecidas (MS/2010; Atenção à Saúde da Pessoa Idosa e Envelhecimento).

Em 2002, através da Portaria GM/MS nº 702/2002, foram definidos os critérios para cadastramento dos Centros de Referência em Atenção à Saúde do Idoso. Em 2003, o Ministério da Justiça lançou o plano de Ação Internacional para o Envelhecimento. Também em 2003 foi aprovado o Estatuto do Idoso (Lei 10.741), que trata dos direitos à vida, à liberdade, ao respeito e à dignidade, à alimentação adequada, saúde, educação, esporte e lazer, profissionalização, trabalho, previdência social, assistência social, transporte, medidas de proteção, política de atendimento ao idoso, acesso à justiça. O Estatuto do Idoso versa, também, sobre crimes em espécie (contra o idoso).

Em 2004 temos o Decreto/Lei nº 5.296/2004; ele regulamentou as Leis nº 10.048, de 8 de novembro de 2000, que dá prioridade de atendimento a pessoas específicas, e 10.098, de 19 de dezembro de 2000, que estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade.

As ILPIs foram normatizadas em 2005, pela ANVISA, através da RDC 283/05, que segue as orientações das demais leis acima citadas.

A Política Nacional de Assistência Social (PNAS), de 2004, e a Norma Operacional Básica (NOB), de 2005, redefiniram as ações no âmbito da assistência e instituíram pisos de financiamento (CAMARANO; MELLO, 2010, p.72).

Em 2006, a portaria nº 1.395/99 foi revogada pela portaria nº 2.528/06, que aprovou a Política Nacional de Saúde do Idoso.

---

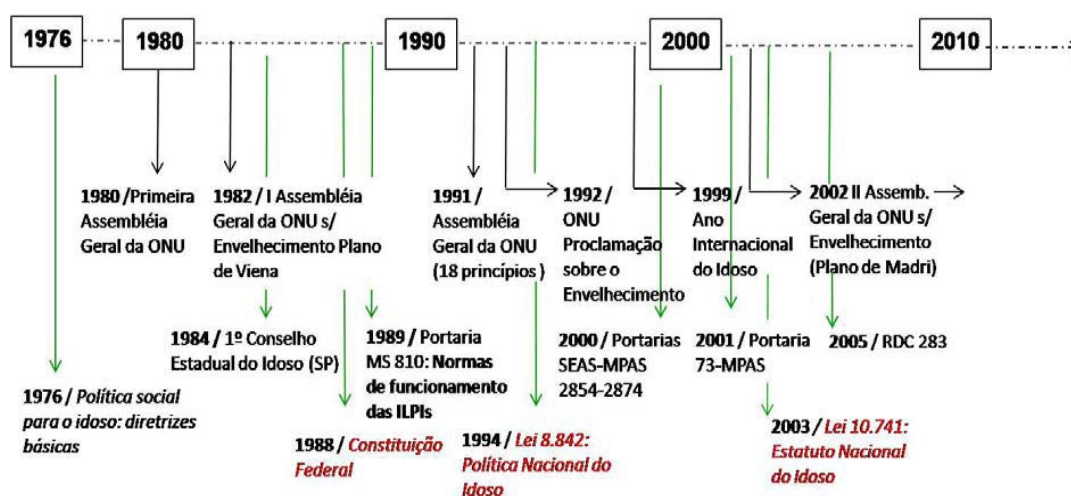
<sup>19</sup><http://www.previdencia.gov.br/conteudoDinamico.php?id=23>. Acesso dia 9 de Janeiro de 2012.

Porém, a precariedade da assistência dos diversos setores acima citados não pode ser considerada regra, mas exceção em vários setores e regiões do país. Só a melhor gestão recursos públicos pode fortalecer as ações do Estado e proporcionar maior segurança ao cidadão, que saberá que, em caso de necessidade, terá seus direitos garantidos.

As políticas públicas devem existir para empoderar o cidadão, dando condição de exercer seus deveres e garantia de direitos.

Todo esse movimento político se deu primeiramente no exterior. Provavelmente porque os países desenvolvidos, pelas melhores qualidades de vida, apresentaram envelhecimento populacional anterior em relação aos países em desenvolvimento, levando-os a perceber mais rapidamente a necessidade de políticas específicas para o idoso. O quadro abaixo demonstra a linha cronológica dos acontecimentos.

**Diagrama 1: Agenda Internacional sobre o Envelhecimento / Marco Regulatório sobre o Cuidado com a População Idosa no Brasil**



QUADRO 1 – Diagrama: Agenda Internacional sobre o envelhecimento / marco regulatório sobre o cuidado com a população idosa no Brasil

Fonte: Camarano e Pasinato (2004 *apud* CHRISTOPHE, 2009, p. 34)

Há várias outras políticas que versam sobre assuntos gerais e que contemplam o idoso em aspectos específicos; há também as que se referem à população em geral incluindo, portanto, o idoso. Estes não serão citados porque importa, aqui, as leis específicas para o idoso.

Os passos para uma visão integral do idoso, visando proporcionar uma vida digna, foram dados através dessas leis. Agora é necessário que a sociedade seja sensibilizada para cumpri-las e que haja fiscalização e cerceamento.

O cenário futuro do Brasil terá, inevitavelmente, um expressivo número de velhos. Assim, quanto antes for construído os pilares para a qualidade de vida dos mesmos, melhor será para todos.

Segundo a Portaria n. 2.528, a responsabilidade do gestor municipal é:

Elaborar normas técnicas referentes à atenção à saúde da pessoa idosa no SUS; Definir recursos orçamentários e financeiros para a implementação desta Política, considerando que o financiamento do Sistema Único de Saúde é da competência das três esferas de governo; Discutir e pactuar na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) as estratégias e metas a serem alcançadas por essa Política a cada ano; Promover articulação intersetorial para a efetivação da Política; Estabelecer mecanismos para a qualificação dos profissionais do sistema local de saúde; Estabelecer instrumentos de gestão e indicadores para o acompanhamento e a avaliação do impacto da implantação/implementação da Política; Divulgar a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa; Apresentar e aprovar proposta de inclusão da Política de Saúde da Pessoa Idosa no Conselho Municipal de Saúde. (BRASIL, 2006).

Nas últimas décadas, o envelhecimento populacional trouxe políticas públicas que visam proteger a pessoa idosa, empoderando-a para buscar formas de avançar na garantia de seus direitos e cumprimento de seus deveres, além de direcionar maiores recursos, seja de qual espécie for, a quem mais os necessitem, protegendo os mais fragilizados.

## CAPÍTULO IV A PESQUISA DE CAMPO

### 4.1 Cenário

Considerando que o objetivo geral da investigação foi “levantar o perfil social, demográfico e epidemiológico dos idosos internados nas Instituições de Longa Permanência localizadas no Distrito Sanitário Norte (DISAN), do Município de Belo Horizonte, Minas Gerais”, este capítulo tem início com a caracterização do Distrito em questão.

Minas Gerais tem como capital de Belo Horizonte que possui 330 km<sup>2</sup> de extensão e uma 2.375.444 habitantes. Para descentralizar os serviços prestados pela Prefeitura de Belo Horizonte e facilitar a vida dos moradores, a cidade está dividida em nove grandes regiões administrativas. Cada uma funciona como mini prefeitura e está subdividida em duas grandes áreas: social e urbana.

Criada em 1985, a Secretaria de Administração Regional Municipal Norte é a mais nova secretaria regional da cidade. A região é formada por 42 bairros e vilas e possui o maior número de domicílios do tipo conjunto habitacional para baixa renda. Na região estão catalogadas 87 áreas de matas naturais, 62 praças e logradouros públicos, 12 canteiros centrais e cinco parques ecológicos.

Nela existem 21 córregos, três dos quais foram contemplados no 1º lote de obras do Drenubs. Dois córregos já foram tratados e deram origem aos parques *Nossa Senhora da Piedade* e *Primeiro de Maio*. O terceiro a receber intervenções do Drenurbs será o córrego *Tamboril*, da sub-bacia *Fazenda Velha*, no Conjunto Felicidade. Tem como barreiras físicas os córregos *Vilarinho*, *Bacuraus*, *Isidoro* e *Onça*, fazendo limite com os municípios de *Vespasiano* e *Santa Luzia* e com as regionais “Nordeste”, “Pampulha” e “Venda Nova”.

O povoamento da área começou de forma gradativa, por volta dos anos 30, em áreas públicas onde hoje se encontram os bairros *Primeiro de Maio* e *São Bernardo*. Segundo os antigos registros, os primeiros povoados se formaram a partir de fazendas que existiam ao redor do *Córrego do Onça*. O mais famoso era o povoado do Onça, atual bairro *Aarão Reis*.

Com o crescimento urbano acelerado que teve início a partir da segunda metade do século XX, a ocupação da região passou a ser feita de forma desordenada e em áreas não aconselhadas para a habitação, como encostas, áreas íngremes e margens de córregos. Hoje, a Regional Norte é marcada por contrastes, ou seja, dividida entre bairros com população de melhor poder aquisitivo e bairros com condições especialmente precárias.

O DISAN possui a maior área verde da capital, com inúmeras áreas, destinadas a parques e locais de conservação permanente.

A Avenida Cristiano Machado é uma das principais vias de acesso da capital e atravessa a Regional Norte. Outras vias importantes são: *Pedro I, Rodovia MG 20 e Via 240.*

Os 42 bairros que pertencem a essa regional são: Aarão Reis, Campo Alegre, Canaã, Celestino, Conjunto Floramar, Conjunto Novo Aarão Reis, Conjunto Mariquinhas, Etelvina Carneiro, Felicidade, Floramar, Frei Leopoldo, Guarani, Heliópolis, Jaqueline, Jardim Guanabara, Juliana, Lajedo, Laranjeiras, Madri, Maria Teresa, Marize, Minaslândia, Monte Azul, Novo Aarão Reis, Padre Júlio Maria, Planalto, Primeiro de Maio, Providência, Ribeiro de Abreu, São Bernardo, São Gonçalo, São Tomás, Satélite, Solimões, Tupi A, Tupi B, Vila Aeroporto, Vila Biquinhas, Vila Clóris, Vila Nova, Xodó, ZilahSpósito.

Na Regional Norte, a faixa etária predominante é de 19 a 44 anos, equivalente a 68,20%, sendo 48,37% Homens e 51,63% Mulheres.

**Tabela 4**

Perfil da População Economicamente Ativa (PEA) por Faixa de Salários-Mínimos e Sexo

Masculino (em %):

<b>Salários Mínimos</b>	<b>Homens</b>
<b>01 a 02</b>	<b>20,73</b>
<b>03 a 05</b>	<b>19,78</b>

Fonte: Gerência de Comunicação; Regional Norte.

**Tabela 5**

Perfil da População Economicamente Ativa (PEA) por Faixa de Salários-Mínimos e Sexo

feminino (em %):

<b>Salários Mínimos</b>	<b>Mulheres</b>
<b>De ½ amenos de um.</b>	<b>28,06</b>
<b>01 a 02</b>	<b>26,00</b>

Fonte: Gerência de Comunicação; Regional Norte.

O perfil acima revela não apenas a desigualdade de renda/salário entre homens e mulheres como, e principalmente, a concentração da população dessa região nas camadas “D” e “E”.

Os profissionais de Saúde e de Serviços Sociais realizam fóruns com o objetivo de encontrar melhores formas de trabalhar questões relacionadas à velhice. Entre eles temos:

- O Fórum da Terceira Idade: reunião inter-setorial que acontece mensalmente, com profissionais do serviço social, saúde e políticas públicas, além da presença de idosos moradores da regional. Neste fórum são discutidos diversos temas.
- O Fórum Integrado da Saúde: organizado pelas Gerencias de Saúde do DISAN e que discute assuntos referentes ao idoso com diversos profissionais que atendem nos Centro de Saúde (CS) da Regional. O encontro ocorre bimensalmente.

A Regional Norte conta com os seguintes equipamentos públicos:

#### ❖ **Setor de saúde**

19 Centros de Saúde

01 Unidade de Pronto Atendimento-Norte

01 Central de Esterilização

01 Centro de Controle de Zoonoses

01 Laboratório de Zoonoses

01 Farmácia Distrital

01 Centro de Convivência

06 Academias da Cidade

01 Centro de Especialidades Médicas (CEM Norte)

01 Hospital Maternidade (Sofia Feldman)

01 Hospital (Risoleta Tolentino Neves/Pronto Socorro Venda Nova)

#### ❖ **Setor Social**

05 Espaços de BH Cidadania - (Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) Conjunto Jardim Felicidade, Providência, Zilah Spósito e Brasilina Maria de Oliveira, no bairro Novo Aarão Reis)

03 Centros Culturais (São Bernardo, Ziláh Spósito e Jardim Guanabara)

10 Centros de convivência para a Terceira idade

### ❖ **Estrutura Urbana**

- 02 Estações BH BUS (São Gabriel e Vilarinho)
- 03 Estações de Metrô (1º de Maio, Waldomiro Lobo e Floramar)
- 05 Parques (Madri, Planalto, Nossa Senhora da Piedade, Vila Clóris e 1º de Maio)
- 05 Conjuntos Habitacionais Populares
- 01 Abrigo municipal (Abrigo São Vicente de Paula, no bairro 1 de Maio)
- 07 Campos de futebol
- 62 Praças e logradouros públicos
- 03 Unidades de Recebimento de Pequenos Volumes
- 01 Cemitério público (Cemitério Nossa Senhora da Consolação)
- 01 Cemitério particular (Cemitério Parque Bosque da Esperança)

### ❖ **Educação**

- 19 Escolas Municipais
- 18 Escolas Estaduais
- 07 Unidades Municipais de Educação Infantil
- 20 Creches conveniadas

No município de Belo Horizonte, os serviços que contribuem para uma melhor assistência aos munícipes idosos são:

1. Academia da Cidade: oferece atividades como ginástica aeróbica, caminhadas, alongamentos e aparelhos, além de orientação nutricional.
2. Kit “banheiro seguro”: idosos que sofrem vulnerabilidade social recebem um kit instalado no banheiro com barras de apoio, luz de emergência e vaso sanitário com altura adequada.
3. Visita domiciliar aos idosos frágeis pelo PSF: enfermeiro, médico, auxiliar de enfermagem, e agentes comunitários de saúde, de acordo com a necessidade.
4. Projeto “Maior Idade: cuidador”: idosos fragilizados, em situação de vulnerabilidade social, tem cuidador em domicilio durante determinado período da semana. Esse varia de acordo com a condição física do idoso e o grau de dependência.
5. Centro de Referência da Assistência Social (CRAS)
6. Fóruns de discussão realizados na regional sobre temas relacionados aos idosos, relacionados a saúde, ao social ou qualquer outro aspecto de interesse.

## 4.2 Abordagem Metodológica e Procedimento de Coleta de Dados

Para a investigação proposta, a opção metodológica recaiu, basicamente, sobre a abordagem quantitativa. Quanto ao procedimento de coleta de dados, foi utilizado um questionário semi-estruturado.

A pesquisa teve um caráter transversal, descritivo e observacional. Os sujeitos foram pessoas com idade igual ou superior a 60 anos e residentes em ILPIs, sem déficit cognitivo. Responderam o questionário os participantes que aceitaram participar voluntariamente.

A pesquisa foi realizada com os idosos de quatro ILPIs do Distrito Sanitário Norte, um dos nove distritos de Belo Horizonte, Minas Gerais.

A identidade dos participantes foi preservada e os dados coletados foram armazenados pelo pesquisador responsável pela investigação. Quando houve concordância de participação, os sujeitos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo A), elaborado de acordo com as normas da Resolução no 196/1996, do Conselho Nacional de Saúde, sendo fornecida uma cópia a cada participante do estudo.

Os critérios de exclusão foram:

- a. Idade menor que 60 anos;
- b. Comprometimento cognitivo
- c. Afasia, ou comprometimento verbal que impedia o entendimento das respostas.
- d. Não aceitar participar da pesquisa

Para verificar a presença de déficit cognitivo foi aplicada a Bateria Breve Rastreio Cognitivo (Anexo B, C e D). Foram submetidas a esses testes somente as pessoas idosas que não tinham registro no prontuário, nos últimos seis meses, quanto à existência ou não de déficit cognitivo.

Como afirmado acima, os dados foram obtidos através de questionário semi-estruturado (Apêndice A), baseado no questionário de amostra do Censo/2010 (IBGE), contendo perguntas relacionadas às variáveis:

- a. Sociais e Demográficas (idade, nacionalidade, naturalidade, raça/cor, estado civil, escolaridade);
- b. Econômicas (renda, valor, origem, repasse a família ou ILPI);
- c. Convívio Familiar e Social (visita familiar ou de amigos, lazer);

- d. Condições de Saúde Física e Mental (dependência física, escutar, enxergar, enfermidades prevalentes, intercorrências, quedas, uso de saúde suplementar) e;
- e. Práticas Espirituais (religião, ida a templos e frequência dessa prática, caso ocorra).

Os dados coletados foram objeto de análise quantitativa realizada através do programa *Statistical Package for the Social Sciences*, (SPSS); seu uso contou com o apoio de um especialista na área. Os dados estatísticos foram confrontados com a observação realizada nos locais da pesquisa.

#### **4.2.1 Das Instituições de Longa Permanência**

Na regional Norte há cinco ILPIs, sendo que quatro concordaram em participar da pesquisa. Elas são descritas abaixo, com informações fornecidas pelos responsáveis ou em seus sites oficiais. Foram listadas em ordem alfabética.

##### **➤ Núcleo Assistencial Caminhos para Jesus<sup>20</sup>**

Fundado em 01/03/1969, é uma Associação Beneficente e de Assistência Social, com sede em Belo Horizonte, Minas Gerais, tomada de utilidade pública Municipal, Estadual e Federal.

Missão: acolher assistindo e buscando resgatar, ao máximo, o potencial das crianças, adolescentes e idosos, carentes e especiais e/ou especiais, vinculadas à instituição, sem distinção de crença, raça ou nacionalidade, atuando efetivamente no seu desenvolvimento funcional, cognitivo, social, afetivo e espiritual no intuito de continuar para uma sociedade mais justa.

O acolhimento institucional acontece nos seguintes setores:

- Casa do Caminho: abriga aproximadamente 100 crianças e adolescentes com sequelas de paralisia cerebral;
- Centro de Educação Especial: em regime de externato, atende aproximadamente 250 crianças e adolescentes com deficiência mental e outras, objetivando uma socialização inclusiva.

---

<sup>20</sup>Rua José Ferreira Magalhães, 341, Floramar. CEP: 31742-093. Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. Telefones: (031) 34083000- Fax: (031) 34346499. CNPJ: 17.391.822/0001-4. [www.caminhosparajesus.org.br](http://www.caminhosparajesus.org.br)  
E-mail: [nacj@caminhosparajesus.org.br](mailto:nacj@caminhosparajesus.org.br)

- Setor de Apoio Interdisciplinar: promove ações terapêuticas para o desenvolvimento e socialização de aproximadamente 300 crianças, adolescentes e adultos portadores de múltiplas deficiências.
- Clínica Odontológica: presta assistência odontológica especializada, preventiva e curativa aos assistidos na instituição.
- Casa da Esperança (grifo nosso): acolhe sessenta e dois idosos em situação de vulnerabilidade clínica e social, em regime asilar, ambulatorial e casadia.

A instituição conta com diversas formas de contribuição: débito automático em conta de telefone, água, e luz. Também em débito automático na conta pessoal do contribuinte, através de diversos bancos. Há produtos promocionais à venda no caixa da instituição (camisas, bolsas ecológicas, livros de receitas, canetas, chaveiros e outros).

São aceitas doações de alimentos, remédios, fraldas descartáveis geriátricas, roupas, móveis, eletrodomésticos, por exemplo.

Há um telefone 0800 disponibilizado para quem deseja fazer quaisquer doações.

O horário de visitas é amplo: das 9 às 11h e das 12 às 17h.

Em Setembro de 2010 foi lançado o selo personalizado alusivo aos 40 anos da fundação do Núcleo Assistencial Caminhos para Jesus. Esse é vendido no caixa da instituição.

#### ➤ **Recanto Nossa Senhora da Boa Viagem**<sup>21</sup>

A fundação *Obras Sociais da Boa Viagem* congrega os trabalhos de caridade desenvolvidos pelo *Santuário de Adoração Perpétua*– Catedral Nossa Senhora da Boa Viagem. Criada em 1954, pelo padre sacramentino Paulo Rególio, promove ações beneficentes com a participação da comunidade e se mantém por meio de doações.

Uma dessas obras é a ILPI Recanto Nossa Senhora da Boa Viagem.

Fundada em 1980, é um lar permanente para idosos que tem como missão proteger a Terceira Idade, assegurando o direito à moradia, vida, saúde, alimentação, esporte, lazer, cultura e vida digna. O Recanto oferece tratamento psicológico, acompanhamento médico, de enfermagem, fisioterápico, acompanhamento nutricional das refeições e dietas, terapia ocupacional e atividades recreativas.

---

<sup>21</sup>Rodovia MG/20; Km 14, S/Nº - Antiga estrada de Santa Luzia. Informações: (31) 3434-1550.

➤ **SOLAR da Maturidade LTDA<sup>22</sup>**

**Caráter da ILPI:** Particular

**Missão:** excelência no atendimento e cuidado geral ao idoso institucionalizado, na busca do bem-estar e qualidade de vida.

Abaixo consta o relato da terapeuta ocupacional Vanessa, responsável pela administração da instituição e filha da proprietária dessa:

A ILPI Solar da Maturidade foi fundada em 2000, de caráter particular e história familiar. Anteriormente à fundação da Instituição, minha mãe coordenou outra instituição de Longa Permanência, com aproximadamente 100 idosos. Sua dedicação era exclusiva e o trabalho muito nobre. Ocorreram algumas divergências políticas na época que tiraram a sua autonomia de coordenação geral da casa. Nós, filhos, percebendo que nossa mãe estava entrando em um quadro depressivo, decidimos juntos montar a ILPI Solar da Maturidade, uma vez que sempre estivemos acompanhando ela nos trabalhos prestados aos idosos. Eu já estava cursando Terapia Ocupacional e isto complementou a vivência e larga experiência já adquirida da minha mãe. A área da Gerontologia sempre esteve muito presente na vida da minha família e uma casa menor com um número menor de idosos seria mais tranquilo para aquele momento. Nossa casa completa hoje 11 anos e acredito ser mais uma missão de vida, pois gostamos muito do que fazemos. (informação verbal).

A Instituição conta com:

**Profissionais:**

- 01 enfermeiro
- 04 auxiliares de enfermagem
- 05 cuidadores de idosos
- 01 médico
- 01 nutricionista
- 02 fisioterapeutas
- 01 Terapeuta Ocupacional
- 01 cozinheira
- 01 serviços gerais (limpeza)
- 01 serviços gerais (lavanderia)

**Voluntariado:**

Igreja Evangélica – Louvor

---

<sup>22</sup>Rua Abadia Dourados, 136 - (31) 3433-5255 em **Minaslandia**, Belo Horizonte-MG.

Igreja católica – Comunhão

Manicure

Doações de Lanches

**Estágio:**

PUC/MG - Graduação em Psicologia.

➤ **Nosso Lar residencial para Idosos<sup>23</sup>**

**Caráter da ILPI:** Particular

**Missão:** Acolher os idosos que desejarem, com respeito e carinho.

Abaixo consta o relato da proprietária Denise , responsável pela administração da instituição:

“A ILPI Nosso Lar foi criada em 2006, quando percebi que minha sogra, idosa, precisava de um local de qualidade para estar. Como trabalhava em uma instituição para idosos, já tinha experiência e resolvi criar a Nosso Lar.” (informação verbal)

A Instituição conta com:

**Profissionais:**

09 auxiliares de enfermagem

01 médico/ visita mensal

01 nutricionista

01 fisioterapeuta

01 Terapeuta Ocupacional

01 cozinheira

01 serviços gerais

---

<sup>23</sup> Rua Benedito Nogueira Vilela, n. 39. Bairro Heliópolis. Belo Horizonte-MG

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A Regional Norte possui cinco ILPIs; como uma não aceitou participar da pesquisa, ela foi realizada nas outras quatro. Juntas elas acolhem 165 idosos. Diante dos critérios de exclusão e de outros motivos que surgiram durante o período de realização da coleta de dados, chegou-se a 47 sujeitos.

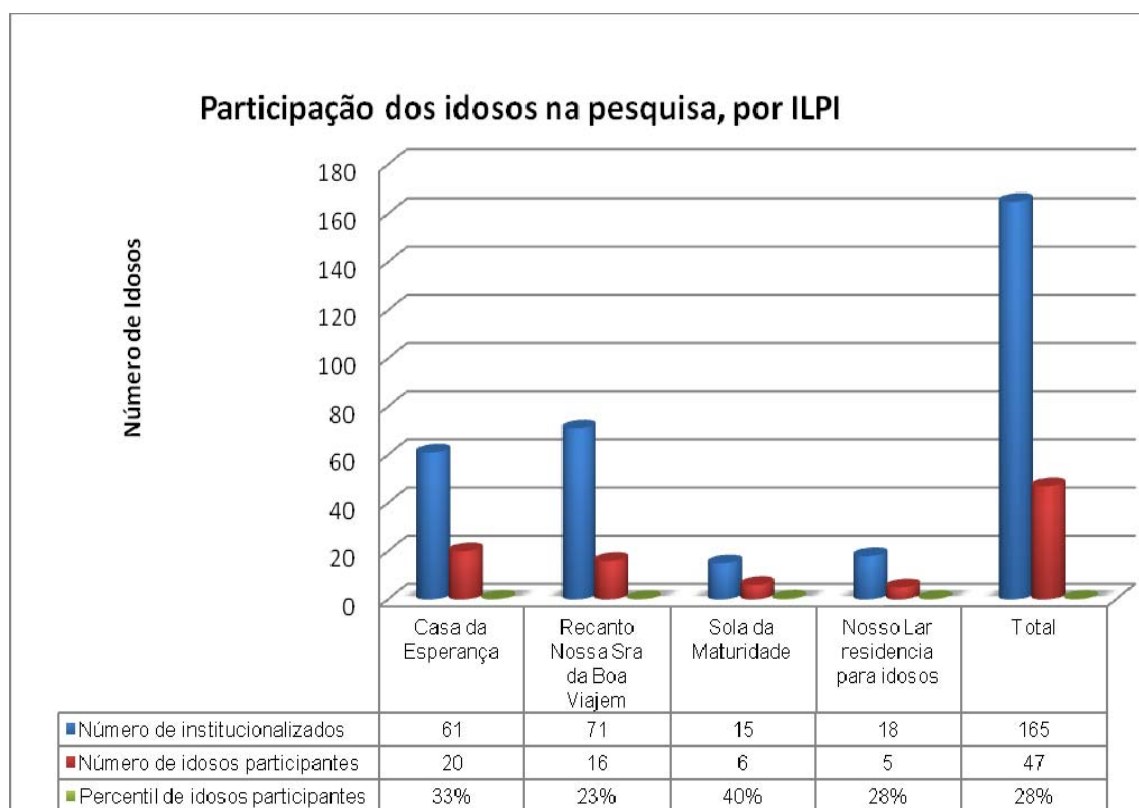


GRÁFICO 4 – Número de idosos de cada ILPI, da regional Norte – BH, participantes na pesquisa.

Fonte: Desenvolvido pela autora, 2012.

Dos motivos que levaram à exclusão de alguns idosos na participação da pesquisa, o que mais chamou atenção foi o déficit cognitivo (70%), mas é importante destacar que foi realizada uma triagem através da “Bateria Breve de Rastreamento Cognitivo”. Acredita-se que esse resultado poderia ser menor se fossem submetidos a testes mais detalhados, assim, parte destes idosos não seria considerada com déficit cognitivo. Por outro lado, há que se considerar que os idosos com déficit cognitivo estão em maior proporção dentro das ILPIs porque as famílias nem sempre têm suporte para mantê-los em casa, assistidos adequadamente. O que traz novamente a ideia da necessidade do Estado fornecer

outras opções ao idoso, tais como hospital dia, casa de permanência dia e cuidador domiciliar.

Em duas instituições os idosos tinham o registro no prontuário do Mini-Mental do Folstein aplicado há menos que seis meses. Assim, nessas ILPIs foi utilizada a informação registrada, sendo desprezada a aplicação da “Bateria Breve Rastreo Cognitivo” para determinar a existência ou não de déficit cognitivo.

No entanto, esse número deve despertar as ILPIs para a necessidade de realizar exames que venham comprovar ou não a condição cognitiva dos idosos, além de refletir sobre a importância de promover e estimular atividades relacionadas à atividade mental, a título de prevenção.

Radicada em causas diversas – uma delas o AVE – a afasia apareceu como o segundo motivo da não participação do idoso (10%) na investigação. Dependendo de como ocorreu o AVE – extensão e local do cérebro – a afasia pode estar associada à hemiparesia de membro, dificultando ainda mais a comunicação do idoso e prejudicando seu gestual.

Tanto para a família do idoso, como para a equipe de profissionais que lida com os idosos que se encontram nessas condições, trata-se de uma situação nada simples, mas deve-se ter em mente que é mais difícil para aquele que experimenta uma condição incapacitante.

O terceiro motivo de não participação foi “Não aceitar fazer parte da pesquisa”, perfazendo um total de 9%. Os que assim se manifestaram tinham clareza da importância dada à autonomia do idoso pelo entrevistador. Outra questão que pode ter contribuído para este resultado foi o fato de uma das ILPIs estar em processo de fechamento por questões relacionadas à mantenedora da fundação justamente no período das entrevistas. Alguns idosos ficaram receosos de que a entrevistadora estivessem com alguma outra motivação além da apresentada por ela. Isso chegou a ser verbalizado por alguns.

Outro motivo apresentado foi a transferência do idoso para outra ILPI (6%) na ILPI que estava para ser fechada. Todos os idosos da mesma teriam que se mudar, mas alguns se adiantaram.

Os outros motivos da não participação foram: confusão mental no período de entrevista na ILPI (2%)<sup>24</sup>, idade menor de 60 anos (2%) e óbito (1%).

---

<sup>24</sup> O que impossibilitava a realização da “Bateria Breve de Rastreo Cognitivo”.



GRÁFICO 5 – Motivos da não participação do idoso na pesquisa.

Fonte: Desenvolvido pela autora, 2012.

Dos 47 idosos que fizeram parte do estudo, a distribuição por sexo assim se apresentou: 20 homens (42,6%) e 27 mulheres (57,4%).

Quanto à idade, os idosos com idades entre de 60 a 69 são em menor número que os inseridos no grupo “de 90 anos e mais”, o que leva a pensar que para os primeiros a institucionalização ainda está distante ou é objeto de resistência. As idades variaram entre 64 e 91 anos, com média de 77,5 anos.

Todos são de nacionalidade brasileira, sendo que 8,5% são naturais de outros estados, 25,5% da Capital (Belo Horizonte) e 66% do interior do Estado de Minas Gerais. Sendo BH uma capital relativamente nova (114 anos), muitas pessoas passaram a habitar nesta cidade em sua mocidade, permanecendo nela em seu envelhecimento.

Em relação ao estado civil, os solteiros perfazerem quase 50%, o que sugere que, nesse grupo, a ausência da família diminui o suporte familiar, favorecendo a institucionalização.

Em relação à cor percebe-se a mesma diversidade presente no País. A maioria se autodenomina parda (42,6%) e não houve quem se autodenominasse índio.

Quanto à religião/religiosidade, 93% afirmaram ter religião, sendo a maioria Católica (72,3%); seguem-se os protestantes (17%) e os Espíritas (4,3%). No que tange à participação em atividades religiosas, a maior frequência é a dos que frequentam alguma reunião religiosa mensalmente (46,8%); a estes se seguem os que frequentam semanalmente (23,4%), os sem periodicidade (2,1%) e os que não souberam informar (8,5%).

**Tabela 6**  
Características pessoais dos idosos institucionalizados ILPIs  
da regional Norte-BH

<b>CARACTERÍSTICA</b>	<b>VARIÁVEL</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>SEXO</b>	<b>MASCULINO</b>	<b>20</b>	<b>42,6</b>
	<b>FEMININO</b>	<b>27</b>	<b>57,4</b>
<b>NACIONALIDADE</b>	<b>BRASILEIRA</b>	<b>47</b>	<b>100</b>
<b>NATURALIDADE</b>	<b>INTERIOR DE MINASGERAIS</b>	<b>31</b>	<b>66</b>
	<b>BELO HORIZONTE</b>	<b>12</b>	<b>25,5</b>
	<b>OUTROS ESTADOS</b>	<b>4</b>	<b>8,5</b>
<b>FAIXA ETÁRIA</b>	<b>60-69</b>	<b>12</b>	<b>25,5</b>
	<b>70-79</b>	<b>19</b>	<b>40,4</b>
	<b>80-89</b>	<b>15</b>	<b>31,9</b>
	<b>90 E +</b>	<b>1</b>	<b>2,1</b>
<b>COR</b>	<b>BRANCA</b>	<b>16</b>	<b>34</b>
	<b>PARDA</b>	<b>20</b>	<b>42,6</b>
	<b>PRETA</b>	<b>9</b>	<b>19,1</b>
	<b>AMARELA</b>	<b>1</b>	<b>2,1</b>
	<b>NÃO INFORMADO</b>	<b>1</b>	<b>2,1</b>
<b>RELIGIÃO</b>	<b>CATÓLICA</b>	<b>34</b>	<b>72,3</b>
	<b>PROTESTANTE</b>	<b>8</b>	<b>17</b>
	<b>ESPIRITA</b>	<b>2</b>	<b>4,3</b>
	<b>NÃO PROFESSA</b>	<b>3</b>	<b>6,4</b>
<b>ESTADO CIVIL</b>	<b>SOLTEIRO</b>	<b>23</b>	<b>49</b>
	<b>CASADO</b>	<b>4</b>	<b>8,5</b>
	<b>VIÚVO</b>	<b>12</b>	<b>25,5</b>
	<b>SEPARADO / DIVORCIADO</b>	<b>7</b>	<b>14,9</b>
	<b>NÃO INFORMADO</b>	<b>1</b>	<b>2,1</b>

Fonte: Desenvolvido pela autora, 2012.

Quanto ao grau de instrução os sujeitos assim se distribuíram: analfabetos (4,3%), apenas assinam o nome (46,8%), fizeram o ensino médio (4,3%), ensino fundamental (29,8%), ensino superior (12,8%) e não informou (2,1%). Em relação ao curso mais elevado que frequentou estão primário (36,2%), ginásio (12,8%), fundamental (12,8%) e o superior (12,8%), não são escolarizados (19,1%) e não informou (6,4%).

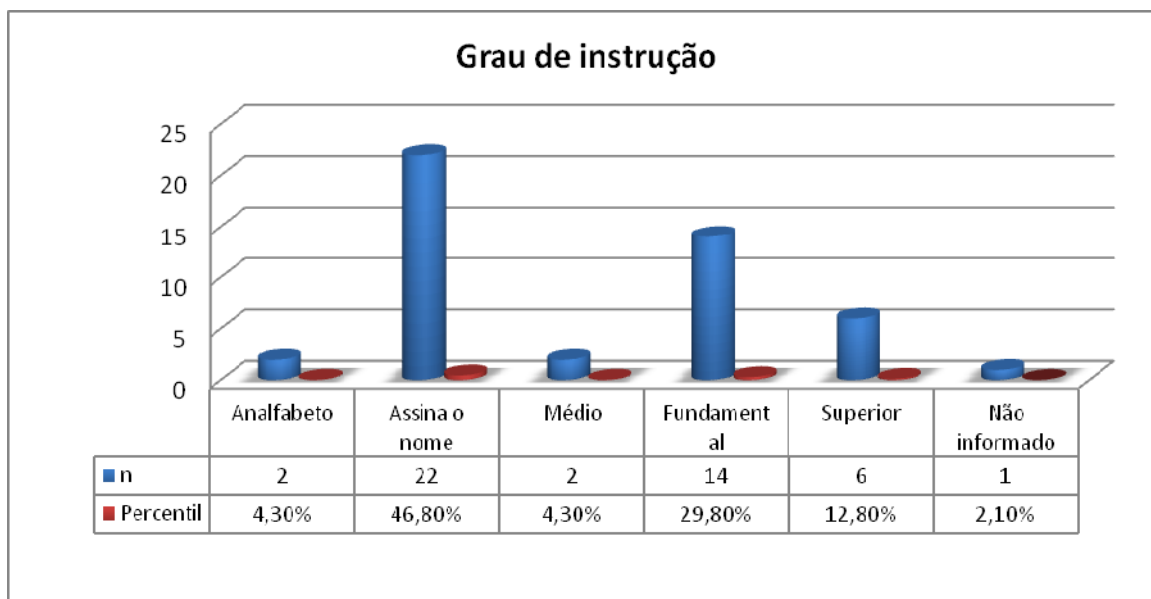


GRÁFICO 6 – Grau de Instrução dos idosos das ILPIS na regional Norte - BH.

Fonte: Desenvolvido pela autora, 2012.

Apenas dois idosos (4,3%) se autodenominam analfabetos e vinte e dois (46,8%) disseram saber assinar o nome, o que não os distingue, de fato, dos analfabetos. Esse baixo nível de escolaridade é um retrato da dificuldade existente, há décadas atrás, de frequentar uma escola levando, conseqüentemente, ao discreto número de pessoas que deram sequência a seus estudos, fato comprovado pelo baixo percentual de idosos que concluíram a graduação (12,8%).

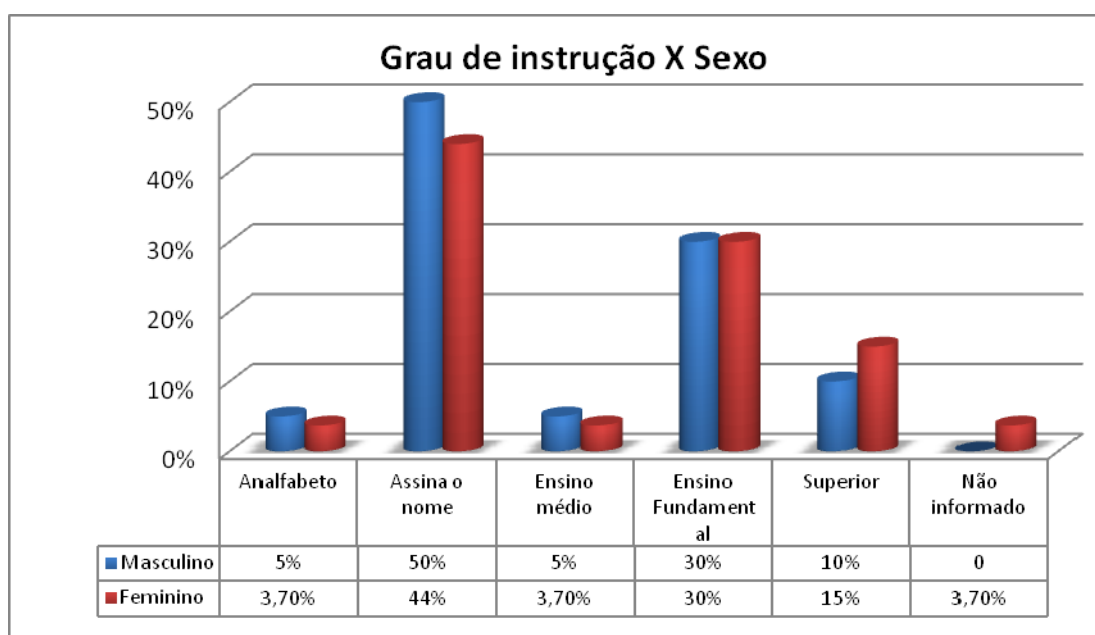


GRÁFICO 7 – Relação entre Grau de Instrução e sexo dos idosos das ILPIS Norte - BH.

Fonte: Desenvolvido pela autora, 2012.

Interessante observar que as mulheres estão em menor número que os homens, nas categorias analfabeto, assina o nome e Ensino fundamental. Se igualando na categoria Ensino Fundamental e em maior número no Ensino Superior. O que demonstra que, no grupo pesquisado, as mulheres estudaram mais.

Sobre o número de filhos, a maioria (60%) não os teve, o que pode ser explicado pela alta percentagem de pessoas solteiras (49%) na amostra. Há que se atentar para o fato de que em suas juventudes era um escândalo ter filhos sem estar casado. O número de filhos também chama a atenção. Isto porque 27% tiveram até três filhos corroborando com a idéia de que após a década de 50 que a taxa de fecundidade geral é 5 filhos por mulher (Silva, V.T.S, 2005, p. 26).

Dos 47 idosos, 83% afirmaram receber visita de membros da família. Destes, 17% a recebem semanalmente, 34% mensalmente e 31,9% sem periodicidade.

Dentre os que recebem visita de familiares 17% afirmaram receber de filhos e 19,1% exclusivamente dos irmãos. Entre os idosos que recebem visita de pessoas comparentescos diversos, 25,4% corresponde a de irmãos e outros parentes, e 16,7% de filhos com pessoas de outro parentesco. Também chama a atenção que apenas dois cônjuges façam visitas quando se tem quatro idosos moradores na ILPI que são casados.

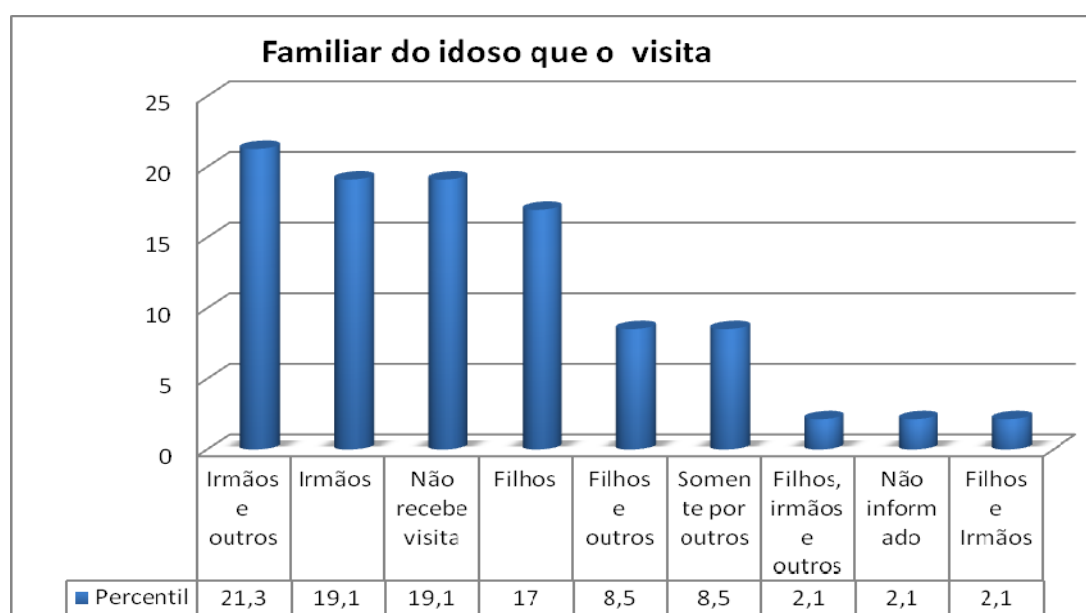


GRÁFICO 8 – Parente que visita o idoso residente na ILPI da regional Norte.

Fonte: Desenvolvido pela autora, 2012.

“Visitas de amigos” são recebidas por 59,6% idosos, o que sugere que o contato com as pessoas fora da ILPI fica mais restrito à família e às pessoas que trabalham na instituição.

Importante salientar que mais da metade das pessoas (56%) que recebem visitas não possuem filhos. Portanto, nesse grupo de idosos não se pode relacionar o número de filhos com a maior atenção recebida da família.

Em todas as quatro instituições, os idosos que gozavam de boa condição física, mental e financeira, saíam para encontrar tanto familiares, como amigos.

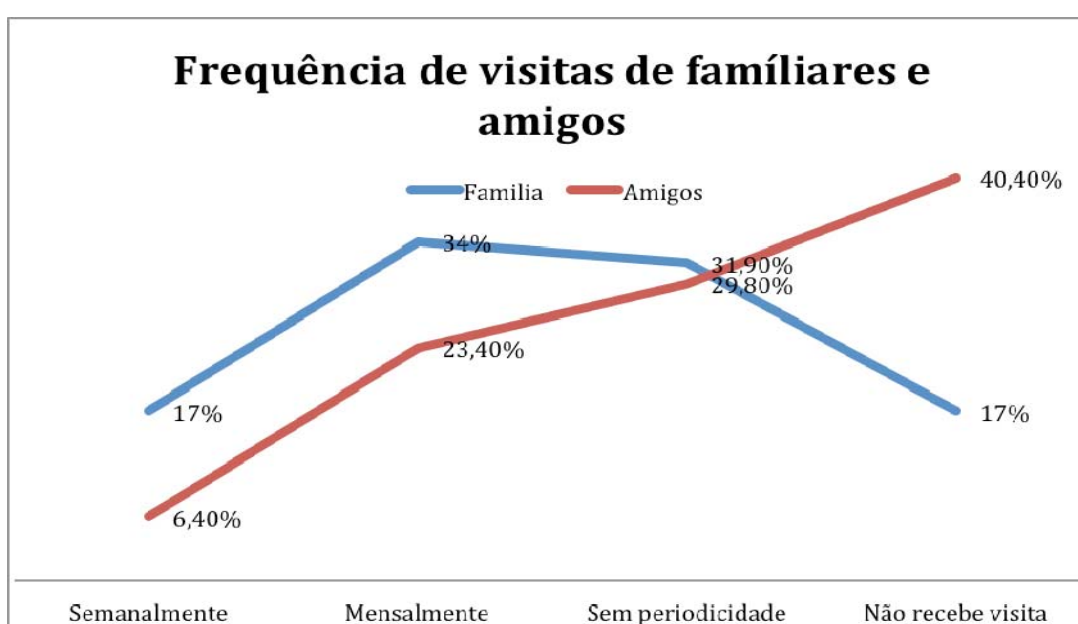


GRÁFICO 9 – Frequência de visitas de familiares e amigos aos idosos moradores das ILPIs da Regional Norte.

Fonte: Desenvolvido pela autora, 2012.

Sendo a frequência de visitas semanal, mensal ou sem periodicidade a família apresenta maior percentagem que os amigos.

Outro aspecto pesquisado foi o Lazer. 79% dos idosos disseram que ele está presente em suas vidas; destes, 43% são do sexo feminino e 36% do sexo masculino.

Como forma de lazer 34% dos idosos citou mais de uma forma de lazer sendo elas: Trabalhos manuais (36,1%), que inclui tapeçaria, fuxico, trabalho na horta, crochê, TV e rádio (19,1%), passear (12,6%), culinária (12,7%), intelectuais (19,2%), que inclui ler, escrever, internet, caça palavras e pensar, e outros (42,4%). Nesse último foi incluído toda atividade citada que não se relacionava aos demais grupos anteriores, como: boate, rezar, tomar café e andar, dentre outros. Atividades citadas apenas por uma pessoa.

A culinária aparece como forma de lazer porque em uma das ILPIs são dadas aulas de culinária e a cozinha pode ser utilizada pelos moradores em horários pré-determinados.



GRÁFICO 10 – Atividades realizadas como lazer mencionadas pelos idosos residentes nas ILPIs da regional Norte.  
Fonte: Desenvolvido pela autora, 2012.

Uma percentagem considerável (21%) coloca que não possui lazer, o que é preocupante já que ele é importante para qualidade de vida das pessoas.

O idoso que mora há mais tempo em ILPI está nela há 20 anos; e quem mora menos tempo está na instituição há dois meses. Há idosos que moram há menos de um ano (23,4%), entre 2 e 9 anos (46,8%), de 10 a 20 anos (21,3%), mais que 20 anos (2,1%) e não foi informado (6,4%).

Sobre a iniciativa de o idoso residir em ILPI, a maioria afirmou ter sido uma decisão da família (46,8%) ou própria (38,3%); os demais foram para a ILPI por decisão de algum órgão público (7%) ou de amigos (6,4%). 2,1% não informou.



GRÁFICO 11 – Responsável pela institucionalização do idoso nas ILPIs da regional Norte.  
Fonte: Desenvolvido pela autora, 2012.

Como “órgão público” foi citado apenas a Prefeitura de Belo Horizonte, que mantém parceria com uma das ILPIs e encaminha para ela o idoso que necessita de institucionalização.

Possuem renda (97,9%); um indivíduo (2,1%) não soube informar. A distribuição dos idosos por classes de rendimento é a seguinte: entre 1 e 3 salários (70,2%), entre 3 e 5 salários (12,8%), mais de 5 salários (2,1%) e não informou o valor (14,9%). A origem concentrou se na aposentadoria ou pensão (87,2%) e Benefício de Prestação Continuada (6,4%). Um idoso não soube informar (2,1%).

Sobre o repasse para a ILPI, houve quem repassasse em parte (72,3%), quem repassasse todo o valor (8,5%), quem não faz o repasse (12,8%) e quem não informou (6,4%). Já o repasse dos rendimentos para a família assim se apresentou: repassa em parte (14,9%), repassa todo o valor (12,5%), não repassa (68,1%) e não informou (4,3%).

Portanto, 21% dos idosos repassam toda sua renda para ILPI ou para família.

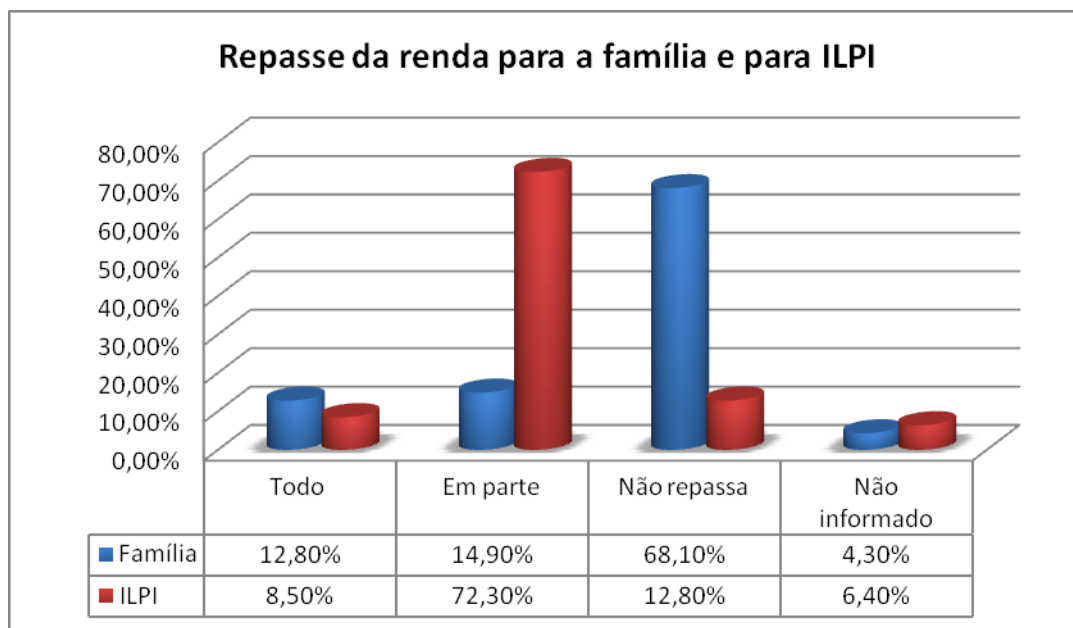


GRÁFICO 12 – Repasse de renda do idoso residente na ILPI da regional Norte para a família e/ou ILPI.

Fonte: Desenvolvido pela autora, 2012.

Em relação às doenças referidas pelos idosos, apenas 6,4% idosos negaram ter alguma patologia. 23,4% mencionaram uma única patologia e 70,2% referiram mais de uma patologia. A média de doenças por idoso é de 2,6%.

Hipertensão é a doença mais referida pelos idosos (55%), seguida de doenças do aparelho osteomuscular (47%), diabetes méllitus (40%), doenças cardiovasculares (30%) e psicopatias (21%). Pneumopatias, dislipidemia, doenças do aparelho respiratório, doenças do olho apareceram, cada uma, com 13%. Doenças do aparelho digestivo perfazem 6,4% e Obesidade Mórbida 4,3%. Outras doenças foram citadas por 19% dos idosos, porém, cada uma delas apenas uma vez não se enquadrando, por isso, nessa categoria.

Outro dado que chama atenção é que quase 50% dos idosos sofre de algum problema osteomuscular, o que pode comprometer sua locomoção e sua independência.

Sobre as doenças do olho (mencionadas por 13% dos sujeitos) foram referidas apenas uveíte, catarata e glaucoma. Porém, as respostas sobre dificuldade de enxergar demonstram que 4% de idosos não enxergam de modo algum e 66% enxergam com alguma dificuldade.



GRÁFICO 13 – Doenças referidas pelos idosos das ILPIs da regional Norte – BH, 2012.  
Fonte: Desenvolvido pela autora, 2012.

Aproximadamente 1/3 dos idosos não consegue tomar banho e se vestir sozinho em função da presença de alguma paresia nos membros de origens diversas, mas com predomínio de sequela de AVE.

Essa mesma atividade é realizada com alguma dificuldade por praticamente 1/3 dos idosos; apenas 36% o fazem sem dificuldade.

O percentil de idosos que apresentaram alguma dificuldade para ouvir foi 29,8%. Os demais não apresentaram dificuldades.

Já 4% não conseguem enxergar de forma alguma; 66% apresentaram alguma dificuldade e apenas 29,8 % enxergam sem dificuldade.

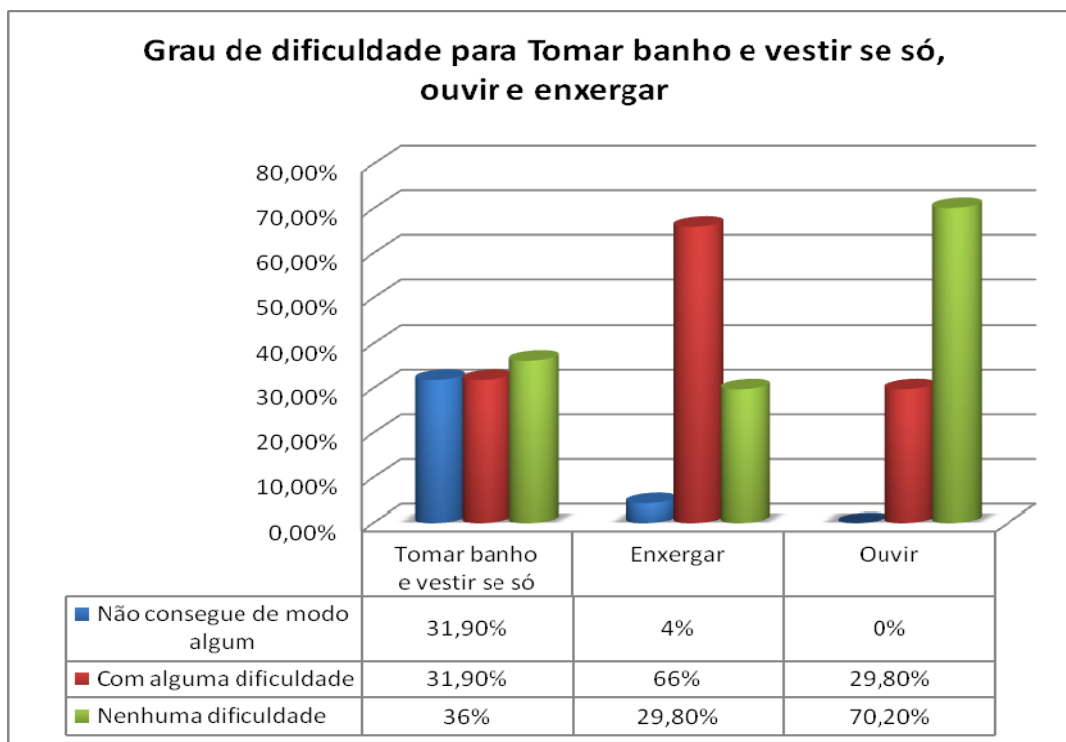


GRÁFICO 14 – Grau de dificuldade do idoso para tomar banho e vestir se só, ouvir e enxergar.  
Fonte: Desenvolvido pela autora, 2012.

Dois idosos (4%) disseram ter tido dor nos dentes nos últimos dois anos. Apresentaram periodontite (6%), e roach quebrado (2%). Quanto ao sangramento gengival nos últimos dois anos, 3 pessoas (6%) afirmaram ter tido algum episódio.

Apenas 17% dos idosos não apresentou nenhuma das queixas acima.

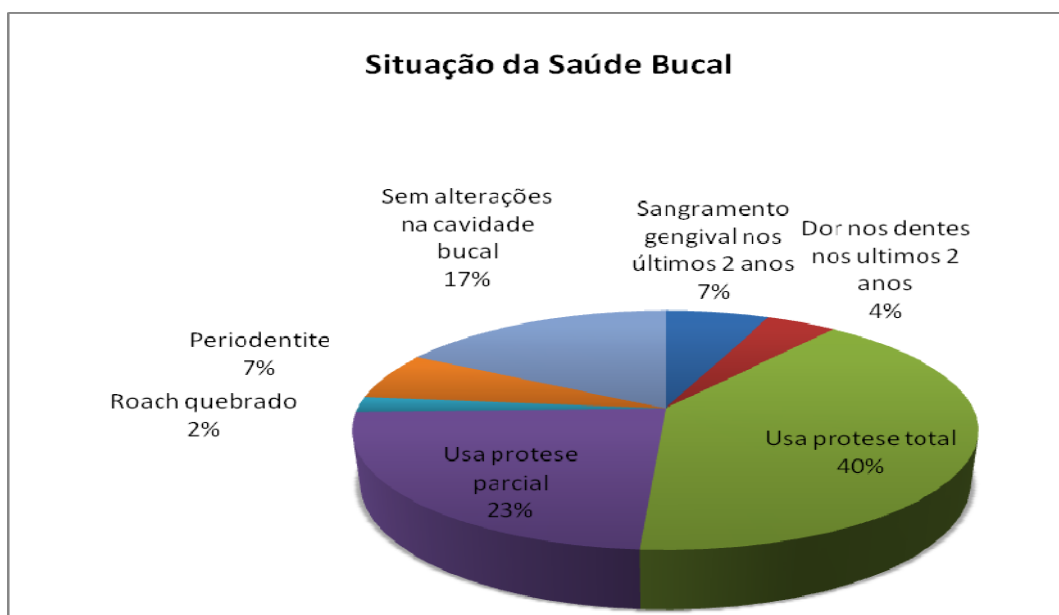


GRÁFICO 15 – Situação da saúde bucal mencionada pelo idoso.  
Fonte: Desenvolvido pela autora, 2012.

Mais da metade procurou um profissional odontólogo há menos de um ano, possivelmente porque uma das ILPI mantém um consultório odontológico em suas instalações que realiza o atendimento dos idosos.

A maior parte (65%) faz uso de prótese total (41%), parcial (24%) e sem informação (2,1%).

Quanto à visita ao profissional odontologista, a maioria foi há menos de um ano (55,3%), entre 2 e 5 anos (17%), mais que 5 anos (10,6%) e não informaram (17%).

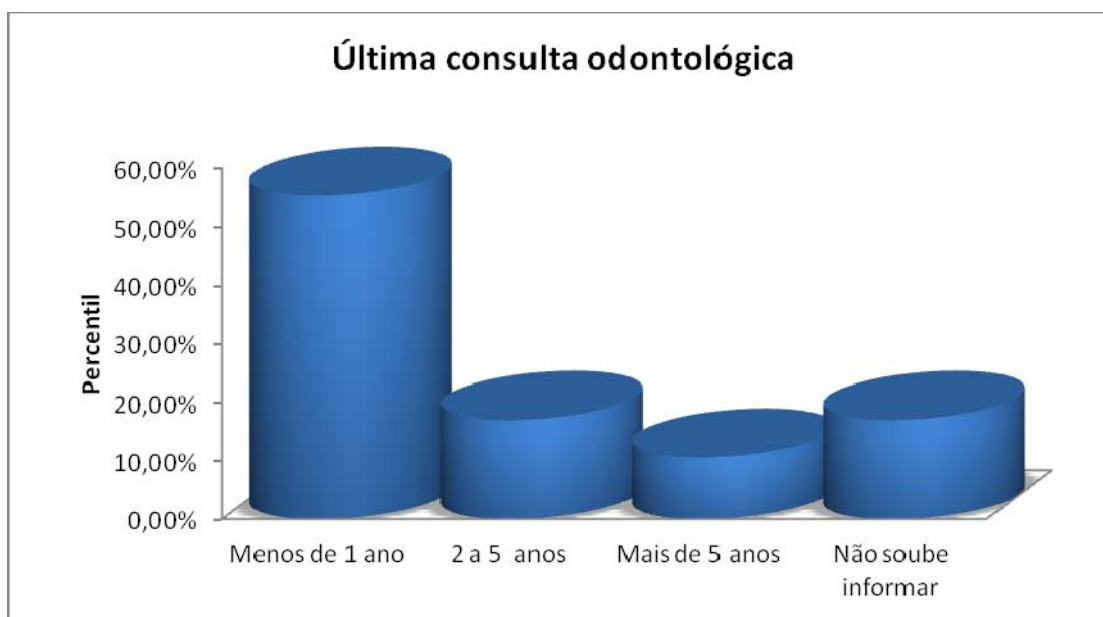


GRÁFICO 16 – Intervalo de tempo da última consulta odontológica.  
Fonte: Desenvolvido pela autora, 2012.

36% dos idosos já sofreram algum acidente dentro das ILPIs; 23% por queda. No pós-queda houve quem não sofresse consequência alguma (55%), apresentou ferida na pele (27%), apresentou fratura (9%) e não soube informar (9%) cada.

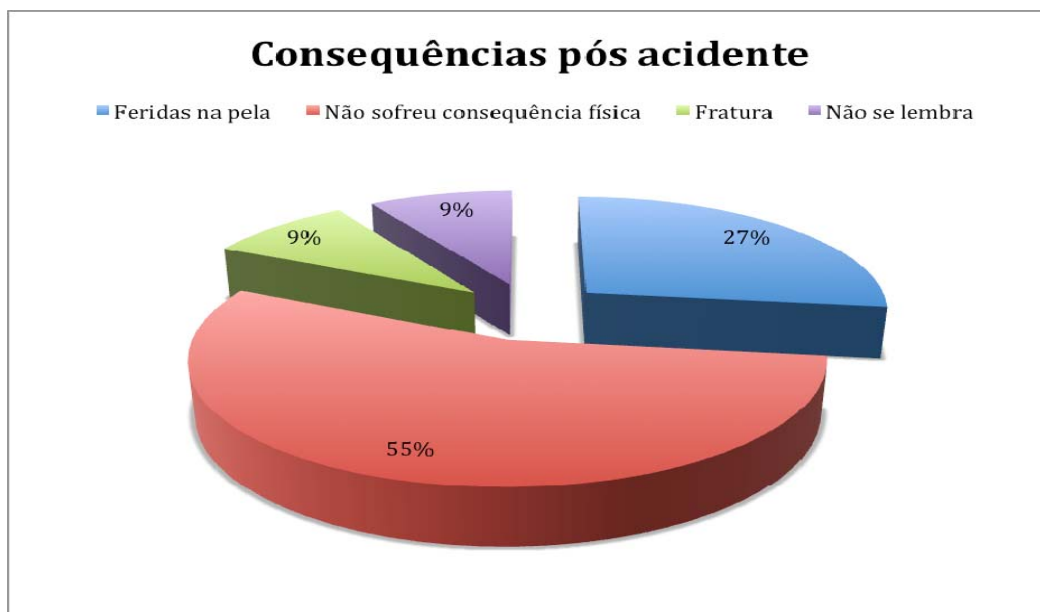


GRÁFICO 17 – Consequências físicas pós-queda sofrida pelo idoso.

Fonte: Desenvolvido pela autora, 2012

No que se refere ao tipo de serviço que atende o idoso em caso de acidente:

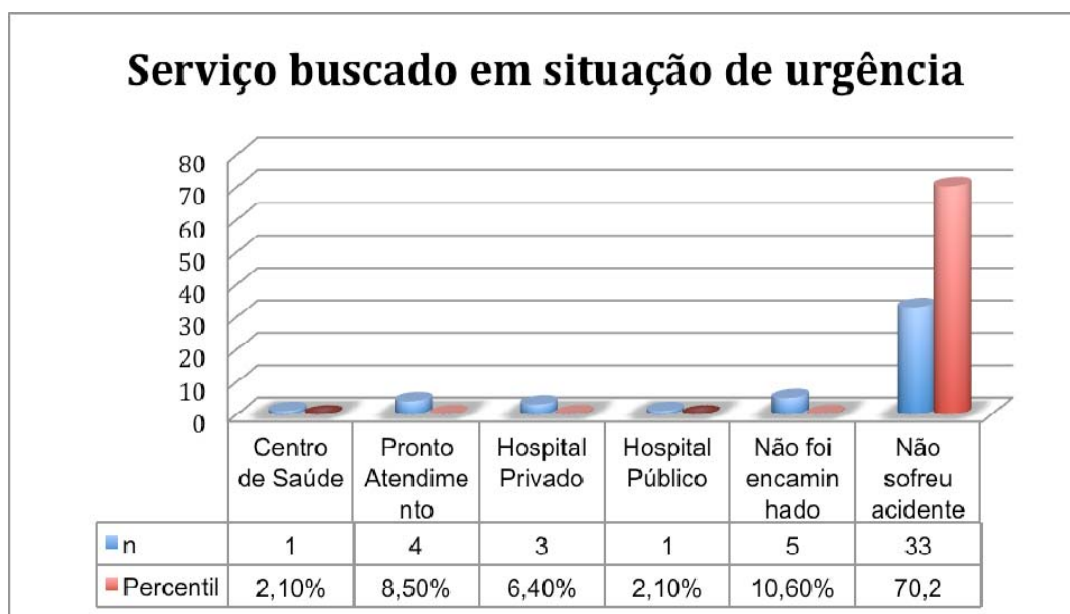


GRÁFICO 18 – Serviços de Saúde onde o idoso foi levado em situações de urgências

Fonte: Desenvolvido pela autora, 2012.

O percentual de idosos que, mesmo após a queda, não foi encaminhado a um serviço de saúde é de 10,6%; isto pode ter concorrido porque existem traumas que, apesar de graves, não apresentam sintomas de imediato. Além disso, o próprio idoso insiste em não ir a um serviço de saúde. Mas, isso pode ser um problema, caso a situação venha se agravar.

Quanto ao acesso à saúde suplementar, 74,5% tem um plano de saúde, 6,4% não soube informar e os demais não possuem.

Considerando que 70% dos idosos recebem entre 1 e 3 salários mínimos, era de se esperar um menor número de sujeitos com Plano de Saúde Suplementar (PSS); mas como uma ILPI tem como um dos critérios de inclusão a baixa renda, ela garante o PSS para todos os institucionalizados.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Levanto em conta os dados obtidos pode se cumprir o objetivo da pesquisa, conforme discutido no capítulo anterior. Nesse pretende se destacar alguns aspectos, não por maior ou menor importância, mas, sim pela possibilidade de ações da ILPI.

Diante da alta porcentagem de idosos com déficit cognitivo no grupo estudado, percebe-se o quanto é importante a qualificação dos profissionais das ILPIs para assisti-los, sabendo que esses necessitam de uma atenção diferenciada.

Outro desafio para as ILPIs é lidar com os idosos afásicos (10%), pois, comunicar-se com eles demanda paciência e tempo de quem tenta fazê-lo.

A feminilização do envelhecimento apareceu e influenciou em resultados como Lazer, por exemplo, em que trabalhos manuais foram o tipo de atividade que mais foi mencionado pelos idosos. Preocupante, ainda sobre lazer, é que 21% dos idosos se considera sem lazer. Sabendo que esse é importante para saúde emocional, e manutenção da individualidade como discutido na p. 14.

Como 93% declararam ter religião é fundamental ter um espaço, mesmo que ecumênico, para que as pessoas possam praticar sua fé. A estimulando, para se garantir a saúde mental do idoso, já que elas se relacionam, como apresentado no capítulo 1.

Existe uma alto índice de analfabetos (4,3%) e de pessoas que só assinam o nome (46,8%) chamados de analfabetos funcionais, portanto as ILPIs devem se atentar para o fato de não comunicar algum tipo de mudança na instituição apenas por circulares ou cartazes, pois, apenas metade dos idosos conseguirão ler.

A importância de como se recebe esse idoso na ILPI é corroborada ao se verificar que a decisão do idoso ir para a ILPI partiu apenas 38,8% dos casos dele próprio, nos demais casos de terceiros. Portanto, conhecer o nível de aceitação da pessoa idosa, qual participação teve na escolha do local é importante para que se possa trabalhar as emoções relacionadas a essa mudança.

Sobre as patologias, 3 das 4 doenças mais citadas estão relacionadas à ocorrência de AVE e que suas sequelas podem limitar a independência do idoso. Além destas, também aparecem a dislipidemia e a obesidade mórbida, igualmente relacionadas ao AVE, sendo que esse tipo de obesidade por si só já é um limitador físico.

O cuidado que as ILPIs devem ter com o ambiente físico é fundamental, haja vista que 66% apresenta alguma dificuldade para enxergar e 4% não enxergam de forma

alguma. Conforme discutido p. 16, a disposição dos objetos, evitar objetos no chão, podem reduzir o número de quedas, principalmente para pessoas com essas características.

O maioria das visitas familiares serem realizadas pelos irmãos, e não por filhos, como inicialmente esperado, pode se dá pelo fato de 60% dos idosos não terem filhos. Como os irmão possivelmente são também idosos, reforça a importância de laços afetivos com outros parentes e amigos. A ILPI pode contribuir flexibilizando o horário de visitas, convidando familiares e amigos para festas e eventos dentro da instituição.

Como apenas 59,6% recebem visita de amigos, reforça ainda mais a importância das visitas familiares.

Essas percentagens pode ser influenciadas, também, pela dificuldade de acesso a umas da ILPIs, que fica em local mais isolado, com pouca opção de transporte público, e com uma mata ao redor. O que dificulta tanto a saída de idosos para visitar amigos e parentes, como esses fazerem visitas aos que estão na instituição. Mas, por outro lado o ambiente bucólico para alguns é o grande atrativo dessa.

A limitação motora refletida nos 64% de idosos que apresentam “alguma dificuldade” ou “não conseguem de forma alguma” Tomar banho ou vestir sozinho chama a atenção para a necessidade de se adequar o número de trabalhadores da instituição para atender os idosos em suas necessidades.

Identificar quem são os idosos que “ouve com alguma dificuldade” é fundamental para que ao se comunicar com eles tenha se um cuidador maior com o tom de voz e que se certifique as mensagens forma compreendidas perfeitamente. Também, é importante lembrar que algumas causas de baixa acuidade auditiva são facilmente resolvidas, como no caso de excesso de cerume.

Em relação a odontologia, uma da ILPIs tem um consultório odontológico, e os Centros de Saúde da PBH tem Equipes de Saúde Bucal (ESB) que atendem aos moradores de sua área de abrangência, o que inclui os idosos institucionalizados. Mais da metade (55,3%) esteve há menos de um ano no odontologista possivelmente por esses fatores. Próteses bucais também são fornecidas por esse serviço.

Adequar a ILPI as normas, e regulamentações requer recursos físicos, humanos e financeiros. Conhecer o perfil das pessoas que residem nesse local pode, inicialmente, demandar mais tempo e mais recursos, porém, irá subsidiar o planejamento das ações voltadas para os idosos residentes nas instituições.

## REFERÊNCIAS

- ABIGALIL, Albamira Paulino de Campos; MENDONÇA, Jurilza Maria Barros. Violência financeira contra a pessoa idosa. In: BERZINS, Marília Viana; MALAGUTTI, William. *Rompendo o silêncio: faces da violência na velhice*. São Paulo: Martinari, 2010. 342 p.
- ALBUQUERQUE, Flávia. *Mortes de idosos por quedas quadruplica*. 2010. Disponível em: <[www.cuidardeidosos.com.br/mortes-de-idosos-por-quedas-quadruplica](http://www.cuidardeidosos.com.br/mortes-de-idosos-por-quedas-quadruplica)>. Acesso em: 29 set. 2011.
- ALMEIDA, Vera. Lúcia. Valsecchi. Velhice e Projeto de Vida: possibilidades e desafios. In: Elisabeth F. Mercadante; Irene Arcuri; Beltrina Corte. (Org.). *Velhice, Envelhecimento e Complex(idade)*. Velhice, Envelhecimento e Complex(idade). São Paulo: Vetor Editora, 2005, v. , p. 93-110.
- ANDREA, Neusa Maria Mendes. Velhice, heterogeneidade e a dança dos esquisitos. In: GUSMÃO, Neusa Maria Mendes de; SIMSON, Olga Rodrigues de Moraes von. *Velhice e diferenças na vida contemporânea*. Campinas, SP: Alínea, 2006. 184 p. (Velhice e sociedade)
- BAUMAN, Zygmunt. *O mal-estar da Pós-Modernidade*. Rio de Janeiro: J. Zahar, 1998. 272 p.
- BAYLE, Filomena C. O demente, a família e as suas necessidades. *Análise Psicológica*, Lisboa, v. 22, n. 3, p. 621-627, set. 2004.
- BEAUVOIR, Simone de. *A velhice*. 2. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990. 711p.
- BERZINS, Marília Viana; MALAGUTTI, William. Institucional contra pessoas idosas. In: \_\_\_\_\_. *Rompendo o silêncio: faces da violência na velhice*. São Paulo: Martinari, 2010. 342 p.
- BEZERRA, Ada Kesea Guedes. *A construção e reconstrução da imagem do idoso pela mídia televisiva*. 2006. Disponível em: <<http://www.bocc.ubi.pt/pag/guedes-ada-imagem-idoso-midia-televisiva.pdf>>. Acesso em: 10 set. 2011.
- BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Resolução da Diretoria Colegiada – RDC/ANVISA nº 283, de 26 de setembro de 2005*. Disponível em: [http://www.saude.mg.gov.br/atos\\_normativos/legislacao-sanitaria/estabelecimentos-de-saude/atencao-ao-idoso/RES\\_283.pdf](http://www.saude.mg.gov.br/atos_normativos/legislacao-sanitaria/estabelecimentos-de-saude/atencao-ao-idoso/RES_283.pdf)>, Acesso em: 19 nov. 2011.

BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF: Senado, 1988.

BRASIL. *Decreto n. 986* de 21 de outubro de 1969. Brasil, Brasília, 1969. Disponível em: <[http://www.anvisa.gov.br/legis/consolidada/decreto-lei\\_986\\_69.pdf](http://www.anvisa.gov.br/legis/consolidada/decreto-lei_986_69.pdf)>. Acesso em: 10 set. 2011.

BRASIL. *Decreto Lei n. 5.296 de 02 de dezembro de 2004*. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2004/decreto/d5296.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/decreto/d5296.htm)>, Acesso em: 19 nov. 2011.

BRASIL. *Lei n. 8.842* de janeiro de 1994. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências Brasília, 1994. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8842.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8842.htm) >. Acesso em: 10 set. 2011.

BRASIL. *Lei n. 6173* de maio de 1992. Cria o conselho municipal do idoso de Belo Horizonte e da outras providências. Minas Gerais, Belo Horizonte, 1992. Disponível em: <<http://bhz5.pbh.gov.br/legislacao.nsf/42d34f6e3014477e0325679f0041f8fa/5c0df941cda0a4640325679e00630737?OpenDocument>>. Acesso em: 10 set. 2011.

BRASIL. *Lei n. 8.080* de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf>>. Acesso em: 22 set. 2010.

BRASIL. *Lei n. 10.741* de outubro de 2003. Dispõe sobre o estatuto do idoso e dá outras providências. Brasília, 2003. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2003/10.741.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/10.741.htm)>. Acesso em: 10 set. 2011.

BRASIL. *Lei n. 10.048* de novembro de 2000. Dá prioridade de atendimento às pessoas que especifica, e dá outras providências. Brasília, 2000a. Disponível em: <<http://www010.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/2000/10048.htm>>. Acesso em: 10 set. 2011.

BRASIL. *Lei n. 8.742* de dezembro de 1993. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. Brasília, 1993a. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8742.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8742.htm)>. Acesso em: 10 set. 2011.

BRASIL. *Lei n. 10.098* de dezembro de 2000. Estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiências ou com

mobilidade reduzida e, da outras providências. Brasília, 2000b. Disponível em: <<http://www3.dataprev.gov.br/sislex/paginas/42/2000/10098.htm>>. Acesso em: 10 set. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento*. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a. 44 p. (Série B. Textos básicos de saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de assistência à saúde da pessoa idosa*, 2002a. Disponível em: <[http://cedoc.ensp.fiocruz.br/descentralizar/anexos/Politica%20nacional%20de%20aten%C3%A7%C3%A3o%20a%20saude%20do%20idoso\\_outubro\\_2006.doc](http://cedoc.ensp.fiocruz.br/descentralizar/anexos/Politica%20nacional%20de%20aten%C3%A7%C3%A3o%20a%20saude%20do%20idoso_outubro_2006.doc)>Acessado em: 02 dez 2006. (Publicado no D.O.U. de 21.10.1969, pág. 8935-Retificação no D.O.U. de 11.11.1969, pág. 9737).

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria n. 810* de 22 de setembro de 1989. Disponível em: <<http://direitoidoso.braslink.com/05/port810.html>>, Acesso em: 25 jun. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria n. 1.395, de 10 de dezembro de 1999*. Disponível em: <[http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/Portaria\\_1395\\_de\\_10\\_12\\_1999.pdf](http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/Portaria_1395_de_10_12_1999.pdf)>. Acesso em: 18 nov. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria n. 2.528* de 19 de outubro de 2006. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2528%20aprova%20a%20politica%20nacional%20de%20saude%20da%20pessoa%20idosa.pdf>>, Acesso em: 26 jun. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Redes Estaduais de Atenção à Saúde do Idoso: guia operacional e portarias relacionadas*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002b. 104 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. *Proteção Social Básica*. Disponível em: <<http://www.mds.gov.br/assistenciasocial/protecaobasica>>, Acesso em: 17 dez. 2011.

BRASIL. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Questionário da amostra, censo 2010b*. Disponível em: <[http://www.ibge.gov.br/censo/quest\\_amostra.pdf](http://www.ibge.gov.br/censo/quest_amostra.pdf)>Acessado em: 02 jun. 2011.

CALDAS, Célia Pereira. Envelhecimento com dependências: responsabilidade e demandas da família. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 733-781, jun. 2003.

CAMARANO, A. M.; MELLO, J. L. Cuidados de longa duração no Brasil: o arcabouço legal e as ações governamentais. In: CAMARANO, Ana Amélia IPEA. *Cuidados de longa duração para população idosa: um novo risco social a ser assumido*. Rio de Janeiro: IPEA, 2010. cap. 2, p. 67-72.

CAMARANO, A.M; KANZO, S. Como as famílias brasileiras estão lidando com idosos que demandam cuidados e quais as perspectivas futuras? A visão mostradas pelas PNADs. In:\_\_\_\_\_. *Cuidados de longa duração para população idosa: um novo risco social a ser assumido*. Rio de Janeiro: IPEA, 2010. cap.3, p. 93-122.

CARNEIRO JR., Nivaldo; SILVEIRA, Cássio. Organização das práticas de atenção primária em saúde no contexto dos processos de exclusão/inclusão social. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.19, n.6, p. 1827-1835, nov-dez, 2003.

CARNEIRO, R.S *et al.* Qualidade de vida, apoio social e depressão em idosos: relação com habilidades sociais. *Psicologia: reflexão e crítica*, Porto Alegre, v. 20, n. 2, p. 229 - 237, 2007.

CARVALHO, M. I ;L, B. Os cuidados familiares prestados às pessoas idosas em situação de dependência: características do apoio informal familiar em Portugal. *Revista Kairós*, São Paulo, v. 12, n. 1, p. 77-96, jan. 2009.

CHAIMOWICZ, F.; GRECO, D. B. Dinâmica da institucionalização de idosos em Belo Horizonte, Brasil. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 33, n. 5, p. 454-460, out., 1999.

CHRISTOPHE, Micheline. *Instituições de Longa Permanência para idoso no Brasil: uma opção de cuidados de longa duração?* 2009. 163 f. Dissertação (Mestrado em Estudos Populacionais e Pesquisas Sociais) – Escola Nacional de Ciências Estatísticas, Rio de Janeiro 2009.

CÍCERO, M. T. *Saber Envelhecer e A Amizade*. Porto Alegre: L&PM, 2010.160 p.

CONIL, Eleonor Minho. Avaliação da integralidade: conferindo sentido para os pactos na programação de metas dos sistemas municipais de saúde. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p.1417-1423, set.-out., 2004.

DIOGO, M.J.D. E. Formação de recursos humanos na área de saúde do idoso. *Revista Latino-americana de Enfermagem*,. Ribeirão Preto. v. 12, n. 2, p. 281, mar.-abr., 2004.

DUARTE, Flávia Meneses; WANDERLEY, Kátia da Silva. Religião e Espiritualidade de Idosos Internados em uma Enfermaria Geriátrica. *Psicologia: teoria e pesquisa*, Brasília, v. 27, n. 1, p. 49-53, jan./mar., 2011.

DUARTE, Yeda Aparecida de Oliveira *et al.* Religiosidade e envelhecimento: uma análise do perfil de idosos do município de São Paulo. *Saúde Coletiva*, São Paulo, v. 5, n. 24, p.173-177, 2008.

FABRÍCIO, S. C. C.; RODRIGUES, R. A.; COSTA, M. L. Causas e conseqüências de quedas de idosos atendidos em hospital público. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 38, n. 1, p. 93-9, 2004.

FALEIROS, Nayara de Paula.; JUSTO, José Sterza. *A Percepção da vida Laborativa por idosos asilados*. 2007. Disponível em:  
<[http://www.assis.unesp.br/encontrosdepsicologia/ANAIS\\_DO\\_XIX\\_ENCONTRO/109\\_NAYARA\\_DE\\_PAULA\\_FALEIROS.pdf](http://www.assis.unesp.br/encontrosdepsicologia/ANAIS_DO_XIX_ENCONTRO/109_NAYARA_DE_PAULA_FALEIROS.pdf)>. Acesso em: 20 jun. 2011.

FALEIROS, V. P; MORANO, T. Cotidiano e relações de poder numa instituição de longa permanência para pessoas idosas. *Revista Textos & Contextos*, Porto Alegre, v. 8, n.2, p. 319-338, jul./dez., 2009.

FERNANDES, A. A. Velhice, solidariedades familiares e política social: itinerário de pesquisa em torno do aumento da esperança de vida. *Sociologia*. v. 36, p. 39-52, set. 2001.

FERRIGNO, J. C. A identidade do jovem e a identidade do velho: questões contemporâneas. In: \_\_\_\_\_. *Velhice Reflexões Contemporâneas*. São Paulo: SESC/PUC, 2006. 152 p.

FLECK, M. P. A. *et al.* Desenvolvimento do WHOQOL: módulo espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 37, n. 4, p. 446-55, 2003.

FREITAS, R. P.; OLIVEIRA, S. J. *Reflexão sobre os direitos da pessoa idosa: um estudo bibliográfico*. Belo Horizonte: UFMG, 2006.

GABARDO, Roseclér Machado; JUNGES, José Roque; SELLI, Lucilda. Arranjos familiares e implicações à saúde na visão dos profissionais do Programa Saúde da Família. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 43, n. 1, fev. 2009. Disponível em:  
<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102009000100012&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000100012&lng=pt&nrm=iso)>. Acessos em 28 jul. 2012.

GÁSPARI, Jossett Campagna; SCHWARTZ, Gisele Maria. O idoso e a ressignificação emocional do lazer. *Revista Psicologia: teoria e pesquisa*, Brasília, v. 21, n. 1, p.069-076, jan./abr, 2005.

GOFFMAN, Erving. *Manicômios: prisões e conventos*. São Paulo: Perspectiva, 1974. 315p. (Coleção Debates ; 91)

GONÇALVES, L. G. *et al.* Prevalência de quedas em idosos asilados do município de Rio Grande. *Revista Saúde Pública*, São Paulo. v. 42, n. 5, p.938-45, out., 2008.

HERÉDIA, V. B. M.; CORTELETTI, I. A.; CASARA, M. B. O processo de envelhecimento e a institucionalização do idoso. In: HERÉDIA, V. B. M.; LORENZI, D. R. S. de. *Envelhecimento, saúde e políticas públicas*. Caxias do Sul, RS: EDUSC, 2007. cap. 2, p.24-32.

IBGE. Projeção da população do Brasil por sexo e idade para o período de 1980-2050 – Revisão 2004. Metodologia e Resultados. Estimativas anuais e mensais da população do Brasil e das unidades da Federação: 1980 2020. Metodologia. Estimativas das populações Municipais. 2004. p. .8. Disponível em: <[http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao\\_da\\_populacao/metodologia.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/metodologia.pdf)>. Acesso em: 10 nov. 2011.

GIACOMIN, Karla C.; UCHOA, Elizabeth; LIMA-COSTA, Maria Fernanda F. Projeto Bambuí: a experiência do cuidado domiciliário por esposas de idosos dependentes. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1509-1518, set./out, 2005.

GOLDFARB, Delia Catullo; LOPES, R. G. C. *Avosidade e a transmissão psíquica entre as gerações*. 2006. Disponível em: <<http://www.portaldoenvelhecimento.org.br/psico/psico103.htm>>. Acesso em: 20 de jul. 2012.

LIPOVETSKY, Gilles. *A felicidade Paradoxal: ensaio sobre a sociedade de Hiperconsumo*. São Paulo: Companhia das letras, 2007. 402 p.

LUTHER KING, M. Disponível em: <<http://reinehr.org/pigmeu-moral/entre-aspas/o-silencio-dos-bons-martin-luther-king>>. Acesso em: 15 nov. 2010.

MARTIN, V. B.; ANGELO, M. Significado do conceito saúde na perspectiva de família em situação de risco pessoal e social. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 13, n. 3, p.5-15, set./dez, 2004.

MAZZA, Márcia Maria Porto Roberto; LEFÉVRE, Fernando. A instituição asilar segundo o cuidador familiar do idoso. *Saúde e sociedade*, São Paulo, v. 13, n. 3, p.68-77, set./dez., 2004.

MENDES, Márcia R. S. S. Barbosa *et al.* A situação social do idoso no Brasil: uma breve consideração. *Acta Paul Enferm*, São Paulo, v. 18, n. 4, p. 422-6, 2005.

MINAYO, M. C. S. Suicídio de pessoas idosos e fatores associados a esse fenômeno no Brasil e no mundo. In: \_\_\_\_\_. *Rompendo o silêncio: faces da violência na velhice*. São Paulo, 2010. cap. 10, p. 200-217.

MINAYO, M. C. S. Visão Antropológica do envelhecimento humano. In: \_\_\_\_\_. *Velhice: reflexões contemporâneas*. São Paulo: SESC/PUC, 2006. 152p. p. 54.

MORAES, Viviane. *O Envelhecimento Populacional e a Feminização no Brasil*. Disponível em:

<[http://www.mp.go.gov.br/portalweb/hp/41/docs/o\\_envelhecimento\\_populacional\\_e\\_a\\_feminizacao\\_no\\_brasil.pdf](http://www.mp.go.gov.br/portalweb/hp/41/docs/o_envelhecimento_populacional_e_a_feminizacao_no_brasil.pdf)>. Acesso em: 23 nov. 2011.

OLIVEIRA, S. M. R.C.; VIÉGAS, R. F. V. Políticas de Amparo Social ao Idoso no Municípios de São Caetano do Sul. *Pesquisa em Debate*, São Paulo, v. 2, n. 6, jul./dez., p 10, 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Envelhecimento ativo: uma política de saúde*. Brasília: OPAS, 2005. 60 p.

PESTANA, Luana Cardoso; SANTO, Fátima Helena do Espírito Santo. As engrenagens da saúde na terceira idade: um estudo com idosos asilado. *Revista Escola de Enfermagem*, São Paulo, v. 42, n. 2, p.268-7, jun. 2008.

RAMOS, Luiz R. *et al.* Significance and management of disability among urban elderly residents in Brazil. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, v.8, p.313-323, 1993.

RODRIGUES, C. N.; RAUTH, J. Os desafios do envelhecimento no Brasil. In: FREITAS, Elizabete Viana de. *Tratado de geriatria e gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. cap. 12, p. 106-110.

RODRIGUES, R. A. P. *et al.* Política nacional de atenção ao idoso e a contribuição da enfermagem. *Texto Contexto Enferm.*, Florianópolis, v. 16, n. 3, p. 536-45, jul./set. 2007.

ROMERO, E. A dimensão social e interpessoal: o sistema social e a difícil arte da convivência. In: \_\_\_\_\_. *As dimensões da vida humana: existência e experiência*. São José dos Campos: Novos Horizontes, 1998, p.381

SALVAREZZA, L. *Psicogeriatría: teoria y clinica*. Buenos Ayres: Paidós, 2005.

SANTELLE, O.; LEFÈVRE, A. M. C.; CERVATO, A. M. Alimentação institucionalizada e suas representações sociais entre moradores de instituições de longa permanência para idosos em São Paulo, Brasil. *Caderno de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v.23, n.12, p.3061-3065, dez., 2007.

SARTI, C. A. A velhice na família atual. *Acta Paulista. de Enfermagem*, São Paulo, v. 14, n. 2, p. 91-96, 2001.

SILVA, V. T. S. *O cuidado do idoso no domicílio*. 2005. 96 f. Universidade Católica de Brasília, Brasília, 2005.

SILVESTRE, Jorge Alexandre; COSTA NETO, Milton Menezes da. Abordagem do idoso em programa de saúde da família. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 102-311, maio - jun, 2003.

TEIXEIRA, Elenaldo Celso. *O papel das políticas públicas no desenvolvimento local e na transformação da realidade*. Bahia, AATR, 2002. 11p. Disponível em: <[http://www.fit.br/home/link/texto/politicas\\_publicas.pdf](http://www.fit.br/home/link/texto/politicas_publicas.pdf)>. Acesso em: 23 jun. 2012

TOLLOTTI, M. A. Estigmatização do Envelhecimento. In:\_\_\_\_\_. Envelhecimento, saúde, e políticas públicas. *Educs*. Caxias do Sul, RS, 2007. cap.3, p.33-45.

TORAL, N. *et al.* Perfil da alimentação oferecida em instituições geriátricas do Distrito Federal. *Revista de Nutrição*, Campinas, SP, v. 19, n. 1, p.29-37, jan./fev., 2006.

VAZ, Raquel Almeida; NODIN, Nuno. A importância do exercício físico nos anos maduros da sexualidade. *Análise Psicológica*, v. 3, n. 23, p.329-339, 2005.

VIOLÊNCIA doméstica contra a pessoa idosa: orientações gerais. Coordenação de Desenvolvimento de Programas e Políticas de Saúde - CODEPPS. São Paulo: SMS, 2007. 68 p. Disponível em: <[http://midia.pgr.mpf.gov.br/pfdc/15dejunho/caderno\\_violenca\\_idoso\\_atualizado\\_19jun.pdf](http://midia.pgr.mpf.gov.br/pfdc/15dejunho/caderno_violenca_idoso_atualizado_19jun.pdf)>. Acesso em: 30 nov. 2011.

## APÊNDICE

### APÊNDICE A – Coleta de dados



Instrumento de coleta de dados utilizado na Pesquisa de Mestrado em Gerontologia –  
PUCSP: “Instituições de Longa Permanência da Regional Norte, de Belo Horizonte: o perfil  
socioeconômico e epidemiológico de seus residentes”

**Orientadora:** Prof.<sup>a</sup> Dra. Vera Lúcia Valsecchi de Almeida

**Mestranda:** Simone de Jesus Oliveira

**Instituição:** \_\_\_\_\_

**Nome do idoso:** \_\_\_\_\_

**Data da entrevista:** \_\_\_\_\_

**Nome do entrevistador:** \_\_\_\_\_

<b>Variáveis de representação</b>	<b>sócio-demográficas</b>
-----------------------------------	---------------------------

**1-Sexo (%)**

( ) Masculino

( ) Feminino

**2- Data de Nascimento/ Idade** \_\_\_\_\_

**3- Nacionalidade** \_\_\_\_\_

**4 – Naturalidade** \_\_\_\_\_

**5- Cor ou Raça (auto referida)**

( ) Branca

( ) Parda

( ) Amarela

( ) Indígena

( ) Preta

( ) Não informada

**6-Grau de instrução**

( ) Analfabeto

( ) Ensino Médio

( ) Assina o nome

( ) Ensino Superior

( ) Ensino Fundamental

( ) Não informado

**7 Qual é o curso mais elevado que frequentou, no qual concluiu pelo menos uma série?**

( ) Alfabetização de adultos

( ) Antigo ginásio

( ) Antigo primário

( ) Ensino Fundamental

( ) Antigo clássico, científico, etc.

( ) Ensino médio

**8 Qual a última série concluída com aprovação**

- |                                   |  |
|-----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Primeira | <input type="checkbox"/> sexta             |
| <input type="checkbox"/> Segunda  | <input type="checkbox"/> Sétima            |
| <input type="checkbox"/> Terceira | <input type="checkbox"/> Oitava            |
| <input type="checkbox"/> Quarta   | <input type="checkbox"/> Curso não seriado |
| <input type="checkbox"/> quinta   | <input type="checkbox"/> Nenhuma           |

**9- Estado Civil**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Separado/divorciado | <input type="checkbox"/> Viúvo            |
| <input type="checkbox"/> Solteiro            | <input type="checkbox"/> União Consensual |
| <input type="checkbox"/> Casado              | <input type="checkbox"/> Não informado    |

**10-Tem filhos**

- |                              |                              |  |
|------------------------------|------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> não informado |
|------------------------------|------------------------------|--|

**11- Se respondeu sim a questão 10, quantos estão vivos:**

- |                            |                                 |
|----------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 4      |
| <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 5      |
| <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> + de 6 |

**12-Recebe visita de familiar**

- |                              |                              |  |
|------------------------------|------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> não informado |
|------------------------------|------------------------------|--|

**13-Se a resposta a pergunta 12 foi sim, responda com que frequência:**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> + de 1 vez por semana | <input type="checkbox"/> 1 vez mês         |
| <input type="checkbox"/> 1 vez por semana      | <input type="checkbox"/> Sem periodicidade |
| <input type="checkbox"/> 2 vezes mês           | <input type="checkbox"/> não informado     |

**14-Se a resposta à pergunta 12 foi sim, qual o parentesco**

- |                                  |   |
|----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Cônjuge | <input type="checkbox"/> Mãe e/ou pai               |
| <input type="checkbox"/> Filhos  | <input type="checkbox"/> Parentesco de segundo grau |
| <input type="checkbox"/> Irmãos  | <input type="checkbox"/> Não informado              |
| <input type="checkbox"/> Outros  |   |

**15-Recebe visita de amigos**

- |                              |                              |  |
|------------------------------|------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Não informado |
|------------------------------|------------------------------|--|

**16-Se a resposta a pergunta 15 foi sim, responda com que frequência:**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> + de 1 vez por semana | <input type="checkbox"/> 1 vez mês         |
| <input type="checkbox"/> 1 vez por semana      | <input type="checkbox"/> Sem periodicidade |
| <input type="checkbox"/> 2 vezes meses         | <input type="checkbox"/> não informado     |



Em parte

Não informado

**30- É repassado para família**

Todo

Em parte

Não

não informado

<b>Condições de saúde física e mental</b>
---

**31-Tem dificuldade de tomar banho e vestir se sozinho**

Não consegue de modo algum

Nenhuma dificuldade

Com grande dificuldade

Não informado

Alguma dificuldade

**32-Tem dificuldade permanente de ouvir? (Se utiliza aparelho auditivo, faça a avaliação quando ele estiver utilizando)**

Não consegue de modo algum

Nenhuma dificuldade

Com grande dificuldade

Não informado

Alguma dificuldade

**33-Tem dificuldade permanente de enxergar? (Usando óculos ou lentes de contato)**

Não consegue de modo algum

Nenhuma dificuldade

Com grande dificuldade

Não informado

Alguma dificuldade

**34- Quando foi ao dentista pela última vez? \_\_\_\_\_**

**35- Teve dor de dente nos últimos 2 anos?**

Sim

Não

não informado

**36- Faz uso de prótese?**

Sim

Não

não informado

**37- Se sim, à pergunta 36, sua prótese é:**

**Total:**  Sim

Não

não informado

**Parcial:**  Sim

Não

não informado

**38- Tem problemas dentários hoje?**

Sim

Não

não informado

**Se sim, qual (ais): \_\_\_\_\_**

**39- Teve sangramento de gengiva nos últimos seis meses**

Sim

Não

não informado

**40- Enfermidades referidas pelos idosos \_\_\_\_\_**

não se aplica



## ANEXOS

### ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) para participar, como voluntário, em uma pesquisa. Após ser esclarecido (a) sobre as informações a seguir, caso aceite fazer parte do estudo, assine no final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável.

Desde logo fica garantido o sigilo das informações. Em caso de recusa você não será penalizado (a) de forma alguma.

#### INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Título do Projeto: *Instituições de Longa Permanência da Regional Norte de Belo Horizonte: o perfil socioeconômico e epidemiológico de seus idosos.*

**Pesquisador Responsável:** Simone de Jesus Oliveira

Telefone para contato (11) 3670-8274

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Vera Lúcia Valsecchi de Almeida.

Telefone para contato:(031) 91558388

O objetivo dessa pesquisa é identificar o perfil dos institucionalizados quanto às condições sócio-demográficas (idade, nacionalidade, naturalidade, raça/ cor, estado civil, escolaridade), hábitos de vida relacionados à saúde, condições de saúde física e emocional, doenças mais comuns, e acidentes durante o período de permanência na instituição. Tudo para que se possa conhecer melhor o idoso que está na ILPI, e assim ter subsídios para o planejamento de uma assistência mais próxima possível de suprir suas necessidades.

Nome e Assinatura do pesquisador: \_\_\_\_\_

**CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO**

Eu, \_\_\_\_\_, abaixo assinado, concordo em participar do estudo \_\_\_\_\_, como sujeito. Fui devidamente informado e esclarecido pela pesquisadora Simone de Jesus Oliveira sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido o sigilo das informações e que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve à qualquer penalidade ou interrupção de meu acompanhamento/ assistência.

Local e data \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Assinatura do sujeito ou responsável:

\_\_\_\_\_

## ANEXO B - BATERIA BREVE DE RASTREIO COGNITIVO

Grupo de Neurologia Cognitiva e do Comportamento. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (Nitrini e Caramelli).

### PERCEPÇÃO VISUAL E NOMEAÇÃO

Mostre a folha contendo as 10 figuras e pergunte: “que figuras são estas?”

Percepção correta: \_\_\_

Nomeação correta: \_\_\_

#### Memória Incidental

Esconda as figuras e pergunte: “que figuras eu acabei de lhe mostrar?” (Tempo máximo de evocação: 60 segundos; Escore no verso)

#### Memória Imediata 1.

Mostre as figuras novamente durante 30 segundos dizendo:

“Olhe bem e procure memorizar estas figuras” (Se houver déficit visual importante, peça que memorize as palavras que você vai dizer; diga os nomes dos objetos lentamente, um nome/segundo; fale a série toda duas vezes).

Esconda as figuras e pergunte: “que figuras eu acabei de lhe mostrar?” (Tempo máximo de evocação: 60 segundos)

#### Aprendizado (Memória Imediata 2)

Mostre as figuras novamente durante 30 segundos dizendo:

“Olhe bem e procure memorizar estas figuras” (Se houver déficit visual importante, peça que memorize as palavras que você vai dizer; diga os nomes dos objetos lentamente, um nome/segundo; fale a série toda duas vezes).

Esconda as figuras e pergunte: “que figuras eu acabei de lhe mostrar?” (Tempo máximo de evocação: 60 segundos)

#### Teste de Fluência Verbal

“Você deve falar todos os nomes de animais (qualquer bicho) que se lembrar, no menor tempo possível. Pode começar”.

Anote o número de animais lembrados em 1 minuto:

---



---



---

**Desenho do relógio** (Sunderland et al., 1989)

Dê uma folha de papel em branco e diga: “desenhe um relógio com todos os números”.

“Coloque os ponteiros marcando 2h45.” (guarde o desenho com a ficha).

**Avaliação 10-6 - Relógio e número estão corretos.**

10 - hora certa

9 - leve distúrbio nos ponteiros (p. ex.: ponteiro das horas sobre o 2)

8 - distúrbios mais intensos nos ponteiros (p. ex.: anotando 2:20)

7 - ponteiros completamente errados

6 - uso inapropriado (p. ex.: uso de código digital ou de círculos envolvendo números)

**Avaliação: 5-1:** desenhos do relógio e dos números incorretos

5 - números em ordem inversa ou concentrados em alguma parte do relógio

4 - números faltando ou situados fora dos limites do relógio

3 - números e relógio não mais conectados. Ausência de ponteiros

2 - alguma evidência de ter entendido as instruções mas com vaga semelhança com um relógio

1 - não tentou ou não conseguiu representar um relógio

**Memória tardia (5 minutos)**

“Que figuras eu lhe mostrei há alguns minutos?” Se necessário, reforce, dizendo figuras desenhadas numa folha de papel plastificada. (60 segundos)

**Reconhecimento**

Mostre a folha contendo as 20 figuras e diga: “aqui estão as figuras que eu lhe mostrei hoje e outras figuras novas; quero que você me diga quais você já tinha visto há alguns minutos.”

## ANEXO C - FOLHA DE RESPOSTAS

	M incidental	M imediata	Aprendizado	M5	Reconh.
Sapato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chave	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avião	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Balde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tartaruga	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Livro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Colher	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Árvore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Corretas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intrusões	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Atenção:**

O escore de memória incidental, imediata, aprendido e de memória de 5 minutos (recordação tardia) é igual ao número de resposta corretas.

Para o Reconhecimento, o escore final é obtido pela subtração: corretas - intrusões.

Reconhecimento:

**ANEXO D - TESTE DE MEMÓRIA DE FIGURA**