

UNIVERSIDADE DA REGIÃO DE JOINVILLE – UNIVILLE
MESTRADO EM SAÚDE E MEIO AMBIENTE

O COMPORTAMENTO DOS IDOSOS: ESTUDO COMPARATIVO ENTRE GRUPOS
ESPECIALMENTE ASSISTIDOS

FERNANDA DIEL

JOINVILLE
2013

FERNANDA DIEL

O COMPORTAMENTO DOS IDOSOS: ESTUDO COMPARATIVO ENTRE GRUPOS
ESPECIALMENTE ASSISTIDOS

Projeto de pesquisa apresentado
como requisito parcial para aprovação
ao projeto de Dissertação de
Mestrado em Saúde e Meio
Ambiente.

Orientador: Dr. Carlos José Serapião.

JOINVILLE

2013

Idosa é uma pessoa que tem muita idade. Velha é uma pessoa que perdeu a jovialidade.

A idade causa degenerescência das células. A velhice causa a degenerescência do espírito. Por isso nem todo idoso é velho e há velho que ainda nem chegou a ser idoso. Você é idoso quando sonha. É velho quando apenas dorme. Você é idoso quando ainda aprende. É velho quando já nem ensina. Você é idoso quando pratica esporte, ou de alguma forma se exercita. É velho quando apenas descansa. Você é idoso quando ainda sente amor. É velho quando só tem ciúmes e sentimentos de posse. Você é idoso quando o dia de hoje é o primeiro do resto de sua vida. É velho quando todos os dias parecem o último da longa jornada. Você é idoso quando seu calendário tem amanhã. É velho quando seu calendário só tem ontem.

O idoso é aquela pessoa que tem tido felicidade de viver uma longa vida produtiva, de ter adquirido uma grande experiência. Ele é uma ponte entre o passado e o presente, como o jovem é uma ponte entre o presente e o futuro. E é no presente que os dois se encontram. Velho é aquele que tem carregado o peso dos anos, que em vez de transmitir experiência às gerações vindouras, transmite pessimismo e desilusão. Para ele, não existe ponte entre o passado e o presente, existe um fosso que o separa do presente pelo apego ao passado. O idoso se renova a cada dia que começa; o velho se acaba a cada noite que termina. O idoso tem seus olhos postos no horizonte de onde o sol desponta e a esperança se ilumina. O velho tem sua miopia voltada para os tempos que passaram. O idoso tem planos. O velho tem saudades. O idoso curte o que resta da vida. O velho sofre o que o aproxima da morte. O idoso se moderniza, dialoga com a juventude, procura compreender os novos tempos. O velho se emperra no seu tempo, se fecha em sua ostra e recusa a modernidade. O idoso leva uma vida ativa, plena de projetos e de esperanças. Para ele o tempo passa rápido, mas a velhice nunca chega. O velho cochila no vazio de sua vida e suas horas se arrastam destituídas de sentido. As rugas do idoso são bonitas porque foram marcadas pelo sorriso. As rugas do velho são feias porque foram vincadas pela amargura.

Em resumo, idoso e velho, são duas pessoas que até podem ter a mesma idade no cartório, mas têm idade bem diferente no coração.

A vida, com suas fases de infância, juventude, maturidade, é uma experiência constante. Cada fase tem seu encanto, sua doçura, suas descobertas. Sábio é aquele que desfruta de cada uma das fases em plenitude, extraíndo dela o melhor. Somente assim, na soma das experiências e oportunidades, ao final dos seus anos guardará a jovialidade de um homem sábio. Se você é idoso, guarde a esperança de nunca ficar velho.

Autor desconhecido

Dedico este trabalho a quem, de direito merece meu amor:

Ao meu amado filho Eduardo, minha fonte de motivação e dedicação, pela minha ausência, pela pouca dedicação, pois os períodos de pesquisando e concentração foram longos. Esta conquista também é sua.

Aos meus pais Zenaide e Arlindo, por serem a minha referência de tantas maneiras e estarem sempre presentes na minha vida de uma forma indispensável em todos os momentos, principalmente cuidando do meu filho e apoiando no dia-a-dia.

Aos meus irmãos Fabrícia e Fabio, sempre apoiando, inspirando e engrandecendo meu ser, muito obrigada.

A minha gata Maria Eduarda, te amo linda.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela presença constante em minha vida e pela força concedida em durante mais esta jornada.

Aos Professores desta Universidade que contribuíram para meu crescimento intelectual. Em especial ao Dr. Serapião pela orientação e Dra. Nelma pela dedicação e contribuições dadas no período de desenvolvimento.

As ILPIs e Centro de convivência Dia, pela oportunidade, receptividade e apoio para realização das ações em prol deste trabalho.

A todos os idosos que participaram direta e indiretamente das atividades para pesquisa.

A todos que de alguma forma contribuíram por mais esta conquista.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Efeitos da atividade física na saúde durante o processo do envelhecimento.....	39
Tabela 2: Doenças referidas pela população idosa entrevistada (Brasil, 2006).....	45
Tabela 3: Dados utilizados para cálculo da amostragem.....	57
Tabela 4: Dados percentuais do perfil dos idosos pesquisados.....	59
Tabela 5: Distribuição percentual do estado de saúde atual dos idosos.....	60
Tabela 6: Distribuição percentual da condição financeira.....	63
Tabela 7: Noção de direitos e benefícios oferecidos pelos órgãos públicos.....	64
Tabela 8: Distribuição percentual dos fatores que influenciam no equilíbrio emocional dos idosos.....	65
Tabela 9: Relacionamento social dentro e fora das Instituições	67
Tabela 10: Avaliação da Instituição.....	68

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	9
1 REVISÃO DA LITERATURA	11
1.1 O idoso	11
1.2 O processo de envelhecimento	13
1.3 Mudanças decorrentes do envelhecimento	19
1.4 Brasil: A legislação em benefício do idoso.	21
1.5 Formas de convivência do idoso.	24
1.5.1 Morar sozinho.....	25
1.5.2 Morar com os filhos.	26
1.5.3 Morar em Instituições de Longa Permanência para Idosos – ILPIs.	28
1.5.4 Conviver em Centros de Convivência	31
1.6 Saúde do Idoso	33
1.6.1 A boa saúde pela vida ativa	37
1.6.2 Patologias mais frequentes no envelhecimento	41
1.7 Orientação nutricional do idoso	46
1.8 Fatores psicológicos que influenciam no comportamento do idoso.....	49
1.9 A ética para com o idoso.....	51
2 METODOLOGIA	55
2.1 A pesquisa.....	55
2.2 Procedimentos metodológicos	55

3 RESULTADOS E DISCUSSÕES	58
3.1 As Instituições de Longa Permanência para Idosos ILPIs em Joinville	58
3.2 Categorização dos sujeitos (idosos participantes da pesquisa)	59
3.3 Situação atual dos idosos participantes da pesquisa	60
3.3.1 Condições financeiras	61
3.3.2 Noções de direitos.....	64
3.3.3 Influências quanto aos fatores psicológicos que influem no equilíbrio emocional.....	65
3.3.4 Relacionamentos sociais dos idosos.....	67
3.4 Avaliação dos idosos quanto à instituição onde se encontram	68
3.5 A observação da pesquisadora	70
CONCLUSÃO	72
REFERÊNCIAS	75
ANEXOS	82
APÊNDICES.....	91

RESUMO

O presente trabalho tem como objetivo comparar os aspectos comportamentais resultantes das atividades oferecidas aos idosos que convivem em três Instituições de Longa Permanência para Idosos – ILPIs e um Centro de Convivência Dia, todos pertencentes à iniciativa privada e localizadas na cidade de Joinville SC. A pesquisa busca investigar: quais os motivos que levaram os idosos a adotar essa nova forma de convivência, como eles estão enfrentando essa mudança de ambiente e avaliar o grau de satisfação dos idosos dentro da Instituição em que convivem. Foi realizada no período de Fevereiro a Abril de 2011 com participação de 63 idosos residentes nas ILPIs e 60 idosos cadastrados no Centro de Convivência Dia. Verificou-se que a população masculina é maior nas ILPIs e as mulheres são maioria no Centro de Convivência Dia, no geral apresentaram grau de escolaridade primária, baixa renda e o problema de saúde de maior relevância é a hipertensão. As ILPIs enfrentam dificuldades na adequação das suas estruturas físicas e na qualificação da sua mão de obra para poder oferecer serviços de qualidade aos idosos. O Centro de Convivência Dia apresenta boa estrutura tanto física como de serviço e continuam promovendo melhorias, o que gera um alto grau de satisfação dos seus frequentadores. Tendo em vista a longevidade e o conseqüente crescimento populacional dos idosos no Brasil e as considerações sobre os problemas decorrentes da vulnerabilidade dos idosos às doenças e sua maior dificuldade de recuperação procurou-se conhecer como o país e a sociedade em geral esta preparada para resolver essas questões. Nesse sentido a Lei (8.842) foi um avanço para os direitos sociais dos idosos garantindo-lhes autonomia e cidadania, porém há erros na sua aplicação principalmente no que se refere aos programas e projetos de amparo à terceira idade que são implantados sem articulação dos órgãos de educação, da assistência social e da saúde. A iniciativa privada também pode apoiar a causa dos idosos um bom exemplo é o projeto do Grupo Santander junto com o Instituto Votorantim que oferecem apoio financeiro e consultoria a projetos de instituições que atuam junto à população idosa. E finalmente, com as informações obtidas na pesquisa pretende-se contribuir para a reflexão sobre o bem estar social dos idosos.

Palavras chaves: Idosos; Instituição de Longa Permanência para Idosos; Centro de Convivência Dia.

Abstract

This study aims to compare the behavioral aspects resulting from the activities offered to seniors living in three institutions of Long Term Elderly - NHs and Family Center Day all belonging to private initiative and are located in the city of Joinville SC. The research aims to investigate: the motives that led the elderly to adopt this new way of living, as they are experiencing this change in environment and assess the degree of satisfaction of the elderly within the institution in which they live. It was carried out from February to April 2011 with participation of 63 elderly residents in LTCFs and 60 seniors enrolled in the Family Center Day. It was found that the male population is higher in NHs and women are in the majority Day Living Center in general had primary level of education, low income and health problems of greatest relevance is hypertension. The NHs face difficulties in adjusting their physical structures and skills of its workforce in order to provide quality services to the elderly. Moreover, the structures of the Day Family Center, have good structure both physically and continue to promote service improvement, which generates a high degree of satisfaction of its patrons. Given the longevity and the consequent growth of the elderly population in Brazil and considerations about the problems arising from vulnerability to disease of the elderly and their greater difficulty of recovery sought to know how the country and society in general is prepared to resolve these issues. In this sense the Law (8842) was a breakthrough for the social rights of elderly guaranteeing them autonomy and citizenship, but there are errors in their application mainly in relation to programs and projects that support seniors are deployed without coordination bodies education, social care and health. The private sector can also support the cause of the elderly is a good example of the project along with the Santander Group Votorantim Institute offering financial support and expertise to projects from institutions that work with the elderly population. And finally, with the information obtained in the survey is intended to contribute to the debate about the welfare of the elderly.

Keyword: Elderly, Long Stay Institution for Aged; Living Center Day.

INTRODUÇÃO

O rápido crescimento mundial da população idosa, devido à ampliação da expectativa de vida, levou a alteração do perfil da saúde para esse segmento etário. Os grandes problemas estão relacionados à manutenção da autonomia, a dignidade dos idosos saudáveis e as obrigações para com os indivíduos que necessitam cuidados em longo prazo.

De acordo com Veras e Camargo Jr. (1995), o envelhecimento é uma aspiração natural de qualquer sociedade. Zimmerman (2000) considera que quanto mais idoso o indivíduo for, mais vulnerável ficará e quando adoecer levará mais tempo para se recuperar; isso significa que necessitará de maiores cuidados para obter modos de viver mais saudáveis e diminuição do grau de dependência.

Do ponto de vista da bioética, Agich (2008) acrescenta que indivíduos autônomos são os que mantêm a sua independência e a livre escolha racional, ao passo que os indivíduos vulneráveis necessitam de cuidados de longo prazo.

Considerada a faixa etária que mais cresce no Brasil, a população idosa segundo Coutinho (2010) representa um grande potencial de consumo de bens e serviços, tornando-se assim, um importante seguimento para a economia atual. Porém, esse crescimento também é motivo de grandes preocupações no que se refere ao atendimento das suas necessidades básicas com o desenvolvimento de políticas específicas que visem o seu bem estar físico, social, econômico e psicológico.

A legislação brasileira tem avançado no sentido de criar normas para garantir os direitos sociais dos idosos garantindo autonomia, integração e participação efetiva como instrumento de cidadania, no entanto de acordo com (Vogt 2002) ainda existem dificuldades na aplicação das leis. Nesse sentido, na visão de Kanso e Camarano (2010) um dos grandes problemas é que a legislação responsabiliza unicamente as famílias como cuidadora dos idosos dependentes, sendo que essa atribuição deveria ser partilhada com o Estado e a iniciativa privada. Dessa forma,

as ILPIs e outras modalidades de atendimento a idosos serviriam como alternativas desde que assistidas pelo Estado ou por empresas particulares.

As questões relacionadas ao grau de dependência, Cantera (2000) destaca dois grupos distintos: os idosos saudáveis são as pessoas cujas características físicas, funcionais, mentais e sociais estão de acordo com sua idade cronológica; idosos enfermos, aqueles que apresentam alguma enfermidade agudas ou crônicas, em diversos graus de comprometimento, no geral, não invalidantes, mas não enquadráveis na classificação de pacientes.

Com base nessas considerações e para conhecer as reais condições de vida dos idosos foi desenvolvido um trabalho de pesquisa em três Instituições de Longa Permanência para Idosos ILPIs e um Centro de Convivência Dia localizados na cidade de Joinville SC. Esses resultados e discussões visam avaliar o grau de satisfação dos idosos que convivem em cada uma dessas instituições; possibilitando também fornecer informações para propor melhorias dos sistemas pesquisados para alcançar a qualidade de vida desejada por eles.

Esse estudo está disposto da seguinte forma: revisão da literatura relacionada ao tema, dando especial atenção ao entendimento do que é ser idoso e todas as consequências decorrentes no processo de envelhecimento, questões legislativas, formas de convivência, patologias, alimentação, comportamento, fatores psicológicos e a ética. Os resultados estão expressos em tabelas com comentários destacando-se as informações que possam contribuir para a melhoria do sistema atual.

1 REVISÃO DA LITERATURA

1.1 O idoso

O idoso é também conhecido como velho e pessoa da terceira idade. Normalmente o termo idoso é definido posicionando o indivíduo numa determinada faixa etária, porém muitos outros fatores concorrem para que essa denominação tenha sua real abrangência.

Para a Organização Mundial da Saúde – OMS o idoso é uma pessoa que ultrapassou os 65 anos de vida. A faixa etária é certamente uma condição necessária, porém insuficiente para caracterizar o idoso de uma forma adequada, tendo em vista a sua plena integração no meio social atual, seu comportamento e suas ações (SILVA, 2006).

Segundo Caetano (2002), na legislação brasileira há uma controvérsia quanto à identificação do idoso. O autor afirma que a Constituição Federal menciona o limite de 65 anos, na Política Nacional do Idoso esse limite é de 60 anos e o Código Penal estabelece a idade de 70 anos.

De acordo com o Estatuto dos Idosos 2003, os idosos brasileiros são pessoas que têm 60 anos ou mais (CARVALHO, 2006).

Em complemento, à literatura gerontológica Cantera (2000) e Carvalho (2006), trazem definições específicas, a partir do agrupamento de diversas situações de saúde e patologia. Idosos saudáveis são pessoas cujas características físicas, funcionais, mentais e sociais estão de acordo com sua idade cronológica. Idosos enfermos são aqueles que apresentam algumas enfermidades agudas ou crônicas, em diversos graus de comprometimento, no geral não invalidantes, mas não enquadráveis na classificação de pacientes geriátricos. Idosos frágeis ou de alto risco são pessoas com idade mais avançada e condições clínicas e mentais instáveis.

Para Paschoal (2002) as pessoas não se preparam para a aposentadoria. Há uma negação do próprio envelhecimento, uma recusa a pensá-lo ou planejá-lo. Uma

forte razão para esta recusa é a imagem negativa e pejorativa associada a velho/velhice. Velho é traste, problema, ônus, inutilidade. Velhice é doença, incapacidade, dependência, perda, impotência. Velho é uma pessoa que atrapalha as outras, alguém que perdeu o direito à dignidade, à sobrevivência, e à cidadania.

Segundo Zimerman (2000), idoso é aquele que tem diversas idades, a idade do seu corpo, da sua história genética, da sua parte psicológica e da sua ligação com sua sociedade. É a mesma pessoa que sempre foi; ou seja, se foi um batalhador, vai continuar batalhando; se foi uma pessoa alegre, vai continuar alegrando; se foi uma pessoa insatisfeita, vai continuar insatisfeita; se foi ranzinza, vai continuar ranzinza. O idoso é uma pessoa que tem mais experiência, mais vivência, mais anos de vida, mais doenças crônicas, mais perdas, sofrem mais preconceitos e tem mais tempo disponível.

No momento em que o idoso utiliza mais a sua experiência, a sua vivência adquirida ao longo da vida, aprende a conviver com suas doenças crônicas e próprias da idade, elabora suas perdas, não esquecendo seus ganhos; dribla os preconceitos e aprende a utilizar seu tempo (ZIMERMAN, 2000).

Porém, numa visão mais avançada, pode-se conceituar o idoso atual como um elemento ativo e gerador de perspectivas no cenário econômico nacional. Segundo Coutinho (2010), os idosos têm um potencial de consumo da ordem de 7,5 bilhões, o dobro da média nacional e, ao contrário do que se pensa, não são nada conservadores no seu hábito de consumo.

Os idosos representam a faixa etária que mais cresce no país e desponta um novo filão para empresas de produtos e serviços, pois 80% desse grupo recebem pensões e aposentadorias, sem contar com rendas geradas pelo trabalho, investimentos em bens e capitais (COUTINHO, 2010).

Dados recentes da Fundação Instituto de Administração – FIA (2010), revelam que a expectativa de vida no Brasil subiu de 63 anos na década de 80 para 72 anos e hoje eles já representam 20% da população economicamente ativa. Sendo que algumas iniciativas, tais como: filias preferenciais em bancos; pacotes de turismo especiais para a terceira idade; profissionais especializados nas instituições de ensino; nos pontos de venda e nos programas de fidelização já é o início da nova

estratégia de marketing para atender, de forma adequada, esse cliente que gosta de ser reconhecido como bom cliente.

Um novo paradigma é a opinião de Varella e Jardim (2009, p.11) referindo-se ao idoso atual:

No passado, o envelhecimento estava associado à aposentadoria, doença e dependência. Hoje está associado à atividade física e trabalho. Com suas aposentadorias ou com o trabalho muitas vezes informal com que contribuem para complementar a renda familiar, assim como com a ajuda que prestam na criação dos netos, os mais velhos têm desempenhado importante papel na sociedade moderna.

1.2 O processo de envelhecimento

O envelhecimento é uma fase da vida com suas características próprias e interesses específicos da fase, não deixando de carregar consigo as necessidades básicas e psicológicas da vida humana, que são: necessidades físicas, alimentação, sono, amor, segurança, autoaceitação, realização e agregação (SICURO; BREYER, 1990).

Sicuro; Breyer (1990) expressam que o envelhecimento é uma fase que o organismo está mais delicado, mais frágil, mas isso não significa que velhice é doença. O organismo nessa faixa etária necessita manter-se ativo; não se pode pensar que velhice é a fase para ficar parado.

A velhice é um julgamento social, pois ser idoso é muitas vezes ser considerado velho pelos outros. Existem idosos de todos os tipos e a maneira como lidam com sua velhice depende principalmente de sua educação, religião, identidade étnica ou nacional e de sua família, de suas ocupações passadas ou presentes, de seus campos de interesse e de vários outros fatos. O envelhecimento deveria ser encarado como mais uma etapa da vida, etapa que pode e deve ser significativa (SKINNER; VAUGHAN, 1985, MOREIRA, 1996, PASCHOAL, 2002).

O envelhecimento da população é uma aspiração natural de qualquer sociedade, por isso é de suma importância almejar uma melhoria da qualidade de vida daqueles que já envelheceram ou que estão em situação do processo de envelhecimento (VERAS; CAMARGO Jr., 1995).

Ao envelhecermos surgem alterações físicas, psicológicas e sociais, tais modificações são naturais e gradativas. É importante salientar que essas transformações são gerais, podendo-se verificar em idade mais precoce ou mais avançada, em maior ou menor grau, isso de acordo com as características genéticas de cada indivíduo e, principalmente, com o modo de vida de cada pessoa (ZIMERMAN, 2000)

A alimentação adequada, a prática de exercícios físicos, a exposição moderada ao sol, a estimulação mental, o controle do estresse, o apoio psicológico, a atitude positiva perante a vida são alguns fatores que podem retardar ou minimizar os efeitos da passagem do tempo (ZIMERMAN, 2000).

Com o envelhecimento acontecem as modificações externas e internas. Nas externas acontecem as seguintes modificações: as bochechas enrugam e embolsam, aparecem manchas escuras na pele (manchas senis), a produção de células novas diminui, a pele perde o tônus e fica flácida, podem surgir verrugas, o nariz alarga-se, os olhos ficam mais úmidos, há um aumento na quantidade de pelos nas orelhas e no nariz, os ombros ficam mais arredondados, as veias destacam-se sob a pele dos membros, há modificações na coluna vertebral e diminuição de estatura pelo desgaste das vértebras (ZIMERMAN, 2000).

Quanto às modificações internas ocorre o endurecimento dos ossos, os órgãos internos atrofiam reduzindo seu funcionamento, o cérebro perde neurônios e atrofia tornando-se menos eficiente, o metabolismo fica mais lento, a digestão fica mais difícil, a insônia aumenta assim como a fadiga durante o dia, a visão de perto piora devido à falta de flexibilidade do cristalino, a perda de transparência (catarata) se não operada pode provocar cegueira; as células responsáveis pela propagação dos sons no ouvido interno e pela estimulação dos nervos auditivos degeneram-se, o endurecimento das artérias e seu entupimento provocam arteriosclerose e o olfato e o paladar diminuem (ZIMERMAN, 2000).

O desgaste é inevitável com o passar dos anos. Sabe-se que o envelhecimento não é uma doença, mas sim uma fase na qual o ser humano fica mais suscetível à doença. É uma época na qual as pessoas adoecem mais rapidamente (aliás, costuma-se dizer que o idoso é como um vaso de cristal, qualquer coisa trinca) e, quando adoecem, demoram mais tempo para se recuperar (ZIMERMAN, 2000).

Segundo Berkenbrock (2006), quanto mais idoso o indivíduo for, estará por mais tempo exposto a fatores externos ambientais e comportamentais causadores de doenças.

Baseado na prática cotidiana da geriatria, na vivência em órgãos públicos e organizações não governamentais relacionadas, Silva (2006) aborda dois aspectos interessantes do envelhecimento, um é bem evidente e inevitável que é a degenerescência das células (estado físico), o outro é a degenerescência do espírito (estado psíquico), cujo agravamento depende das características de cada indivíduo.

Quanto ao estado de espírito, Silva (2006) classifica o envelhecimento em idoso e velho: o idoso como uma pessoa que tem a felicidade de viver uma vida longa e produtiva, sendo uma ponte entre o passado e o presente e se renova a cada passo para conviver com a juventude atual. Por outro lado, denomina de velho aquele que tem carregado o peso dos anos e em vez de transmitir experiência às gerações vindouras, transmite pessimismo e desilusão, dificultando seu relacionamento com o mundo atual.

Sob a óptica gerontológica, que trata do envelhecimento em todas as suas dimensões, Carvalho Filho e Alencar (2000) dizem que o envelhecimento pode ser conceituado como um processo dinâmico e progressivo onde há modificações tanto morfológicas quanto funcionais, bioquímicas e psicológicas que determinam progressiva perda de capacidade de adaptação ao meio ambiente, ocasionando maior vulnerabilidade e maior incidência de processos patológicos que terminam por levar a morte.

Varella e Jardim (2009, p.13) interpretam o envelhecimento de duas formas, a primeira, como um processo biológico e a segunda, uma forma de vivência:

Intuitivamente, associamos o envelhecimento à perda de função celular; entretanto, o que de fato ocorre no início do processo é uma perda gradual da reserva funcional. Diversos fatores contribuem acúmulos de danos infringidos às células ao longo do tempo, fatores genéticos e ambientais.

Entretanto, Vieira (2004) interpreta a velhice no seu estado natural como sendo uma fase de continuação da vida, pejorativamente encarada como uma fase

de doenças, deteriorações e rabugices. Esse autor não considera o envelhecimento como uma doença, assim sendo não pode ser tratada e nem curada e dessa forma quando se trata da cura de um idoso é porque ele está doente e não porque está velho.

Do ponto de vista globalizado a velhice e o envelhecimento são interpretados por Papaléo Netto e Ponte (2002) de duas formas distintas: o envelhecimento comum e o envelhecimento bem sucedido ou saudável. No primeiro caso, o ritmo de declínio das funções orgânicas, que varia de um órgão para outro como também entre indivíduos de mesma idade (processo intrínseco), pode ser intensificado por fatores tais como: tipos de dieta, meio ambiente, composição corpórea, causas profissionais, etc. (processo extrínseco). No processo de envelhecimento bem sucedido ou saudável, os fatores extrínsecos não estão presentes ou seriam de pequena importância. O grande desafio é saber o quanto o processo extrínseco pode influenciar nessa disparidade de efeitos.

Com relação aos processos intrínseco e extrínseco e suas respectivas influências no envelhecimento do ser humano, Carvalho Filho e Alencar (2000) fazem as seguintes considerações:

No processo intrínseco determinado por fatores tais como genético, radicais livres, imunidades celulares e humoral, ligações cruzadas e ADN-Histoma apresentam teorias interessantes, porém carecem de provas definitivas, pois podem ser apenas consequências e não causas do envelhecimento.

Para Carvalho Filho e Alencar (2000) apesar da complexidade da avaliação da herança genética, acredita-se que cada espécie de ser vivo apresente uma duração máxima de vida que seria determinada pelo seu padrão genético. No homem, principalmente neste início de século, os processos tecnológicos, a melhora das condições socioeconômicas e, fundamentalmente os avanços da medicina tem influenciado e prolongado a expectativa média de vida, que nos países mais desenvolvidos já atinge os 80 anos de idade. No entanto, a duração máxima da vida humana permanece a mesma, ao redor dos 110 a 115 anos, o que demonstra que isso tudo não influencia no processo do envelhecimento e que é somente capaz de proteger a população da morte prematura.

Ainda, para Carvalho Filho e Alencar (2000) a teoria que procura explicar os fenômenos do envelhecimento através dos radicais livres demonstra que esses provocam alterações orgânicas devido a reações com enzimas, lipídeos, colágeno, hormônio e também com o ADN e ARN. Em consequência dessas reações, ocorrem alterações celulares, teciduais e também genéticas que estão relacionadas com o processo do envelhecimento.

A atividade imunológica, assim como a maior parte das funções fisiológicas, declina com a idade, constituindo-se em base teórica para explicar o processo do envelhecimento. Por outro lado, a maior incidência de doenças infecciosas, neoplásticas e vasculares em pessoas idosas têm sido associadas às alterações das imunidades celular e humoral nessa faixa etária.

Na medida em que o indivíduo envelhece, mais colágeno é formado, surgindo ligações cruzadas entre as macromoléculas que tornam a estrutura mais resistente e quase inflexível. Também os processos de difusão são alterados modificando a permeabilidade dos vasos sanguíneos, resultando na menor eficiência na passagem dos nutrientes e metabólicos entre as células e os vasos sanguíneos, isso significa estado precário da função celular.

No envelhecimento, as uniões ADN-histoma seriam mais estáveis, determinando modificações em algumas propriedades físico-químicas do ADN e causando alterações na transcrição. Estas alterações na expressão do gen seriam responsáveis pelas modificações da síntese proteica.

Nos processos extrínsecos segundo Carvalho Filho e Alencar (2000) são difíceis avaliar o real valor do fator ambiental no envelhecimento uma vez que os dados obtidos em laboratórios não são observados no homem, tais como:

- O efeito da radiação deve ser analisado sob vários aspectos tais como: idade que ocorreu a radiação, a quantidade recebida, o tempo e o número de exposições. Conclui-se que indivíduos sujeitos a longos períodos de radiação apresentam maior incidência de processos neoplásticos que podem antecipar a morte não o envelhecimento precoce.

- Admite-se que os efeitos adversos da altitude elevada, nos idosos, particularmente naqueles portadores de doença pulmonar ou cardíaca, determinam sua migração para locais com altitudes mais baixa, mas não no envelhecimento.
- A contaminação do ar pelo monóxido de carbono, bastante intenso nos grandes centros urbanos, é uma causa de maior incidência de doenças pulmonares crônicas que aumenta o índice de mortalidade precoce por problemas respiratórios. Contudo não parece intervir no envelhecimento propriamente dito.
- Investigações têm demonstrado que o fator alimentar pode, em certos casos, afetar o processo do envelhecimento. Estudos em animais demonstram que a chamada restrição calórica dietética pode produzir efeito no retardo do envelhecimento e no aumento da sobrevida. No homem não há provas que efeitos comparáveis possam ser obtidos, entretanto sabe-se que indivíduos mal alimentados na sua fase de infância estão sujeitos ao envelhecimento precoce.
- A tensão emocional é responsabilizada pela maior incidência de diversas infecções como a aterosclerose, porém discute-se sua influencia no processo do envelhecimento.

Para Olszewer e Olszewer (2005) as teorias que tratam o envelhecimento com base científica ainda são complexas, confusas e não explicam o fenômeno do envelhecimento e a inter-relação delas entre si, mas permitem uma melhor compreensão sobre o assunto. Para esses autores o processo do envelhecimento é palpável, visível e possível de ser estudado, não no sentido da imortalidade, mas para dar qualidade de vida na velhice.

Teixeira e Guariento (2008. p. 11) fazem a seguinte colocação sobre essa questão:

O envelhecimento acontece de maneira diferente em cada um de nós. Algumas pessoas têm limitações que dificultam a realização das atividades diárias e outras conseguem praticar exercícios físicos e trabalhar mais do que alguns jovens. Alguns idosos queixam-se de falta de apetite e desânimo, enquanto outros reclamam de ganho de peso.

Também das referidas autoras, a frase “Você é o membro mais importante da equipe que cuida de sua saúde” leva ao entendimento de que cada um sabe o

momento quando as mudanças decorrentes do processo do envelhecimento começam a prejudicar a qualidade da sua vida. Então, é o momento de pedir ajuda e orientação a profissionais qualificados para atender as suas necessidades.

1.3 Mudanças decorrentes do envelhecimento

Ao longo da sua existência, o ser humano inevitavelmente está sujeito a mudanças de todas as ordens e de diferentes intensidades e que requerem constantes adaptações.

Certamente, os reflexos dos erros ou acertos ficam mais evidentes na medida em que envelhece, quando as mudanças são mais significativas nos plano pessoal e social.

Nunes (2003, p. 15) lembra que o envelhecimento é um processo lento, pois ninguém envelhece do dia para a noite. O autor reflete:

Percorrer dia a dia o trajeto de nossa vida nos permite uma adaptação gradual às mudanças decorrentes do passar do tempo. Como essas mudanças ocorrem de forma contínua, é necessário adaptar-se a elas durante toda a vida.

Em função disso, é importante a avaliação que cada um faz de si mesmo em relação a outras pessoas e com a sua ocupação.

Adaptar-se não significa manter uma atitude resignada e passiva, achar que as coisas são assim mesmo e que a velhice significa decadência e sofrimento ou pensar que a capacidade de resolver problemas simplesmente acabou e por isso não adianta continuar lutando. Ao contrário disso, adaptar-se às diversas circunstâncias ou situações da vida, sejam positivas ou negativas, significa escolher uma resposta que ajude a preservar a harmonia e viver em equilíbrio quando as condições mudam. Alguns eventos citados pelo autor podem proporcionar uma sugestão mais clara de adaptação às mudanças. O envelhecimento biológico é um processo inevitável, porém, pode ser adiado através dos cuidados com a saúde, a higiene, a alimentação, a prática de exercícios físicos e evitar o sedentarismo.

Também a ociosidade, o tempo livre deve ser ocupado com atividades gratificantes como brincar com os netos, passear, viajar, dar conselhos aos mais jovens, participar de centros de terceira idade, praticar atividades físicas, artísticas, culturais e tantas outras.

Portanto, é necessário que o idoso se sinta capaz e que a sociedade lhe permita expressar-se completamente e proporcione condição financeira suficiente para o acesso aos recursos que precisa, seja qual for a sua forma de convivência.

Com a finalidade de investigar a percepção das mulheres com mais de 60 anos quanto aos aspectos físico, psicológico e social, Olino (2006, p.11) chegou às seguintes conclusões:

(...) alguns dados interessantes foram levantados e parecem apontar para mudanças no estilo de vida que têm ocorrido nos últimos anos, com os idosos: 80% das entrevistadas estavam engajadas em algum programa de atividade física, como caminhadas regulares, hidroginástica ou dança de salão.

Do ponto de vista psicológico, 63% delas disseram perceber o envelhecimento com sentimentos de naturalidade, não de tristeza ou qualquer outro sentimento de conotação negativa, mesmo numa sociedade onde a aparência e o vigor físico são tão valorizados.

Os problemas de saúde aparecem como a maior preocupação e também como a mudança mais difícil de ser enfrentada, isso porque muitas delas apresentavam mais de uma doença.

O autor reconhece, porém, que a condição socioeconômica privilegiada das entrevistadas influenciou no resultado da pesquisa; mas lembra de que as condições financeiras e sociais boas ou ruins influenciam no estilo de vida não só dos grupos de pessoas, mas também da população como um todo.

Para González e Brenes (2005), os quais referenciam Ferricgla (2002) Scott e Wenger (1996) *apud* Lafin (2009, p 19- 21), a família nuclear trouxe uma nova realidade na qual o idoso passa a ser excluído e quando participa seu papel é subalterno. Sobreviver a essas relações depende de diversos fatores:

Gênero: As mulheres mantêm muito mais relações sociais que os homens, pois elas tiveram uma vida cheia de mediações [...] as amizades alternam-se no transcurso da vida.

A residência, para o idoso, é muito importante, pois é nela que se resumirá seu ambiente pessoal quando ele vai deixando de ser

autônomo. [...] quanto mais reduzido o ambiente em que ele vive, mais difícil fica sua convivência com os familiares.

Escolaridade: Quanto maior a escolaridade, maiores as possibilidades de desenvolver atividades variadas e, portanto, maiores possibilidades de relacionamentos intra e extrafamiliares.

Contexto Social: [...] as mulheres participam mais do que os homens nas atividades nas quais seu relacionamento é favorecido. Os homens são mais resistentes à participação em grupos.

Tradição Cultural: A tradição tem atribuído mais à mulher o papel de cuidadora [...] isso faz com que elas cuidem dos velhos e as mulheres de meia-idade cuidem das mais velhas.

História Pessoal: O envelhecimento é um processo individual que condiciona a rede de relações vividas pelo idoso. Muito do que ocorre relaciona-se à vida anterior e intensifica-se na velhice. Isso ocorre tanto nos aspectos positivos como negativos.

Saúde Física e Mental: O estado de saúde física e mental tem um papel importante no relacionamento do idoso [...] a realidade estressante leva as rejeições e violências, como também à infantilização do idoso pela superproteção.

Na descrição desses fatores observa-se uma grande dificuldade para os idosos aceitarem mudanças, porém, uma nítida tendência dos homens para o conservadorismo enquanto que as mulheres têm mais facilidades nos relacionamentos tanto interno quanto externo à família.

1.4 Brasil: A legislação em benefício do idoso.

As formas de interpretação do conceito de direitos têm-se caracterizado por uma maior abrangência dos benefícios que as leis possam proporcionar aos indivíduos de distintos grupamentos sociais.

Nesse sentido, Macedo e Jorge (2010, p. XV) afirmam:

O avanço dos direitos do homem em direção à universalização adquire destarte outro sentido, qual seja o da especialização. Crianças, mulheres e idosos, dentre outros grupos, passam a receber do Estado um tratamento diferenciado, a sugerir sua preocupação com a liberdade da necessidade.

A Organização Mundial da Saúde – OMS tem seu propósito primordial à consecução, por parte de todos os povos, dos mais altos padrões de saúde possíveis. A OMS proporciona a cooperação técnica a seus membros na luta contra

doenças e em favor do saneamento, da saúde familiar, da capacitação de trabalhadores na área de saúde, do fortalecimento dos serviços médicos, da formulação de políticas de medicamentos e pesquisa biomédica. A Organização Pan-americana da Saúde – OPAS é o braço nas Américas da OMS e trabalha em conjunto com os governos da região. A sede da OMS fica em Genebra, na Suíça.

Além disso, nos “Cadernos de Atenção Básica”, Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa (2007, p.11) do Ministério da Saúde, declara:

No final da década de 90, a Organização Mundial da Saúde (OMS) passou a utilizar o conceito de “envelhecimento ativo” buscando incluir, além dos cuidados com a saúde, outros fatores que afetam o envelhecimento. Pode ser compreendido como o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas. (...) Essas políticas visam modos de viver mais saudáveis e seguros, favorecendo a prática de atividades físicas no cotidiano e no lazer, a prevenção à situação de violência familiar urbana, acesso a alimentos mais saudáveis e à redução do consumo de tabaco, entre outros.

No Brasil, que é membro permanente da OMS, a política pública da dimensão dos direitos do idoso, apesar de todas as suas dificuldades, tem como meta a garantia da integração dessa faixa etária no meio social.

De forma simplificada, Vogt (2002) em seu artigo “A Política Nacional do idoso: um Brasil para todas as idades” resume as conquistas dos idosos em termos legislativos tem um longo caminho a percorrer com dificuldades na aplicação das leis. A Constituição Federal de 1988 fez com que a rede de proteção social alterasse o seu enfoque estritamente assistencialista, passando a ter uma conotação ampliada de cidadania. Complementando, Braga (2005) apud Cielo e Vaz (2009) enfatizou: inaugurou-se, assim, por parte dos idosos, uma notória atitude de organização e reivindicação de direitos, que foi amplamente divulgada pelos meios de comunicação e que lhes deu visibilidade social.

Moraes (2007) apud Cielo e Vaz (2009) acrescentam que o reconhecimento a aqueles que construíram com amor, trabalho e esperança a história do país tem um efeito multiplicador de cidadania, instruindo as gerações futuras para a importância permanente do respeito aos direitos essenciais desde o nascimento até a terceira idade.

Vogt (2002) descreve que embora ainda faltem algumas medidas, a Lei (8.842/94) criou normas para os direitos sociais aos idosos, garantindo-lhes autonomia, integração e participação efetiva como instrumento de cidadania. Essa lei foi reivindicada pela sociedade com participação dos estados, idosos ativos, aposentados, professores universitários, profissionais de geriatria e gerontologia e várias entidades representativas desse segmento. É importante lembrar que no seu artigo 4º essa Lei prevê a capacitação e a reciclagem dos recursos humanos nas áreas de geriatria e gerontologia e na prestação de serviços.

Entretanto, por diversos fatores essa legislação não tem sido efetivamente aplicada Vogt (2002). Na opinião de muitos juristas, a dificuldade de aplicação do que está disposto na lei está na superposição desarticulada de programas e projetos voltados para o mesmo público. Cita como exemplo a ação pública na área de amparo à terceira idade que pela falta de intersectoriedade, os idosos muitas vezes são vítimas de projetos implantados sem qualquer articulação pelos órgãos de educação, de assistência social e de saúde.

Interpretando o Artigo 45 do Capítulo II das medidas específicas de proteção do Estatuto do Idoso (2009), conclui-se que cabe ao Ministério Público e ao Poder Judiciário tomar as medidas de proteção ao idoso dando agilidade aos processos que ameacem ou violem os direitos do idoso.

Nesse sentido, Vogt (2002) faz duas colocações:

As ações do Ministério Público são dificultadas pela ausência da especificação da lei para criminalizar a discriminação, o preconceito, o abandono e outras condutas ofensivas; falta também uma regulamentação criteriosa sobre o funcionamento de ILPIs e o que essas instituições devem disponibilizar para sua clientela, quem deve fiscalizar e qual a punição para os infratores.

O grande problema da legislação é que a definição de idoso para fins de proteção evidencia, como expressado anteriormente, as seguintes controvérsias: a Constituição Federal refere o limite de 65 anos, mas na Política Nacional do Idoso esse limite é de 60 anos e o nosso Código Penal, cita a idade de 70 anos (Caetano, 2002).

Outra conquista também importante, segundo Macedo e Jorge (2010), foi o Estatuto do Idoso, instituído pela Lei 10.741/2003, que garante às pessoas com idade igual ou superior a 60 anos todas as oportunidades e facilidades para preservação de sua saúde física e mental. No seu artigo 3º, prevê que não compete exclusivamente ao Poder Público programar as políticas públicas de inserção e proteção social da pessoa idosa, mas sim, deve concorrer para tal desígnio a família, a comunidade e a sociedade.

De acordo com informações contidas no Estatuto do Idoso (2009), o Conselho Municipal dos Direitos do Idoso de Joinville – COMDI foi criado em 2003 como órgão fiscalizador da política do idoso de Joinville, vinculado a Secretaria de Assistência Social. É composto por 48 membros, indicados pelo governo municipal e pela sociedade civil organizada em fórum próprio. A Lei Municipal, Lei 6.588/2009, que alterou e consolidou a Lei 4.733/2003 criou o referido Conselho.

Um grande apoio nas regulamentações e fiscalização dos direitos do idoso é o Regulamento Técnico da ANVISA nº. 283/2005 que garante a prevenção e redução dos riscos à saúde aos quais ficam expostos os idosos residentes em instituições de Longa Permanência; cuja aplicação compete a Divisão de Estabelecimentos de Interesse da Saúde da Diretoria de Vigilância Sanitária do Estado de Santa Catarina em conjunto com o Conselho Municipal dos Direitos do Idoso.

Em resumo, a proteção jurídica dos direitos do idoso no Brasil, inicialmente encontra-se consagrada na CRFB/88, bem como na Política Nacional do Idoso (Lei nº 842/94, na Lei Orgânica de Assistência Social (Lei nº 8.742/93), na Política Estadual do Idoso (Lei nº 11.436/00), nas Leis Orgânicas Municipais e, atualmente, no Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741/03), que estabelece prioridade absoluta aos direitos do idoso, dispondo de instrumentos de proteção a estes direitos.

1.5 Formas de convivência do idoso.

É fato comum que o esvaziamento da família se inicia quando os filhos saem para constituir suas próprias famílias ou por exigências do trabalho e torna-se maior

com a perda de um dos cônjuges, chegando ao momento em que o idoso terá que optar por uma nova forma de convivência.

São vários os fatores que devem ser levados em conta ao escolher entre as diversas formas possíveis de convivência do idoso. Normalmente se considera a sua autonomia, ou seja, a capacidade física e mental e a presença de pequenas ou grandes restrições; a sua condição financeira relativa ao suprimento das despesas; questões afetivas relacionadas à família, a capacidade de relacionamentos e a disponibilidade de pessoas ou entidades cuidadores.

1.5.1 Morar sozinho.

Essa é uma forma bastante comum com tendência a aumentar cada vez mais por diversas razões: a viuvez, o divórcio, a opção de ficar solteiro, a dedicação ao trabalho e independência financeira.

Quando a pessoa goza de boa saúde, tem autonomia para realizar suas atividades diárias e geralmente sente a necessidade de viver sozinha em sua casa, Nunes (2003) aconselha a não intervenção na sua independência, mesmo como atitude protecionista.

Neste caso, a grande ajuda dos interessados, além de um relacionamento constante, deve-se voltar para a preparação de um ambiente mais seguro, com cuidados especiais para aqueles que têm dificuldades de locomoção ou perda de memória.

Alguns exemplos de ações simples que podem surtir grande efeito preventivo, tais como:

- Colocar corrimão e tapetes antideslizantes nos banheiros e áreas de maior circulação.
- Instalação de dispositivos detectores de fumaça e incêndio.
- Instalação de sistema de tele alarme ou celular para casos de emergência.

- Telefone com discagem direta para uma ou mais pessoas próximas.
- Sinal luminoso no telefone para deficientes auditivos.
- Manter lanterna na mesa de cabeceira para uso quando acabar a luz.
- Preferir eletrodomésticos que desligam sozinhos.
- Fazer etiquetas para identificar utilidade e horários de tomar remédios.
- Ter um animal de estimação.
- Fazer visitas periódicas.

Principalmente para os idosos que moram sozinhos, Costa e Nunes (2009) acrescentam que na elaboração dos projetos arquitetônicos devem-se considerar alguns elementos que são próprios da idade, tais como perda de agilidade, a teimosia de não querer incomodar os outros, falta de reconhecimento dos seus limites e estresse. Para tanto, os autores citam cuidados especiais com a acessibilidade para a moradia e suas dependências, decoração, iluminação, modelo e arranjo dos móveis, dispositivos (chuveiros, torneiras, trincos, etc.) e utensílios domésticos funcionais.

É de suma importância lembrar que mesmo autônomo e capaz, o idoso necessita de um ambiente apropriado, do relacionamento familiar constante e de boa qualidade. Além disso, a funcionalidade da sua residência deve proporcionar conforto e bem estar.

1.5.2 Morar com os filhos.

Na medida em que os anos vão passando e as pessoas envelhecem, segundo Argimon e Vitola (2009), os idosos passam a lidar com muitas perdas e as relações familiares que oferecem segurança emocional tornam-se essencialmente importantes para uma vida mais tranquila, agradável e satisfatória. A atenção à pessoa idosa pode exigir de seus familiares desde tarefas simples até a dedicação total.

Os autores apontam também que uma das mais temidas perdas pelos idosos é a da sua liberdade e principalmente quando chega à época em que não tem mais condições de morar sozinho e, se ficar doente e talvez inválido, vai necessitar de assistência de uma pessoa. Nesse momento, dois fatores são importantes: de um lado, o idoso terá que aceitar a condição de dependência e, por outro lado, o papel filial aceitando a responsabilidade de cuidar dos pais, respeitando as suas limitações e a sua liberdade.

Argimon e Vitola (2009) salientam que o papel de prestar cuidados ao idoso pela família é uma tarefa pesada com ônus financeiro, físico e emocional que pode gerar conflitos e estresse para quem a executa. Além dos problemas decorrentes da faixa etária, terá que se defrontar com fatores tais como: condições físicas e mentais; sociais; espirituais; aspectos de personalidade; necessidades de se divertir; de se relacionar com outros familiares, de ocupar o seu tempo e assim por diante.

Esses autores enfatizam que é importante que essas pessoas cuidadoras possam prevenir-se para não adoecer em decorrência da sobrecarga. Como prevenção, aconselha-se adotar algumas estratégias que podem ser: dividir as tarefas de cuidados do idoso com outros familiares não havendo sobrecarga; ter momentos de distração, lazer, como passeios, mesmo que breves; sempre que possível buscar ajuda profissional; a religiosidade é fator protetor de enfrentamento do estresse; os relacionamentos francos e transparentes evitam sentimentos de abandono e engano.

De qualquer forma, a família continua sendo o principal suporte às pessoas na terceira idade. É natural que essa convivência cause tensões às regras familiares, pois o idoso terá que se adaptar a nova situação, respeitando o estilo de vida de seus integrantes, para se sentir aceito e querido.

Por outro lado, cuidar de um parente idoso doente pode ser difícil, mas compensa saber que ele está bem tratado.

Na tentativa de mostrar um lado bem mais agradável dessa questão, Nunes (2003) evidencia que o trabalho social que os idosos podem realizar dentro da nova família não tem preço. Cuidar dos netos e das atividades mais simples da casa cria vínculos afetivos mais fortes e podem proporcionar maior tranquilidade para os pais

que trabalham fora. Tarefas como levar os netos à escola e ao parque, ajudar nas tarefas escolares, servir o almoço e o lanche contribuem de forma inestimável tanto para um lado quanto para o outro. Dessa forma, o idoso sente-se valorizado e propicia uma integração relativamente boa com a família acolhedora.

1.5.3 Morar em Instituições de Longa Permanência para Idosos – ILPIs.

A opção por morar em Instituição de Longa Permanência para Idoso, no Brasil, ainda está cercada de muitos problemas que geram uma grande diversidade de opiniões.

Além dos problemas financeiros, morais e afetivos, para muitos especialistas, as questões mais complexas estão ligadas às imagens negativas das origens dessas instituições, no enfoque das políticas públicas excessivamente voltadas para a assistência social. Concorre também a falta de informação e dados referentes à expectativa de crescimento da demanda dessa modalidade de serviço.

A investigação para optar por essa alternativa requer um conhecimento cuidadoso de diversos fatores que envolvem o idoso, a família ou responsável e da instituição pretendida.

O primeiro passo é constatar a impossibilidade de atender as necessidades financeiras, físicas e emocionais dos idosos na sua própria casa ou na casa dos filhos ou parentes; segue-se o conhecimento da qualidade dos serviços prestados pelas instituições e seu comprometimento e obediência às normas que envolvem os direitos constituídos para os idosos.

De acordo com a Segurança Sanitária para ILPI do Estado de Santa Catarina (2009), as Instituições de Longa Permanência para Idosos – ILPIs são instituições de caráter governamentais ou não governamentais, geralmente com caráter residencial, criadas com a finalidade de servir de domicílio coletivo para pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, com ou sem suporte familiar, em condição de liberdade, dignidade e cidadania.

Todas as orientações quanto à regulação, inspeção e funcionamento das ILPIs no Estado de Santa Catarina estão contidas no referido manual (Segurança Sanitária para Instituições de Longa Permanência para Idosos do Estado de Santa Catarina, 2009), que foi elaborado em conformidade com a Lei Estadual 6.320/1083 e as Leis Federais: Lei 8.842, Lei 10.741/2003 e outras complementares, bem como a RDC ANVISA 283/2005; esse documento deve estar disponível em todas as Instituições para consulta dos idosos, responsáveis e dos próprios cuidadores em todos os níveis.

Assim como as nomenclaturas foram evoluindo, as estruturas e serviços aí oferecidos também evoluíram principalmente para atender as classes sociais de maior poder econômico.

Na opinião das pesquisadoras Camarano e Kanso (2010), a denominação de Instituição de Longa Permanência para Idoso, proposta pela Associação Brasileira de Geriatria e Gerontologia associada à ideia de integração da rede de assistência social com a rede de assistência da saúde e criando, assim, uma função híbrida, é uma boa tentativa para afastamento da imagem discriminatória dessas instituições e um avanço na qualidade de atendimento. A partir daí, os autores propõem a seguinte definição:

Sumarizando, entende-se ILPI como uma residência coletiva, que atende tanto idosos independentes em situação de carência de renda e/ou de família quanto aqueles com dificuldades para o desempenho das atividades diárias, que necessitem de cuidados prolongados (CAMARANO e KANSO, p. 234, 2010).

Hoje é comum encontrar residenciais bem estruturados e que oferecem atendimento permanente, temporário ou misto. Há ressalvas especiais para a convivência de idosos saudáveis com idosos com demência ou estado muito precário de saúde em modalidade de atendimentos mistos. Na opinião dos autores essa convivência pode provocar mudanças de comportamento ou estados de depressão aos idosos saudáveis.

A situação atual das instituições que cuidam de idosos no contexto nacional e local segundo pesquisa do Instituto de Pesquisa Aplicada - IPEA (2007 a 2009) investigando as suas diversas modalidades apresenta-se da seguinte forma:

- A maioria delas (65,2%) é mantida por instituições filantrópicas, 6,6% são públicas com predominância dos municípios e as restantes são privadas com fins lucrativos e são as que mais crescem e se modernizam de 2000 a 2009 o crescimento foi 57,8%%, apontando assim, para um novo perfil das instituições.
- As ILPIs são pequenas, em média abrigam cerca de 30 residentes e estão trabalhando em plena capacidade, já que, dos 109.447 leitos existentes, 91,6% estavam ocupados.
- O custo de uma instituição é muito afetado pela sua natureza jurídica e pela oferta de serviços. O certificado de filantropia assegura às instituições isenções de taxas e de alguns impostos, maiores chances de receber doações e a contarem com pessoal voluntário e/ou cedido pelo Estado.
- As instituições brasileiras são custeadas principalmente por recursos aportados pelos residentes e/ou familiares. Aproximadamente 57% das receitas provêm da mensalidade paga por esses. Financiamento público é a segunda fonte de recursos mais importante, responsável por aproximadamente 20% do total. Além disso, as instituições contam também com recursos próprios, que compõem 12,6% do total do financiamento.

Os aspectos arquitetônicos segundo Terdiman e Machado (2006, p. 50):

(...) para a Terceira Idade torna-se um assunto extremamente importante na conscientização de todos e na futura elaboração de projetos que, independente das habilidades, das condições físicas e da saúde do usuário, vai tornar o espaço prático, seguro e confortável.

Para Costa e Nunes (2009), nem sempre é fácil para o idoso se acostumar com a ideia de mudar de ambiente e principalmente quando tiver que compartilhar e se moldar às novas regras mesmo em condições melhores de cuidados e afetividade. O diálogo é uma forma eficiente de resolver essa questão e, além disso, é importante que o idoso mesmo em ILPIs consiga ter o seu espaço próprio, isso poderá ajudar a sua adaptação ao novo ambiente e minimiza a sensação de perda de privacidade e autodomínio.

Quanto à arquitetura propriamente dita, Costa e Nunes (2009, p.77) afirmam que:

Acessibilidade, tal como definido na norma brasileira (ABNT NBR 9050), é a condição de alcance para a utilização, com segurança e autonomia, de edificações, espaços, mobiliários e equipamentos urbanos [...]. É, também, ampla atendendo as questões residenciais, comerciais e urbanas.

Contudo, antecedem as questões arquitetônicas a reflexão sobre o bem estar tanto do idoso como do familiar ou responsável.

Um dos pontos mais delicado que envolve a decisão de morar em ILPI é o desligamento do idoso do convívio cotidiano da família; de um lado o idoso que ao longo da sua vida ativa procurou construir a sua história embasada na sua cultura, sua crença e forma de convivência pessoal e de repente vê-se diante de uma alternativa diferente do sonho construído. Por sua vez, os familiares sentem-se corresponsáveis pela mudança aflorando os sentimentos e a dúvida que a decisão tomada é realmente a mais correta.

1.5.4 Conviver em Centros de Convivência

Os Centros de Convivências para idosos são modalidades que mais crescem no Brasil, tanto do ponto de vista de incentivos quanto de aceitação. Junto às ações do governo é importante a colaboração de toda a sociedade, uma vez que a terceira idade cada vez mais representa um papel importante no plano econômico, cultural e social.

Descrita na lei 8.842/1994, que regulamenta a Política Nacional do Idoso em setores, como locais destinados à permanência diurna do idoso onde são desenvolvidas atividades físicas, laborativas, recreativas, culturais, associativas e de educação para a cidadania.

Destacando a importância dessa forma de convivência para idosos, Santos (2011, p. 2) argumenta:

Estes Centros são importantíssimos, mormente porque é neles que o idoso tem a possibilidade de encontrar estímulo para uma vida social sadia, desenvolver sua cultura e ter momentos de lazer, melhorando assim sua autoestima e sua melhor aceitação na sociedade. Nestes

locais devem também aprender lições de cidadania, de participação e de como colaborar para o bem comum, aprendendo que para exercê-las não há limite de idade.

Santos (2011) complementa enfatizando que o Poder Público tem a responsabilidade de oferecer condições legais e administrativas e à sociedade, como um todo, cabe o apoio e colaboração para o crescimento em prol do bem comum.

Uma opção importante para o desenvolvimento de locais de convivência para idosos pode ser a participação de grupos empresariais; segundo Ribas Jr. (2011) o Grupo Santander Brasil, com apoio do Instituto Votorantin, reformulou o “Concurso Talentos da Maturidade” na categoria “Programas Exemplares” passando a cumprir não apenas o papel de reconhecer propostas inovadoras elaboradas por instituições que atuam junto à população idosa, mas também de apoiar (financeiramente e por meio de consultoria) a implantação, avaliação e disseminação dessas propostas.

O apoio de consultorias identificadas com os conhecimentos técnico-científicos em gerontologia e outras disciplinas relacionadas garantem a qualidade e a sustentabilidade desses projetos que são elaborados considerando os seguintes seguimentos: idosos vulneráveis; aqueles que necessitam de cuidado ou proteção especial; idosos saudáveis, aqueles que, embora não demonstrem vulnerabilidade física ou mental, necessitam de oportunidades que favoreçam a manutenção da vida ativa e da convivência comunitária, e idosos empreendedores, aqueles que precisam de oportunidade e apoio para exercitar suas capacidades produtivas no mundo do trabalho ou seu protagonismo e criatividade no campo sociocultural, (RIBAS, 2011).

Notadamente, os idosos saudáveis são tipos característicos de atendimento em centros de convivência, os idosos vulneráveis com atendimento em ILPIs e os idosos empreendedores cujo apoio está relacionado em programas de desenvolvimento econômico de autossustentação.

1.6 Saúde do Idoso

O conceito “envelhecimento ativo” criado pela OMS, como anteriormente visto, certamente deu uma nova orientação às políticas públicas da saúde do idoso através do Sistema Único de Saúde - SUS; porém, o tema é muito mais abrangente e requer uma visão dos principais problemas que afetam o indivíduo em função do envelhecimento e as ações propostas pelas comunidades especialistas e envolvidas nesse contexto, observando-se as diferentes formas de promover saúde.

Considerando como inevitável o processo do envelhecimento e que não existe meios para manter as pessoas na plenitude da juventude, Vilela (2007, p. 1) afirma que:

(...) com bom senso, cuidados especiais e disciplina são possíveis mudar o destino irreversível que temos em relação à velhice, tornando a idade madura, ou melhor, idade não um acúmulo de limitações físicas e psíquicas, mas em uma soma de conquistas saudáveis de aprendizado, bem-estar, autoestima e realizações cotidianas que proporcionam prazer à vida.

Reforçando o dito popular “o importante é estar com saúde” e baseada em estudos com idosos que demonstram dar um valor fundamental para a saúde e não necessitar da ajuda de outras pessoas e menor dependência das entidades públicas curativas, Campos (2003, p. 1).

Do ponto de vista de saúde pública, a capacidade funcional surge como um conceito de saúde mais adequado para instrumentar e operacionalizar uma política de atenção à saúde do idoso. Ações preventivas, assistenciais e de reabilitação em saúde, devem objetivar e melhorar a capacidade funcional do idoso, ou no mínimo mantê-la e, sempre que possível, recuperá-la. Um enfoque que transcende o simples diagnóstico e tratamento de doenças específicas.

Tendo em vista a manutenção e a melhoria ao máximo da capacidade funcional dos idosos; bem como a prevenção de doenças e a recuperação dos doentes, Fitzgerald (2008, p. 2) comenta:

No ano seguinte, 2006, o Pacto pela Vida foi proposto pelo Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretários da Saúde e pelo Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde, pactuando-se responsabilidades entre os três gestores do Sistema Único de Saúde no campo da gestão do sistema e da atenção à saúde do idoso. Dentre as ações estratégicas identificados destaca-se como um novo paradigma a mudança no conceito de disponibilizar medicamentos para o da assistência farmacêutica ao idoso, um marco referencial para a atenção á saúde brasileira visando desenvolver ações que qualifiquem o uso de medicamentos por esta população.

Tendo como referência o Pacto pela Vida (2006) e a Saúde da Família (1994), o Caderno de Atenção Básica – Envelhecimento e saúde da pessoa idosa (2007) lançado pelo Ministério da Saúde é um importante veículo de orientação e auxílio para os usuários na prática de ações que atendem principalmente as populações idosas mais carentes.

Nesse sentido, no Caderno de Atenção Básica – Envelhecimento e saúde da pessoa idosa (2007, p.10) encontram-se:

A Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa, também é um instrumento valioso que auxiliará na identificação das pessoas idosas frágeis ou em risco de fragilização. Para os profissionais de saúde, possibilita o planejamento, organização das ações e um melhor acompanhamento do estado de saúde dessa população. Para as pessoas idosas é um instrumento de cidadania, onde terá em mãos informações relevantes para o melhor acompanhamento de sua saúde. A Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa e o Caderno de Atenção Básica Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa representam dois importantes instrumentos de fortalecimento da atenção básica.

Nele consta também que é do gestor municipal a obrigação de garantir a educação permanente e a reprodução do material disponibilizado.

Os estudos sobre a saúde dos idosos devem, em primeiro lugar, avaliar a capacidade de realizar suas atividades diárias. Chaimawicz *et al* (2009, p.49) afirmam:

No campo da gerontologia considera-se fundamental preservar não somente a saúde física e mental dos idosos, mas também a sua capacidade funcional. Doenças crônicas tornam-se mais importantes na medida em que comprometem a independência do idoso, como é o caso da osteoporose, catarata ou sequelas do acidente vascular cerebral.

Especialistas dos serviços de gerontologia alertam para a necessidade do check-up personalizado como forma fundamental para a manutenção da saúde do idoso. Dentro dessa linha de aconselhamento, Jacob-Filho (2010, p.1) afirma:

(...) o envelhecimento é acompanhado, frequentemente, por uma maior possibilidade de aparecimento das doenças crônicas, que podem ser mais facilmente acompanhadas de complicações. “Como tanto essas doenças quanto as complicações associadas costumam provocar menos sintomas e sinais característicos com o avançar da idade, é fundamental que sejam alvo de uma busca ativa para diagnosticá-las precocemente, visando ao seu controle e estabilidade”.

Para evitar que o idoso entre no estado de fragilidade, o autor aponta as principais condições que devem ser avaliadas, que são: cognição e do humor: observamos a memória e a constatação de sintomas depressivos ou ansiosos; equilíbrio e da marcha, ocasionando quedas ou comprometimento muscular; nutrição e da composição corporal: o corpo do idoso precisa de atenção, pois pode refletir em como será a resposta desse indivíduo a uma determinada condição de saúde; autonomia e da independência: alterações de saúde que comprometam a independência do indivíduo em continuar com seus afazeres diários. Além de tudo, isso é de suma importância estar atento principalmente aos potenciais malefícios provocados pelos medicamentos de uso inadequados (JACOB-FILHO, 2010).

No processo de envelhecimento dos tecidos, Varella e Jardim (2009) afirmam que eles não envelhecem na mesma velocidade, pois dependem do uso e das agressões sofridas ao longo dos anos. Enumerando alguns sistemas, faz uma síntese das ações preventivas que possibilitam retardar esse processo e evitar doenças, tais como;

- A pele e seus anexos, as principais recomendações são evitar a excessiva exposição desprotegida à luz solar, à desnutrição, o tabagismo e o alto consumo de bebidas alcoólicas.
- O sangue e o sistema imunológico, a melhor forma de prevenir as alterações do sangue e da imunidade é manter uma dieta equilibrada e saudável, investir em algumas estratégias para evitar infecções (vacinação, cuidados com a higiene e com a saúde bucal, etc.).

- O sistema nervoso (visão, audição, olfato, capacidade de pensar e andar) de uma forma geral cuidados como: as vitaminas C, E e beta caroteno ajudam a prevenir a degeneração macular; lavagem para retirar acúmulo de cera dos ouvidos, evitar a exposição de sons altos; a atividade física e o hábito de promover mudanças é um excelente exercício para o sistema nervoso.
- Sistema cardiovascular, para evitar a aterosclerose e o declínio mais acelerado da função cardíaca, é de suma importância manter uma dieta equilibrada e saudável, realizar exercícios físicos e tratar as doenças que afetam mais diretamente o sistema cardiovascular (hipertensão e diabetes).
- Sistema respiratório, muitas doenças pulmonares obstrutivas crônicas podem ser evitadas com algumas medidas, não exposição a agentes e fumaças tóxicas de qualquer natureza, receber as vacinas da gripe e pneumonia, praticar atividade física, manter dieta saudável ao organismo e evitar desnutrição.
- O aparelho digestivo, é importante uma dieta equilibrada e fracionada, higiene bucal e mastigar corretamente os alimentos.
- Aparelho reprodutor, durante toda a vida a mulher deve manter regularmente o acompanhamento ginecológico e no caso dos homens a disfunção erétil deve ser tratada com especialista cardiológico.
- O sistema urinário, beber líquidos, principalmente água (no mínimo 2 litros diários), higiene genital, perda de peso, exercícios para a musculatura perineal, treinamento vesical, abster-se de álcool e tabaco.
- O sistema osteo-musculoesquelético é importante realizar exames para identificar o grau de osteopenia e a osteoporose e impedir sua progressão, sendo recomendado a ingestão adequada de cálcio e vitaminas D, alimentação rica em nutrientes, tomar banho de sol pela manhã ou final de tarde, praticar exercícios físicos, uso controlado de remédios, evitar consumo de álcool e cigarros.

1.6.1 A boa saúde pela vida ativa

Os efeitos benéficos da prática regular de atividades físicas, seja qual for a modalidade, são primordiais para um bom envelhecimento e tendem a crescer sem limites com a prática de atividades voltadas para a mente e a alma; afinal de contas, a grande aspiração do ser humano é ter uma vida saudável em todos os sentidos: saúde física/mental e alma limpa.

A importância da atividade física regular, constante e orientada para indivíduos acima de 50 anos, é vista por Berkenbrock (2006, p.116) da seguinte forma:

As evidências científicas mostram que a atividade física regular promove bem estar geral, melhora a saúde física e mental, ajuda a preservar uma vida independente, reduz o risco de desenvolver algumas doenças crônicas não comunicáveis, como insuficiência cardíaca, hipertensão arterial, etc., ajuda a controlar algumas condições específicas, como estresse, obesidade, e doenças como diabetes e dislipidemia. Minimiza as consequências das incapacidades e pode ser útil no manuseio de certas condições dolorosas, além de melhorar a imagem e as perspectivas estereotipadas do idoso.

Uma ideia da amplitude do que significa vida ativa pode-se ter pelo que foi descrito por Teixeira e Guariento (2008, p.24) que descrevem:

Estar ativo envolve a realização de atividades diárias que requerem movimentos, inclusive as tarefas de cuidar da casa. Caminhar dentro e fora de casa, subir e descer escadas, trabalhar no jardim e na horta, fazer compras, fazer exercícios físicos, praticar Tai Chi Chuan e hidroginástica são atividades físicas. Enfim, qualquer tarefa que você precisa levantar-se da cadeira para realizar pode ser considerada atividade física.

As referidas pesquisadoras recomendam que o melhor tempo para iniciar a vida ativa é o presente e que os profissionais da saúde podem explicar sobre os benefícios e orientar sobre a metodologia para o início bem como o desenvolvimento gradual do programa.

A preparação para inicialização da atividade física pelos idosos é fator importante na opinião de MAZO; LOPES; BENEDETTI (2004 *apud* Gonzalez; Voser, 2009, p.68-69) considerando que:

Para que as pessoas idosas pratiquem atividade física regularmente, elas devem ter conhecimento sobre os seus benefícios, desenvolver e superar vícios e comportamentos inadequados e desenvolver comportamentos propícios à prática.

Salientam também que se houver cuidador, independentemente do tipo, se familiar, profissional ou institucional, este também deve ser preparado para saber interagir num processo de desenvolvimento mutuo.

Os benefícios proporcionados pela atividade física são inúmeros e só são limitados pela vontade humana de querer ou não querer praticar essas atividades; essa é a opinião de muitos estudiosos. Em Teixeira e Guariento (2008, p.24) mostram-se alguns desses benefícios:

Permanecer fisicamente ativo reduz o risco de quedas porque melhora o condicionamento físico. As articulações ficam mais flexíveis, os músculos e os ossos são fortalecidos, o coração e o pulmão funcionam melhor e você fica com menos fadiga e mais disposição física e mental.

Nessa mesma linha de pensamento, Nunes (2003, p.45) continua:

Além de contribuir para manter o indivíduo fisicamente saudável, a atividade motora exerce influencia sobre o humor. As pessoas que praticam algum tipo de modalidade esportiva se sentem melhor consigo mesmas, são mais ativas e empreendedoras e reagem de maneira positiva às exigências do meio ambiente.

Segundo Matsudo (2010), os efeitos benéficos da prática regular da atividade física têm sido amplamente estudados nas últimas décadas e estão resumidos na tabela 1:

Tabela 1: Efeitos da atividade física na saúde durante o processo do envelhecimento.

Efeitos	Benefícios
Antropométricos	<ul style="list-style-type: none"> - Controle ou diminuição da gordura corporal. - Manutenção ou incremento da massa muscular, da força muscular e da densidade óssea. - Fortalecimento do tecido conetivo. - Melhora da flexibilidade.
Metabólicos	<ul style="list-style-type: none"> - Aumento do volume de sangue circulante, da resistência física e da ventilação pulmonar. - Diminuição da frequência cardíaca em repouso e no trabalho, submáxima e da pressão arterial. - Melhora dos níveis de HDL e diminuição dos níveis de triglicérides, colesterol total e LDL, dos níveis de glicose sanguínea, prevenção e controle do diabetes, nos parâmetros do sistema imunológico, menor risco em alguns tipos de câncer (côlon, mama e útero). - Diminuição de marcadores anti-inflamatórios associados às doenças crônicas não transmissíveis. - Diminuição do risco de doenças cardiovascular, acidente vascular cerebral tromboembólico, hipertensão, diabetes tipo 2, osteoporose, obesidade.
Cognitivos e psicossociais	<ul style="list-style-type: none"> - Melhora do autoconceito, da autoestima, da imagem corporal, do estado de humor, diminuição de tensão muscular e insônia. - Retardo do declínio das funções cognitivas (memória e atenção). - Diminuição do risco de depressão. - Diminuição de estresse, ansiedade, do consumo de medicamentos.
Em relação às quedas	<ul style="list-style-type: none"> - Redução do risco de quedas e de lesões causadas por elas. - Aumento da força muscular dos membros e da coluna vertebral. - Melhora do tempo de reação, de sinergia motora das reações posturais, na velocidade de andar, de mobilidade e flexibilidade.
Terapêuticos	<ul style="list-style-type: none"> - Efetivo no tratamento de doença coronariana, hipertensão, enfermidade vascular periférica, diabetes tipo 2, obesidade, colesterol elevado, osteoartrite, claudicação e doença pulmonar obstrutiva crônica.

	<p>- Efetivo no manejo de desordens de ansiedade e depressão, demência.</p> <p>Insuficiência cardíaca congestiva, síncope, acidente vascular cerebral, profilaxia do tromboembolismo venoso, dor lombar e constipação.</p>
--	--

Fonte: Matsudo (2010, p.16)

Dados recentes apoiam a necessidade do estímulo da atividade física regular, principalmente após os 50 anos de idade, visto que a manutenção da atividade física regular ou a mudança para um estilo de vida ativa tem um impacto real na saúde e na longevidade, afirma Matsudo (2010, p.17) com base nos seguintes estudos:

(...) Manini e cols., medindo o gasto energético com água duplamente marcada em 302 idosos, que foram acompanhados por seis anos, encontraram uma mortalidade de 67% menor nos indivíduos mais fisicamente ativos.

(...) Inque e cols., analisando em indivíduos acima de 65 anos de idade o nível de atividade física e o risco de mortalidade em cinco anos, encontraram uma associação significativa entre essas variáveis, verificando que os sujeitos que não relataram atividade física de casa tiveram risco de mortalidade quase duas vezes maior (1,7-2,1) do que os envolvidos nesse tipo de atividade.

(...) Malmberg e cols. Estudaram a frequência, o tipo e a intensidade da AF realizada no tempo livre com o risco de dificuldade em caminhar e em subir escadas, em homens e mulheres de 40-64 anos de idade. Foi verificado que a AF no tempo livre realizada em pouca quantidade, em intensidade leve, duas vezes ou mais na semana, e de atividades de condicionamento realizadas menos de três vezes por semana foram associadas com maior risco futuro de dificuldades na mobilidade de adultos e idosos.

Nos Cadernos de Atenção Básica – Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa do Ministério da Saúde (2007, p. 22) aconselha-se que haja sempre uma avaliação de saúde antes de iniciar qualquer prática corporal e exercícios físicos. Porém no caso de exercícios leves, pode iniciar essa prática antes da avaliação, para que não se transforme numa barreira do engajamento da pessoa idosa na sua realização. E, afirma também que:

A pessoa que deixa de ser sedentária diminui em 40% o risco de morte por doenças cardiovasculares e, associada a uma dieta adequada, é capaz de reduzir em 58% o risco de progressão do diabetes tipo II, demonstrando que uma pequena mudança no

comportamento pode provocar grande melhora na saúde e qualidade de vida.

1.6.2 Patologias mais frequentes no envelhecimento

Baseado nas evidências de que o organismo humano sofre um desgaste inevitável ao longo do tempo; em decorrência disso as manifestações de doenças na terceira idade são mais frequentes e com maior gravidade em relação às faixas etárias inferiores, Nunes (2003, p.99) diz que:

A velhice não é uma doença, mas é a etapa da vida em que aparece o maior número de patologias e alterações, causadas pelo desgaste ao qual o organismo foi submetido durante tantos anos e pelo processo de involução das funções vitais. Na terceira idade, o indivíduo está mais propenso a contrair uma gripe, sofre uma enfermidade cardiovascular ou uma queda, mas por outro lado dispõe de mais tempo para cuidar de si mesmo e evitar os erros e excessos típicos da juventude.

Para Nunes (2003) as doenças mais comuns apresentadas na terceira idade podem ser descritas da seguinte forma:

a) Doença de Alzheimer:

É a manifestação mais comum de demência. Por razões ainda desconhecidas, essa enfermidade provoca uma degeneração do tecido cerebral, levando à perda da memória e das faculdades mentais. Além disso, uma das seguintes áreas também deve estar afetada: linguagem, capacidade para tomar decisões, lucidez, atenção ou outras áreas relacionadas com o pensamento e a personalidade.

b) Arteriosclerose periférica:

É uma doença dos vasos sanguíneos periféricos (artéria distantes do coração) caracterizados pelo estreitamento e endurecimento das artérias que irrigam as pernas e os pés, reduzindo o fluxo de sangue.

c) Arterite do temporal:

A inflamação das artérias de grande calibre da cabeça, que nascem da artéria carótida externa do pescoço, é chamada de arterite temporal. Essa inflamação também pode comprometer outras artérias, como a oftálmica, as vertebrais, as retinianas e etc.

d) Artrose:

Também chamada doença degenerativa das articulações ou osteoartrite, é a forma mais comum de artrite (inflamação das articulações).

e) Perda de audição:

A perda de audição ou hipoacusia é um dos transtornos mais frequentes da terceira idade. Uma em cada três pessoas com mais de 60 anos sofre perda de audição.

f) Doenças cardiovasculares:

As doenças cardiovasculares são muito mais frequentes nos desenvolvidos, onde constituem a causa principal de morte (cerca de 40% do total). As ocorrências mais importantes são os acidentes vasculares cerebrais (derrames) e a cardiopatia isquêmica (doença coronária).

g) Catarata:

A diminuição da acuidade visual em um idoso nem sempre é causada por catarata. Qualquer perda de visão exige um diagnóstico exato por parte de um oftalmologista.

h) Colesterol alto:

O colesterol tem duas origens: pode estar contido nos alimentos ou no fígado, que fabrica colesterol para funções vitais do organismo, com a produção de hormônios, de bile e de vitamina D.

i) Depressão:

É a doença psiquiátrica mais comum na população em geral. Causada por fatores biológicos, psíquicos e sociais, afeta as mulheres com mais frequência do que os homens.

j) Diabetes:

É uma das alterações do metabolismo caracterizada pelo aumento da taxa de açúcar (glicose) no sangue, por causa de uma deficiência total ou parcial da secreção ou atuação da insulina (hormônio fabricado pelo pâncreas).

k) Doença pulmonar obstrutiva crônica:

É a evolução progressiva de uma obstrução crônica do fluxo aéreo pulmonar, que pode ser causada por um estreitamento das vias aéreas (boca, nariz e garganta) ou pela perda de elasticidade do pulmão. Abrange a bronquite crônica e o enfisema pulmonar.

l) Gripe e resfriado:

A gripe é uma doença infecciosa aguda das vias respiratórias, causada por vírus. Em geral, é benigna, mas em pessoas idosas ou já enfermas pode ter consequências graves.

O resfriado é uma infecção das vias aéreas superiores (nariz e boca) muito frequentes, é benigna, epidêmica e sazonal. Cura-se em poucos dias sem a necessidade de tratamento específico.

m) Incontinência urinária:

Quando uma pessoa perde o controle do mecanismo do aparelho urinário, ocorre à perda involuntária da urina, fenômeno conhecido como incontinência urinária.

n) Osteoporose:

Pode ser definida como perda de massa óssea que torna o osso poroso e frágil, propenso a se romper facilmente diante do menor traumatismo ou atividade física.

o) Doença de Parkinson:

É uma afecção degenerativa e progressiva do sistema nervoso. Afeta o controle dos movimentos, inclusive a fala e a linguagem corporal. Existem poucos dados confiáveis sobre a presença de Parkinson no mundo, mas sabe-se que ela afeta todas as raças.

Estabelecendo 10 pontos importantes como base para a avaliação geriátrica, Guimarães (2006, p.24) conclui:

Existem condições prioritárias que rotineiramente investigadas permitem que se tenha uma visão ampla e adequada das particularidades dos pacientes geriátricos. A investigação dos pontos aqui discutidos não invalida a avaliação integral do paciente; o que se pretende é enfatizar aqueles transtornos mais frequentemente presentes no “fenômeno do iceberg”, ou seja, problemas nem sempre reconhecidos ou diagnosticados em idosos.

Sendo eles: deficiência sensorial, hipotensão ortostática, avaliação cognitiva e demência, depressão, incontinência urinária, quedas e instabilidade postural, transtornos tireoidianos, controle dos movimentos, medicação e avaliação funcional (Guimarães, 2006).

Segundo Lebrão; Duarte (2009) com a ação do envelhecimento aumentam a incidência e a prevalência de doenças crônicas não transmissíveis, caracterizadas por longo período de latência, tempo de evolução prolongada, etiologia não totalmente elucidada e lesões irreversíveis que acarretam variáveis de incapacidade e óbito.

Esse autor afirma que estudos da Organização Mundial da Saúde (OMS), para estimar a proporção de morte que poderia estar relacionadas aos diferentes fatores de risco ambiental, sendo que no Brasil 50% estão ligadas aos seguintes fatores: pressão arterial elevada, obesidade, uso de tabagismo e álcool, colesterol alto, baixa ingestão de frutas e vegetais e sedentarismo. E tendo como base pesquisa SESC/FPA (2006), 81% dos idosos entrevistados admitiram ter alguma

doença, sintoma ou agravo e apenas 19% afirmaram não ter nenhuma doença. As principais doenças apontadas nessa pesquisa foram (Tabela 2):

Tabela 2: Doenças referidas pela população idosa entrevistada (Brasil, 2006).

Doenças referidas	Homens (%)	Mulheres (%)	Média (%)
Hipertensão Arterial	32	51	43
Diabetes <i>Mellitus</i>	9	15	13
Doenças Cardíacas	11	13	13
Artrose/Problema Articular	6	15	11
Reumatismo	6	12	9
Osteoporose	3	13	9

Fonte: pesquisa SESC/FPA *apud* Lebrão; Duarte (2009, p.195).

Escobar, Cardoso e Pelino (2010), alertam para as ocorrências de doenças periodontais e suscetibilidade de infecções crônicas em idosos, principalmente as relacionadas a problemas diabéticos e cardiovasculares. O sangramento gengival pode ter origem nos procedimentos deficientes nos cuidados da higiene oral, cujas consequências são o desenvolvimento de bactérias que caem na corrente sanguínea e transportada até as válvulas cardíacas gerando infecções nos indivíduos de risco. Para os diabéticos as doenças periodontais (a periodontite) podem provocar efeito de intolerância à glicose para paciente já diabético e com o decorrer do tempo pode ser fator de risco para indivíduos saudáveis. Credita-se ao tratamento periodontal adequado e ao controle caseiro do biofilme a redução dos riscos às alterações sistêmicas às quais as doenças periodontais estão relacionadas.

Olszewer, Olszewer (2005) descrevem que a limitação dos movimentos independentemente de doenças adquiridas é uma consequência natural do envelhecimento do sistema locomotor que é formado pelos ossos, articulações, músculos e tendões. Esse envelhecimento provoca naturalmente a diminuição da massa muscular, diminuição da calcificação óssea, achatamento da estrutura, aumento da incidência de fraturas patológicas e diminuição ou perda total da cartilagem. Alguns sintomas decorrentes dessas alterações podem ser confundidos com doenças crônicas.

Uma questão bastante discutida dentro da geriatria é a iatrogenia, que é o envelhecimento que, segundo Chaimowicz *et al* (2009), pode ser definido como “o prejuízo provocado a um paciente pela omissão dos profissionais de saúde, mesmo que a intervenção tenha sido bem indicada e adequadamente realizada.” A iatrogenia pode ocorrer em diversas áreas da medicina, porém a mais questionada e de maior frequência é a medicamentosa. As modificações no envelhecimento podem ser descritas como:

- a) Farmacocinética que envolve o percurso da droga no organismo: absorção, distribuição, metabolismo e excreção.
- b) Farmacodinâmica que envolve o tipo, intensidade e duração do efeito de uma droga no seu tecido alvo. A redução da reserva fisiológica que acompanha o envelhecimento torna os sistemas do organismo mais sensíveis aos efeitos das drogas.

Complementando, os problemas decorrentes das prescrições podem ser ou estar ligados a:

- Uso de medicamentos inadequados;
- Interações indesejáveis;
- Doses inadequadas e medicamentos subutilizados;
- Combinações inadequadas de medicamentos;
- Efeitos diversos;
- Medicamentos que provocam toxicidade anticolinérgica.

1.7 Orientação nutricional do idoso

A alimentação saudável, bem equilibrada e orientada garante uma melhor qualidade de vida. Esse é o objetivo principal de todos aqueles que buscam os

conhecimentos necessários para orientação do envelhecimento com disposição e alegrias.

Moreiras (1995) e Schlenker (1976) *apud* Ishimoto (2010, p.2), expressam:

Em todos os ciclos da vida a nutrição é essencial para a formação e o sustento do corpo humano e nenhum outro determinante a suplanta quando a questão envolve a preocupação com o desenvolvimento orgânico normal do ser humano (MOREIRAS, 1995). A capacidade energética de um indivíduo tem relação direta com a quantidade e a qualidade da alimentação, que influencia o bem estar físico, a incidência de doenças e a duração da vida.

Um estudo realizado por pesquisadores da Faculdade de Saúde Pública – FSP da Universidade de São Paulo – USP a respeito da desnutrição de idosos, segundo Frias (2010), chegou à seguinte conclusão:

“A fragilidade é causada principalmente pela má alimentação e/ou desnutrição, cenário que em nosso país é um pouco desanimador. Os principais sintomas são: a perda de peso involuntária, fadiga, fraqueza, diminuição da velocidade de caminhada e baixa atividade física. Estima-se que no Brasil a desnutrição é responsável por mais de 35% nos registros de mortes de idosos nas regiões metropolitanas”.

Considerando a dificuldade de acesso e desconhecimento a respeito de alimentação saudável, Hargreaves (2006, p. 117), argumenta:

Nos idosos a má nutrição pode ser causada por múltiplos fatores, entre eles o acesso limitando à alimentação, dificuldades sócio econômicas, falta de informação e conhecimento sobre alimentos, doenças, uso de medicamentos, má condição dentária, incapacidade física e/ou mental para escolher e/ou preparar alimentação, isolamento social e falta de atividade física. Alguns pacientes podem permanecer em dietas restritivas apesar da perda de peso.

Muñis, Martinez e Cos Blanco (2004) *apud* Ishimoto (2010, p. 3) apontam problemas com a má alimentação dos idosos:

Além do estado nutricional (presença ou ausência de desnutrição) e das alterações fisiológicas típicas dessa fase da vida, fatores psicológicos, sociais e econômicos

influenciam a alimentação e a nutrição do idoso, o que torna complexa a tarefa de estabelecer as necessidades nutricionais dessa população.

A lei 11.346/2006 cria o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional – SISAN com vistas em assegurar o direito humano à alimentação adequada, no seu art. 3º diz que:

A segurança alimentar e nutricional consiste na realização do direito de todos ao acesso regular e permanente a alimentos de qualidade, em quantidade suficiente, sem comprometer o acesso a outras necessidades essenciais, tendo como base práticas alimentares promotoras de saúde que respeitem a diversidade cultural e que sejam ambiental, culturais, econômica e socialmente sustentáveis.

O órgão que faz o acompanhamento do estado nutricional de idosos é o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN que utiliza como critério para avaliação, o Índice de Massa Corporal - IMC recomendado pela Organização Mundial da Saúde – OMS.

De acordo com as suas normas técnicas o SISVAN recomenda que o registro das medidas antropométricas na Caderneta do Idoso e/ou no prontuário seja semestral, monitorando o seu estado nutricional e associando as demais condições de saúde do idoso.

E nos Cadernos de Atenção Básica – Envelhecimento e saúde da pessoa idosa (2007, p.186) como práticas de ter uma alimentação saudável, encontram-se “os dez passos para uma alimentação saudável para pessoas idosas” e as tabelas com os diferentes grupos de alimentos e o tamanho das porções recomendadas para o consumo diário.

Com base nas recomendações nutricionais para reposição de energia, segundo Najas; Sachs (2002, p.251), deve-se considerar:

O informe FAO/OMS/ONU (1985) estabelece que a necessidade energética de um indivíduo seja a quantidade de energia alimentar que deve ser ingerida para compensar o gasto energético quando seu tamanho, composição corporal e grau de atividade física são compatíveis com o estado duradouro de boa saúde e da manutenção da atividade física. Recomenda que essas necessidades sejam

calculadas como múltiplo do metabolismo basal, levando em consideração a idade e o sexo do indivíduo.

Consta também que cada grupo da população tem necessidades energéticas próprias: sugere então, que cada região estabeleça tipos mais característicos que permitam calcular valores para planificar ações ou programas específicos.

1.8 Fatores psicológicos que influenciam no comportamento do idoso

Segundo Nunes (2003), além das alterações físicas, o envelhecimento trás ao ser humano uma série de alterações psicológicas e de comportamento. Estas podem resultar em dificuldades de se adaptar aos novos papeis, pela falta de motivação, dificuldade de planejar o futuro, necessidade de trabalhar as perdas orgânicas, afetivas e sociais, dificuldades de se adaptar as mudanças rápidas. Isso tudo pode ter reflexos dramáticos nos idosos com consequentes alterações psíquicas que exigem tratamentos como a depressão, baixa imagem e autoestima.

Smith e Kairalla (2010) descrevem que nossos mecanismos de defesa que na infância normalmente são manifestados por agressividade, ou rebeldia ou ainda depressivas ou retraimentos com o decorrer da maturidade vão sendo substituídos pelos mecanismos de escuta, elaboração e resposta verbal, baseada numa análise racional de fatos reais ou ações coerentes com a abordagem verbal, respeitando a todos.

Porém, hoje, a longevidade do ser humano tem preservado suas características físicas e habilidades intelectuais, sendo que a maturidade emocional não tem sido alcançada na mesma proporção. É bem verdade que o enfrentamento de preconceitos com relação à vida útil e prazerosa dos idosos o coloca numa posição de ociosidade e inutilidade. Assim, para aqueles que não conseguiram interpretar as modificações físicas, mentais e morais que ocorreram durante toda a sua vida, nessa transição podem adquirir características patológicas; por outro lado, há aqueles que tratam as suas limitações substituindo habilidades antigas por outras

a serem adquiridas e dão andamento normal ao seu processo de envelhecimento. (SMITH e KAIRALLA 2010).

Segundo Zani (1998):

Outro aspecto a destacar é que os indivíduos, com o passar dos anos, desenvolvem uma imagem de si através da estrutura social em que estão inseridos. Criam limites próprios, relacionados às capacidades pessoais e a realização humana. Estes limites estão acima ou abaixo de sua real capacidade pessoal, podendo ocasionar ilusões ou frustrações. O prazer de achar defeitos em si e de criticar a todo instante, demonstra sua insegurança, insatisfação e culpa, caracterizando uma baixa autoestima.

Definição de qualidade de vida da OMS: qualidade de vida é a percepção do indivíduo quanto à sua posição na vida, dentro do contexto da cultura e dos sistemas de valores em que este vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações.

Para Argimon e Vitola (2009, p.25), “A velhice é uma etapa da vida na qual, em decorrência de mais idade biológica, ocorrem modificações biopsicossociais que podem afetar a relação da pessoa com o seu meio”. O autor cita a família como uma das fontes mais importantes de satisfação das necessidades do ser humano. É ela que oferece a segurança emocional e o equilíbrio para uma vida mais tranquila e satisfatória do idoso. Isso significa ajudá-los nas ações preventivas e na manutenção da vida autônoma tanto do ponto de vista físico quanto psicológico (evitar a depressão), desenvolvendo aspectos motivacionais mesmo para aqueles que continuam vivendo sozinhos.

Vieira (2004, p.68) conceitua cognição como sendo:

Toda esfera do funcionamento psicológico, intelectual, que implica numa ação, num comportamento. Pode-se dizer que ela é a habilidade de sentir, pensar, perceber, lembrar, raciocinar, formar estruturas complexas a respeito do meio ambiente e a capacidade de produzir respostas a esses estímulos externos.

Numa visão mais prática, Vieira (2004) afirma que a cognição é à base da autodeterminação e a autonomia do indivíduo na terceira idade. Dessa forma, é de suma importância a manutenção das capacidades cognitivas dos idosos para que

ele tenha uma melhor qualidade de vida pela integridade da sua capacidade física, psicológica e social; reduzindo com isso a necessidade de ajuda e aumentando sua capacidade de escolha de como quer viver.

Do ponto de vista da psiquiatria geral, considerando os aspectos psicossociais dos idosos, Ballone (2002, p.2) diz que:

Segundo Cavan o equilíbrio do velho e seu ajustamento ambiental dependem, principalmente, dos seguintes fatores:

- a) Um contato social suficiente;
- b) Uma ocupação cheia de significado;
- c) Certa segurança social;
- d) Um estado de saúde satisfatório.

Comentando os aspectos necessários ao equilíbrio do idoso, Ballone (2002) entende que é difícil envelhecer com tranquilidade quando se viveu uma vida enfrentando condições deploráveis com uma diversidade de traumatismos, frustrações e dissabores, sendo que essas marcas são determinantes para um estado emocional sofrível na velhice. Acha também que o meio social (família, trabalho, sociedade, saúde, Estado...) acreditam que o velho não se interessa por mais nada e por isso é colocado numa posição a causar o menor incômodo possível, isto é: a família o exclui das decisões cotidianas, isso quando não é colocado em algum local de "repouso", em termos de ocupação, os concursos públicos limitam as admissões até 40 anos, caso idêntico ocorre na iniciativa privada; a sociedade como um todo cultua a juventude e considera o velho um desadaptado e por tanto incapaz; e finalmente, muitos aspectos de relaxamento com a higiene e a saúde física e mental dos idosos são entendidos por muitos como coisas naturalmente inevitáveis na velhice.

1.9 A ética para com o idoso

Segundo Kushner e Thomasma (1996) muitos são os problemas éticos relacionados com o envelhecimento, que de um modo conveniente podem ser reunidos em poucos grupos afins:

Primeiro, são as questões relacionadas diretamente com a capacidade de envelhecer retendo a autonomia e a dignidade, o que não é simples frente à redução do poder de agir, e até mesmo de pensar com a necessária clareza.

Segundo, são as questões que resultam das obrigações para com os idosos, principalmente os considerados frágeis, como consequências de enfermidades que comprometem a capacidade cognitiva associada à doença de Alzheimer e colocam em dúvida as demandas de nossa atenção e cuidado.

Terceiro há ainda que se considerar também os aspectos demográficos que surgem a partir do aumento no número de indivíduos idosos que interfere na desproporção do consumo de recursos quando comparado com a população dos muito jovens.

E finalmente, Kushner e Thomasma (1996) concluem que as questões relacionadas com a autonomia, tão destacadas nas sociedades ocidentais, que prezam a autonomia individual e a independência, tornam-se críticas a partir da perda das capacidades vitais e do surgimento de uma dependência de outros para a realização das atividades comuns da vida diária.

De acordo com Agich (2003) o conceito de autonomia em bioética reforça os ideais de independência e da racional livre escolha, o que parece pouco significativo para o indivíduo em fase de amplos impedimentos que caracterizam os cuidados prolongados. E por prezar tanto a autonomia (a liberdade do indivíduo em gerir livremente a sua vida), como um fenômeno primário que envolve independência de ação, fala e pensamento, o idoso reluta em aceitar as dependências que tão frequentemente acompanham o processo de envelhecimento, uma vez que foram sendo incorporada a este sentido de autonomia, a capacidade de desenvolver uma gama de crenças, preferências e valores, com os quais o idoso se identifica.

Num sentido mais amplo, Agich (2003) conclui que esse conceito de autonomia inclui ainda uma série de valores que se opõem à tirania, à opressão e até mesmo o benevolente uso do poder sobre os indivíduos vulneráveis. Não é, tão somente, um importante conceito filosófico, é um significativo ideal cultural, ansiado por todos e a todo tempo nas sociedades ocidentais. Incorpora uma atitude de aversão à dependência, à qual compara com submissão humilhante.

Para Gillick (2006) o envelhecimento leva naturalmente a um exercício de autoexame e questionamentos, que coincidem com eventos especialmente marcantes, tais como a aposentadoria, a morte de amigos e colaboradores, nascimentos de netos ou bisnetos.

O ideal inscrito na chamada “aposentadoria ainda ativa” está identificado naquele evento, como um período que oferece oportunidade para desenvolver atividades de jovens, como esportes, hobbies, lazer de toda natureza, reforçando o sentido de que o velho só é valorizado na medida em que atende à nossa cultura de idolatria do jovem. Manter-se ativo, portanto, não implica necessariamente em continuar lutando contra o comportamento da juventude, mas sim em apreciar e entender as circunstâncias que lhe cerca, mantendo sua capacidade cognitiva e imaginativa, num processo que lhe permita descobrir-se dentro deste contexto.

A discussão desta autonomia frente aos cuidados continuados é complicada pela natureza mesma destes cuidados e os riscos impostos pelos modelos de instituições dedicadas a oferecer estes cuidados de longa duração.

Beuavoir (1972) considera que os velhos são invisíveis porque nós vemos a morte com olhar mais claros do que a idade avançada.

Netto; Yuaso e Kitadai (2006) Imagina-se que a perda da autonomia esteja relacionada com a institucionalização, que inevitavelmente segrega os idosos do convívio social. O mito da velhice simplesmente assegura que o potencial para o contínuo engajamento, o desenvolvimento e crescimento, virtualmente desaparece nos idosos.

Cuidados contínuos presentes em muitos asilos exibem múltiplas imagens pouco demonstrativas de felicidade e são descritas por vários autores, sociólogos e antropólogos como sendo tudo, menos humano. Ali seriam estimulados ultrajes morais e revoltas.

Muitos idosos vivem nestas instituições de cuidados continuados porem permanecem em contato com familiares e amigos. Em realidade existem pelos menos dois tipos de instituições, alguma inclusive, coexistindo na mesma estrutura física, diferindo sensivelmente em suas características.

No que se referem aos aspectos demográficos, algumas reflexões podem ser úteis. Nos últimos dois séculos, em especial nos países ocidentais, a idade e a causa das mortes tem se modificado de modo dramático. A expectativa de vida quase dobrou neste período. A pirâmide populacional alterou sua forma reduzindo a amplitude da base, como resultado de declínio na mortalidade infantil, redução nas mortes por enfermidades infecciosas, ampliação da expectativa de vida, redução nos índices de fertilidade, envelhecimento da população.

Tal envelhecimento da população levou as alterações no perfil da saúde. O cérebro, órgão melhor diferenciado no homem do que em outras espécies animais, tornou-se foco de estudos no que se refere a sua vulnerabilidade quando a vida se alonga, com o surgimento de risco aumentado de demência em sociedades envelhecidas. Isto confere particular importância à divergência que se instala entre os aspectos biológicos do homem em sua evolução e os fenômenos culturais que vai anexando no decorrer dos tempos.

NETTO; YUASO (2006) poucos idosos, entre os que apresentam sério comprometimento cognitivo, conseguem manter sua capacidade ou inclinação para comunicar suas preferências e muito menos as razões destas preferências. Um dos aspectos fundamentais entre os que caracterizam o cuidar dos idosos se refere a identificar com clareza tais preferências ou até mesmo algumas idiosincrasias. Assim, o estado moral do idoso permanece preservado mesmo se o idoso se torna uma pessoa diferente daquela que costumava ser.

2 METODOLOGIA

2.1 A pesquisa

A pesquisa foi realizada no período de Fevereiro a Abril de 2011 com participação de 63 idosos residentes nas três ILPIs: Casa de Repouso Bem Viver; Casa de Repouso Recanto Feliz e Lar do Idoso Betânia e 60 idosos frequentadores no Centro de Convivência Dia: Associação Beneficente Evangélica de Joinville – ABEJ, localizadas na Cidade de Joinville SC.

Para obtenção dos dados foi aplicado um questionário estruturado com 41 perguntas contendo 131 opções de respostas e, para evitar dúvidas das respostas, foi previsto no questionário algumas perguntas complementares ao assunto indagado. O tempo médio de duração das entrevistas foi de aproximadamente 30 minutos, assim avaliado para causar o mínimo de estresse aos entrevistados.

2.2 Procedimentos metodológicos

Os dados foram levantados considerando-se os motivos pelos quais os idosos convivem nas Instituições, identificação dos idosos, questões de saúde, financeira, noções de direito, influência nas questões psicológicas e avaliação das Instituições.

O tipo de pesquisa é bibliográfica, pois teve como base obras e registros. Quanto ao método a pesquisa é dedutiva, partindo do pressuposto de que as Instituições que prestam serviço aos idosos não atendem plenamente suas necessidades e não terão capacidade de atender a demandas futuras. Quanto ao nível a pesquisa é qualitativa e quantitativa, pois além de definir os dados necessários houve necessidade de estabelecer uma amostra confiável, para saber quantos idosos deveriam ser entrevistados. O nível de confiança pretendido foi de 95% com margem de erro de aproximadamente de 2% para os dois grupos (Institucionalizados e não Institucionalizados).

Para o cálculo amostral, utilizou-se a calculadora on-line de Santos (2011) com as seguintes características (Quadro 1):

Quadro 1: Calculadora on-line

Erro amostral: %

Nível de confiança: 90%
 95%
 99%

População:

Percentual máximo: %

Percentual mínimo: %

Amostra necessária:

Fórmula de cálculo:

Esta calculadora on-line utiliza a seguinte fórmula:

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot p \cdot (1 - p)}{Z^2 \cdot p \cdot (1 - p) + e^2 \cdot (N - 1)}$$

Onde:

n - amostra calculada

N - população

Z - variável normal padronizada associada ao nível de confiança

p - verdadeira probabilidade do evento

e - erro amostral

Dados levantados:

- População e Amostra, que segundo Levin (1987) são:

População: consiste em um conjunto de indivíduos que compartilham de, pelo menos, uma característica comum, seja ela cidadania, filiação a uma associação de voluntários, etnia, matrícula na universidade, etc.

Amostra é um subconjunto de indivíduos extraídos de uma população.

Com base nesses conceitos e com o uso da calculadora on-line, chegou-se aos seguintes valores (Tabela 4):

Tabela 3: Dados utilizados para cálculo da amostragem

Nº Registros	Somatório ILPIs	Centro Convivência Dia
População (N)	78	80
Nível de confiança (Z)	95%	95%
Erro amostral (e)	2%	2%
Probabilidade do evento (p)	97%	98%
Amostra calculada (n)	63	60

Fonte: Registros das Instituições pesquisadas.

3 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Comparação dos dados dos idosos entre os dois modelos de instituições pesquisados e agrupados os dados das instituições de mesma modalidade.

3.1 As Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI) em Joinville

O número de pessoas acima de sessenta anos vem aumentando em Joinville e supera a quantidade de crianças até 1 ano de idade. Dados da Secretária Municipal da Saúde apontam que a população de idosos chegou a 7,33% em 2009. Ou seja, são mais de 36,4 mil idosos. A população de Joinville foi estimada em 497.331. Em 2008, os idosos representavam 7,16% da população e em 2007, 6%. Para atendimento dessa população, Joinville dispõe de 30 Instituições de Longa Permanência para Idoso, sendo que quase a metade delas é clandestina. Segundo relato de Jeane Vieira gerente de Vigilância em Saúde ao Jornal A Notícia edição 913 de outubro de 2010, apenas 18 Instituições existem oficialmente, destas, apenas 2 estão totalmente regulamentadas, 3 em vias de regularização e as demais receberam prazo para regulamentação.

Para tratar das questões relativas aos idosos, a Lei 6.588/2009 que altera e consolida a Lei 4.733/2003, cria o Conselho Municipal dos Direitos do Idoso – COMDI, que entre outras competências delibera, controla e fiscaliza a política municipal do idoso de Joinville e está vinculada administrativamente à Secretaria de Assistência Social.

Segundo a Segurança Sanitária para Instituições de Longa Permanência para Idosos do Estado de Santa Catarina (2009), apenas 10 Instituições de Longa Permanência para Idosos estão cadastradas.

3.2 Categorização dos sujeitos (idosos participantes da pesquisa)

Na tabela 5 são apresentados os dados relativos à distribuição percentual do perfil dos idosos que convivem nas três Instituições pesquisadas (ILPIs) relacionando-as pelos critérios de sexo, faixa etária, estado civil e escolaridade com os idosos freqüentadores do Centro de Convivência Dia, todas essas Instituições estão localizadas na Cidade de Joinville – SC.

Tabela 4: Dados percentuais do perfil dos idosos pesquisados

Crítérios	Caracterização	ILPIs	Centro de Convivência Dia
Sexo	Masculino	60	10
	Feminino	40	90
Idade	60 a 65 anos	17	23
	66 a 75 anos	30	55
	76 ou mais anos	52	22
Estado civil	Casado	11	22
	Solteiro	32	7
	Viúvo	49	63
	Separado	8	8
Escolaridade	1º grau	60	78
	2º grau	22	12
	3º grau	0	5
	Não estudou	17	5

Fonte: Dados obtidos pela aplicação dos questionários.

A análise dessa tabela demonstra um número superior de mulheres entre os idosos frequentadores do Centro de Convivência Dia e uma presença inferior a dos homens que convivem nas três ILPIs. Juntando-se os dados relativos à situação conjugal o número de mulheres viúvas é maior no Centro de Convivência Dia e menor do que os homens nas três ILPIs. Lebrão (2007) afirma que as mulheres ao longo da sua vida ativa ao cuidarem da família e de si próprias desenvolveram maior habilidade social e por isso na terceira idade necessitam de menos cuidados e de um relacionamento social maior que os homens.

Na questão escolaridade, o nível é baixo para os dois grupos, já que apenas (5%) dos entrevistados do Centro de Convivência Dia alcançaram o 3º grau contra nenhum das ILPIs; Lebrão e Duarte (2007) associam à baixa escolaridade a condição cultural, financeira e social do passado, destacando que na época que estes idosos eram crianças havia dificuldades de acessos aos níveis secundários e superiores de ensino até mesmo porque as famílias das zonas rurais não priorizavam o ensino para desenvolver seus trabalhos.

3.3 Situação atual dos idosos participantes da pesquisa

A tabela 6 trata do estado atual de saúde dos idosos tais como: condições físicas, grau de dependência, doenças mais frequentes e das medidas adotadas na prevenção e controle das doenças referidas na amostragem pesquisada.

Tabela 5: Distribuição percentual do estado de saúde atual dos idosos.

Tratamento	Condição	ILPI	Centro de Convivência Dia
Condição física	Acamado	8	0
	Autonomia	65	93
	Com dificuldade	17	7

	Cadeirante	10	0
Grau de dependência	Auxílio na higiene	30	0
	Vestir-se	33	0
	Telefone	30	2
	Locais distantes	44	2
	Compras	46	0
	Refeições	10	0
	Serviços de casa	49	2
	Trabalhos manuais	49	0
	Medicamentos	46	2
	Finanças	51	2
Problemas de saúde	Hipertensão	48	55
	Problemas de visão	37	33
	Cardiovascular	24	22
	Internações recentes	22	12
	Artrose	16	13
	Diabetes	14	22
	Respiratório	11	5
	AVC	11	2
Cuidados com a saúde	Plano de saúde	14	43
	Procura cuidados médicos	65	100
	Alimentação suficiente	29	100
	Dieta nutricional	14	15

	Fumantes	13	3
	Prática exercícios físicos	11	100
Uso de medicamentos	Uso constante	71	45
	Fornecimento gratuito	59	32
	Fornecimento pago	24	28

Fonte: Dados obtidos pela aplicação dos questionários

Segundo Lebrão e Duarte (2007), a saúde física é um dos fatores determinantes para se obter qualidade de vida, principalmente na terceira idade onde há maior incidência e prevalência das chamadas doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs); para os dois grupos pesquisados, o acometimento de doenças é idêntico considerando apenas os tipos de doenças e a quantidade de indivíduos afetados. Porém a gravidade dessas doenças é maior para os indivíduos institucionalizados sendo que 35% deles manifestaram não ter autonomia plena (acamados, cadeirantes e dificuldades para as atividades diárias) enquanto que apenas 7% dos entrevistados do Centro de Convivência Dia disseram ter dificuldades para as atividades diárias mas que não comprometem inteiramente a sua autonomia. Os dados referentes aos cuidados com a saúde e do uso constante de medicamentos indicam que os idosos do Centro de Convivência Dia apresentam melhor saúde do que os idosos Institucionalizados isso porque investem mais em planos de saúde, assistência médica, são menos fumantes, cuidam melhor da alimentação e praticam mais exercícios físicos.

3.3.1 Condições financeiras

Os dados da tabela 7 busca indagar a respeito à atual condição financeira dos idosos pesquisados, com base no patrimônio adquirido, nas fontes de renda e na prática de hábitos de consumo.

Tabela 6: Distribuição percentual da condição financeira

Itens	Condição	ILPIs	Centro de Convivência Dia
Moradia	Casa própria	43	80
	Paga aluguel	0	7
	Outros	57	13
Renda	Suficiente	37	67
	Insuficiente	63	33
Outra fonte de renda	Sim	6	15
	Não	94	85
Hábito de consumo	Nenhum	59	12
	Algum	41	88

Fonte: Dados obtidos pela aplicação dos questionários

Segundo Santos, Lopes e Neri (2007), o idoso atual não é completamente dependente econômico; essa população no auge da vida ativa acumulou patrimônio que estão representados na aquisição da casa própria e rendimento na poupança e no sistema previdenciário (aposentadoria, pensão). Por outro lado, as taxas de emprego e a informalidade da economia atual afetam a condição econômica dos idosos no futuro, sendo isto mais um fator que poderá contribuir para a exclusão social do idoso. Com base nesse ponto de vista revelam que os dados obtidos, os idosos no Centro de Convivência Dia declararam possuir casa própria e renda atual suficiente, até mesmo para ter hábitos de consumo fora das suas necessidades de sobrevivência pessoal. Enquanto que os Institucionalizados declararam renda suficiente apenas para contribuir com as mensalidades das ILPIs.

3.3.2 Noções de direitos

A tabela 8 apresenta dados referentes à opinião dos idosos quanto ao conhecimento dos seus direitos junto aos órgãos públicos e a qualidade dos serviços prestados por eles.

Tabela 7: Noção de direitos e benefícios oferecidos pelos órgãos públicos

Direitos	Benefícios	ILPIs	Centro de Convivência Dia
Serviços públicos	Noção dos benefícios oferecidos pelo Estado	24	63
	Utilização dos serviços públicos	11	38
	Atendimento bom	10	37
	Atendimento ruim	2	2
	Não opinou	83	62
	Exigem direitos	10	12
	Utilização dos recursos	21	53

Fonte: Dados obtidos pela aplicação dos questionários

A abordagem desse assunto foi carregada de desinteresse, principalmente para os moradores das ILPIs 83% preferiram não opinar quando a questão foi utilização dos serviços públicos e apenas 14% demonstraram algum conhecimento dos benefícios que o Estado oferece, mesmo assim a maioria das respostas foi: "... é muito difícil tratar com as coisas do governo" ou "...essas coisas é a minha família que faz".

Quanto aos frequentadores do Centro de Convivência Dia, demonstraram maior conhecimento dos benefícios a que têm direito (63%), porém a maioria dos entrevistados (62%) não quiseram responder quando ao uso de serviços públicos

apesar de saberem que os utilizam com certa frequência, que também a grande reclamação é referente à dificuldade de atendimento pelos órgãos públicos.

Com relação à competência do Estado para melhorar a qualidade de vida dos idosos, Morin (2011) tem a seguinte opinião: mais do que as suas políticas e legislações, a presença efetiva do Estado se faz necessária na assistência direta aos idosos procurando abrandar as dificuldades provenientes do envelhecimento tais como, assistência na prevenção de doenças, financiamentos de medicamentos e fiscalização na adequação das Instituições, referência especial à elaboração de projetos específicos para assistir os idosos e a aplicação de recursos que suportem esses projetos.

3.3.3 Influências quanto aos fatores psicológicos que influem no equilíbrio emocional

Os dados da tabela 9 visam medir o estado emocional dos idosos no estágio atual e alguns fatores que possam influenciar positivamente no seu ajustamento ambiental.

Tabela 8: Distribuição percentual dos fatores que influenciam no equilíbrio emocional dos idosos.

Fatores	Referências	ILPIs	Centro de Convivência Dia
Perdas de pessoas Significativas	Sim	89	100
	Não	11	0
Influencia religiosa	Sim	84	100
Envelhecimento	Natural	73	85
	Não tem idéia	27	15
Utilização do tempo	Alguma atividade	0	97
Pratica de atividade Física na Instituição	Sim	16	100
	Não	84	0

Fonte: Dados obtidos pela aplicação dos questionários

De uma forma geral, as questões relativas às perdas de pessoas significativas e o conformismo com o envelhecimento estão intimamente ligadas à fé religiosa que por sua vez serve de conforto tanto para aceitar as perdas quanto para aceitar a proximidade da morte, essa condição foi observada num valor elevado para os dois grupos pesquisados (84% dos ILPIs e na totalidade do Centro de Convivência Dia). A religião também é utilizada como forma de suprir as carências afetivas, distanciamento das famílias, falta de companhia, falta de atividade ocupacional, relacionamento social, deficiências pessoais e dar um sentido à vida.

Porém, as diferenças entre os grupos aparecem quando se observa os motivos pelos quais os idosos procuram essas novas formas de convivência; enquanto que os participantes do Centro de Convivência Dia encaram essa situação de forma prazerosa, em muitos casos a internação nas ILPIs pode incorrer em vários riscos: deprimir, causar angústia, sentimento de desprezo e solidão aos idosos que não aceitam espontaneamente a sua internação e nem veem como uma nova forma de obter novas companhias até mesmo quando o relacionamento familiar é precário pela falta de aceitação e diálogo com a família.

Em Ballone (2002) vê-se que a qualidade de vida do idoso depende muito do seu equilíbrio emocional e de seu ajustamento ambiental que por sua vez são decorrentes de um contato social suficiente, uma ocupação cheia de significado, certa segurança social e saúde satisfatória. Considerando esses quatro fatores e os dados da pesquisa nota-se condições psicológicas dos idosos das ILPIs (nos moldes atuais) estão em grande desvantagem com relação a dos idosos do Centro de Convivência Dia.

3.3.4 Relacionamentos sociais dos idosos

Os idosos foram questionados quanto ao seu relacionamento dentro e fora das instituições, mais especificamente com os familiares, vizinhos e amigos e o nível de satisfação que esses relacionamentos provocam (Tabela 10).

Tabela 9: Relacionamento social dentro e fora das Instituições

Sujeito	Categoria	ILPIs	Centro de Convivência Dia
Tempo de permanência Na instituição	1ano	32	43
	1 a 2 anos	25	25
	2 a 3anos	21	22
	Acima de 4 anos	22	10
Familiares vivos	Sim	98	100
	Não	2	0
Relacionamento social	Familiares	78	100
	Outros Parentes	46	100
	Amigos	37	100
	Nenhum	10	0
Quantidade de Visitas	Satisfatórias	37	100
	Insatisfatória	63	0

Fonte: Dados obtidos pela aplicação do questionário

Por se tratar de um número limitado de vagas oferecidas nas duas modalidades de convivência, não dá a oportunidade de uma avaliação do crescimento da população idosa que procura essas instituições. Se considerarmos o

tempo de convivência nas ILPIs e o percentual de indivíduos que pretende sair delas (46%, tab.10), podemos supor que a institucionalização do idoso é um processo no mínimo questionável. Vieira (2004) descreve que há um consenso quanto aos efeitos negativos da internação de idosos nas ILPIs, isso porque elas estão pautadas em regras disciplinares pouco conhecidas dos idosos e por isso entendida como repressivas.

Na contrapartida, os frequentadores do Centro de Convivência Dia têm participação espontânea, razão pela qual nenhum entrevistado manifestou a vontade de sair. Nos relacionamentos com a família e amigos, apenas 10% dos moradores em ILPIs disseram não ter nenhum relacionamento, alguns afirmaram que seus parentes moram muito longe e apenas 2% não se lembram da existência de familiares. Com relação ao número de visitas, a maioria 63% se encontra insatisfeitos e em alguns casos queixaram-se de estarem praticamente abandonados. Os entrevistados do Centro de Convivência Dia não manifestaram nenhuma preocupação com os relacionamentos familiares e amigos.

3.4 Avaliação dos idosos quanto à instituição onde se encontram

A tabela 11 demonstra os dados que permitem medir o grau de satisfação do idoso com a sua instituição

Tabela 10: Avaliação da Instituição

Sujeito	Categoria	ILPIs	Centro de Convivência Dia
Avaliação	Boa	60	100
	Regular	35	0
	Ruim	5	0
Motivo da internação	Próprio	17	100

	Familiares	51	0
	Doenças	32	0
Moradia anterior	Sozinho	51	72
	Familiares	49	28
Melhorias	Organização	17	3
	Alimentação	14	0
	Tratamento pessoas	10	0
	Nada	54	97
	Tudo	5	0
Pretende sair	Sim	46	0
	Não	54	100

Fonte: Dados obtidos pela aplicação dos questionários

O motivo da internação de um idoso numa ILPI é um fator importante a ser considerado, pois os dados mostram que 83% não foram por vontade própria, apontando uma decisão negativa para essas pessoas. Mesmo assim, os entrevistados manifestaram uma boa aceitação do fato de viverem na instituição (60%), porém, esse dado aparentemente não representa a realidade. Ocorre que a maioria desses idosos teve uma vida de sacrifícios e pouco conforto e se acomodam facilmente em qualquer situação e, além disso, alimentam a esperança de voltar a conviver com suas famílias (46%).

Morin (2011) vê essa questão da seguinte forma: a viuvez em muitos casos leva o idoso a um final trágico e nos casos de deficiência física ou mental, a opção das famílias é colocá-los em casas de abrigo para idosos; nesse sentido os motivos da internação refletem uma realidade conflitante com a vontade do idoso.

Por outro lado, os frequentadores do Centro revelaram na sua totalidade a satisfação com essa forma de convivência e manifestaram também o desejo de que esses contatos sejam cada vez mais freqüentes. Isso pode ser explicado da

seguinte maneira: a maioria são mulheres que ao longo da vida foram responsáveis pelo envolvimento social da família e devido à viuvez e ao menor contato com os filhos que saíram de casa, sentem-se sós e com menos atividades motivando-as na busca de novas alternativas de contatos.

3.5 A observação da pesquisadora

Ao considerar que o envelhecimento é um ponto positivo na evolução de uma sociedade, a maioria dos entrevistados nesta pesquisa revela uma realidade muito aquém dos níveis considerados bons e recomendados para a qualidade de vida dos idosos. Foi observado que:

a) Das ILPIs: Duas delas sobrevivem em estado de carência; não foram projetadas, estruturadas e aparentam não ter recursos financeiros para assegurar um avanço para melhorar o atendimento. Nelas, percebem-se deficiências na estrutura física, na mão de obra qualificada, na assistência à saúde até mesmo para os indivíduos debilitados, na alimentação, no lazer, na prática de atividades. Uma terceira, apesar das dificuldades, apresenta uma condição relativamente boa e continua se esforçando para promover melhorias.

b) Dos Institucionalizados:

Muitos deles revelaram uma grande carência afetiva devido ao pouco contato com a família, sentem a falta de companheirismo dos funcionários, apresentaram baixa autoestima, sentem-se inúteis devido à falta de atividade, falta de lazer e falta de companhia (apesar de conviver com muitas pessoas).

c) Do Centro de Convivência Dia:

Ambiente que atente o disposto na Lei que regulamenta a Política Nacional do Idoso que é o desenvolvimento de atividades físicas, laborativas, recreativas, culturais, associativas e cidadania. Está constantemente promovendo melhorias

objetivando dar atendimento de qualidade. Certamente que os problemas desta instituição são menos complexos que os das ILPIs, pois não tem as responsabilidades do internamento e de cuidados especiais para indivíduos debilitados, mas tem o compromisso de promover o bem estar social e psicológico dos idosos frequentadores. No geral, as pessoas mostram-se muito satisfeitas com essa modalidade de atendimento: são participativas, utilizam esses momentos para a descontração e desenvolver novas companhias.

CONCLUSÃO

O processo do envelhecimento se caracteriza como uma fase da vida em que o organismo humano apresenta certa debilidade sem que isso signifique doença. Embora seja essa uma fase que requer maiores cuidados referentes às necessidades básicas da vida, pelo surgimento de alterações de ordens físicas, psicológicas e sociais, o idoso pode minimizar os efeitos provocados pela passagem do tempo e viver com qualidade. Essa é uma visão colhida de várias especialidades multidisciplinares que tratam dessa questão, principalmente das áreas de Geriatria, Gerontologia, Psicologia e Sociologia.

Com base nos dados da pesquisa, podem-se estabelecer as seguintes conclusões:

- As mulheres são a maioria dos indivíduos pesquisados, porém nas ILPIs elas são numericamente inferiores aos homens, sendo que a faixa etária predominante nas ILPIs é acima de 75 anos e no Centro de Convivência Dia é entre 66 a 75 anos. Os idosos em sua maioria são viúvos ou solteiros e não tem o ensino fundamental completo.
- Nas questões financeiras, a maioria os idosos das ILPIs declararam não ter renda mensal suficiente para custear as suas despesas básicas com moradia, alimentação, saúde e lazer. Por outro lado, a maioria dos frequentadores do Centro de Convivência Dia disse ter rendimento mensal suficiente e que lhes permite a possibilidade de pequenos hábitos de consumo tais como: presentear parentes, amigos e divertir-se.
- Com relação à saúde, os idosos que convivem no Centro de Convivência Dia são mais saudáveis do que os idosos institucionalizados, isso pode ser afirmado tendo em vista as seguintes considerações: nas ILPIs há indivíduos acamados e muitos outros apresentam dependência para as atividades comuns como: vestir-se, fazer higiene, alimentar-se, tomar medicamentos e realizar pequenos serviços domésticos, no Centro de convivência Dia não houve ocorrência para esses casos. As doenças são idênticas para os dois grupos de idosos pesquisados, porém, se considerar os dados da tabela 6 referentes ao grau de dependência, cuidados com a saúde, alimentação e uso constante de medicamento, pode-se afirmar que os idosos que

convivem no Centro de Convivência Dia são bem mais saudáveis do que os idosos institucionalizados.

- A fé religiosa esta sempre muito presente na vida dos idosos sendo um fator relevante para se obter o equilíbrio emocional e para lidar com as adversidades da vida tais como: perdas de pessoas significativas, superar problemas originados pelo envelhecimento ou justificar uma vida de sacrifícios e resignação. O tempo ocioso é um problema que afeta negativamente a parte emocional principalmente dos idosos institucionalizado, segundo eles, isso provoca a sensação de inutilidade, já os frequentadores do Centro de Convivência Dia concordam que a ociosidade trás prejuízos físicos e psicológicos e por isso procura ocupar esse tempo com atividades físicas e lazer.

- O relacionamento social é visto pelos idosos como um dos fundamentos para uma vida mais feliz é através desse relacionamento que eles sentem o quanto são aceitos e queridos pela família, amigos e pela sociedade em geral. Apesar de não terem sido levantados os dados, muitos idosos manifestaram espontaneamente o seu descontentamento com a indiferença com que são tratados pela juventude atual. A frequência com que recebem visitas afeta emocionalmente os idosos institucionalizados, a maioria deles estão insatisfeitos até mesmo com as visitas dos seus familiares, nesse sentido não houve manifestação dos entrevistados do Centro de Convivência Dia.

- Para melhor entender os dados da avaliação dos idosos quanto as ILPIs, é necessário lembrar que são instituições privadas, mas que também recebem apoio de entidades beneficentes e abrigam idosos que em sua maioria declararam ter baixa renda mensal. Nesse sentido Camarano (1999) afirma que o acesso da maioria dos idosos a entidades (ILPIs) com serviços especializados é limitado por restrições financeiras. E, de acordo com Cortelletti, Casara & Herédia (2004) as instituições voltadas a pessoas idosas devem atender a necessidades específicas, e para conhecê-las é necessário conhecer o motivo do asilamento de cada idoso. Os motivos do asilamento mais evidentes nesta pesquisa foram aconselhamento familiar e doenças e, portanto não foram por vontade própria, dessa forma pode-se entender porque quase metade dos idosos manifestou insatisfação e pretendem sair da instituição. Indagados sobre a necessidade de promover melhorias nas

instituições os idosos apontaram para uma melhor estrutura física, alimentação e mão de obra mais qualificada revelando com isso que as instituições não estão devidamente preparadas para alcançar a meta de promover saúde e bem estar social dos idosos sob as suas responsabilidades. Por outro lado, os idosos que convivem no Centro de Convivência Dia avaliaram de forma positiva essa instituição ressaltando a boa estrutura física, a qualidade dos serviços prestados e continua promovendo melhorias.

Considerando os resultados da pesquisa que de um modo geral permite conhecer melhor os idosos dentro do ambiente em que vivem e a partir daí traçar estratégia para reestruturação das instituições que prestam serviços aos idosos em Joinville SC

REFERÊNCIAS

AGICH, G. J. **Dependence and Autonomy in Old Age**. Cambridge Univ. Press, 2008.

ARGIMON, Irani de Lima; VITOLA, Janice Castilhos. E a família, como vai? In: BULLA, Leonia Capaverde; ARGIMON, Irani Iracema de Lima (organizadoras). **Convivendo com o familiar idoso**. Porto Alegre: Edipucrs, 2009. p. 25 – 31.

BALLONE, G J. **Alterações emocionais no envelhecimento: psiquiatria geral**. Disponível em: <<http://gballone.sites.uol.com.br/geriat/andropausa.html>>. Acesso em: 25 jul. 2011

BANDEIRA, Marina. **Análise de dados**. Disponível em: <<http://www.ufsj.edu.br/portalrepositorio/File/lapsam/TextoANALISE%20DE%20DADOS.pdf>>. Acesso em: 25 jul. 2011.

BERKENBROCK, Ivete. Envelhecimento saudável e com qualidade de vida. In: HARGREAVES, Luiz Herinque Horta. **Geriatría**. Brasília: Secretaria Especial de Editoração e Publicações do Senado Federal - DF, 2006. p. 113 – 130.

BEUAVOIR, S. **The Coming of Age**. Putman: New York, 1972.

BORN, Tomiko. Cuidado ao idoso em instituição. In: NETTO, Matheus Paléo. **Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada**. São Paulo: Atheneu, 2002. p. 403 – 414.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica 19. Secretaria de Atenção à Saúde. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília, Ministério da Saúde, 2007. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

CAETANO, Flávio Crocce. In: VOGT, Carlos. **A Política Nacional do Idoso: um Brasil para todas as idades**. Disponível em: <<http://www.comciencia.br/reportagens/envelhecimento/texto/env02.htm>>. Acesso em: 25 jul.. 2011.

CAMARANO, Ana Amélia (coord.) *et al.* **Como Vai o Idoso Brasileiro?** Texto para discussão nº. 681. Rio de Janeiro: IPEA, 1999.

CAMARANO, Ana Amélia; KANSO, Solange. **As instituições de longa permanência para idosos no Brasil**. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-30982010000100014&script=sci_arttext. version ISSN 0102-3098. Rev. bras. estud. popul. vol.27 no.1 São Paulo Jan./June 2010>. Acesso em: 15 maio. 2011.

CAMPOS, Shirley de. **A saúde do idoso**. Disponível em: <<http://www.drashirleydecampos.com.br/noticias/4649-2003>>. Acesso em: 10 jun. 2011.

CANTERA, Isidoro Ruipérez. Ejercicio físico, movilidad y habilidades de la vida diaria. In: FERNÁNDEZ-BALLESTEROS, Rocío. **Gerontología Social**. Madrid: Pirámide, 2000. p. 511 – 524.

CARVALHO FILHO, Eurico Thomaz de; ALENCAR, Yolanda Maria Garcia de. Teorias do envelhecimento. In: PAPALÉO NETTO, Matheus; CARVALHO FILHO, Eurico Thomaz. **Geriatrics: fundamentos, clínica e terapêutica**. São Paulo: Atheneu, 2000. p. 01-08.

CARVALHO, Noeme Cristina Alvares de. Princípios da reabilitação geriátrica. In: HARGREAVES, Luiz Herinque Horta. **Geriatrics**. Brasília, 2006. p. 487 – 496.

CHAIMOWICZ, Flávio; et al. **Saúde do idoso**. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2009.

CIELO, Patrícia Fortes Lopes Donzele; VAZ, Elisabete Ribeiro de Carvalho. Revista: CESUC – Centro de Ensino Superior de Catalão. . **A legislação Brasileira e o idoso**. Ano XII, n. 21, 2^o semestre/2009, p. 33 -46.

CORTELLETTI, I. A.; CASARA, M. B.; HERÉDIA, V. B. M. (org.). *Idoso Asilado: um estudo gerontológico*. Caxias do Sul: EDUCS/EDIPUCRS, 2004.

COSTA, Gilberto J. C. da; NUNES, António Dias. Convivendo com a família. In: BULLA, Leonia Capaverde; ARGIMON, Irani Iracema de Lima (organizadoras). **Convivendo com o Familiar Idoso**. Porto Alegre: Edipucrs, 2009. p. 75 – 87.

COUTINHO, Gabriela. **Terceira idade muda hábitos de consumo**. Disponível em: <<http://www.mundodomarketing.com.br/10,13177,terceira-idade-muda-habitos-de-consumo.htm>>. Acesso em: 20 maio 2011.

COUTINHO, Gabriela. **Terceira idade.** Disponível em: <<http://www.mundodomarketing.com.br/10,13177,terceira-idade-muda-habitos-de-consumo.htm>>. Acesso em: 27 jul. 2011.

ESCOBAR, Eliane Cristina; CARDOSO, Luciano Natividade; PELINO, José Eduardo Pelizon. In: MACEDO, Arthur Roquete. **Envelhecer com arte longevidade e saúde.** São Paulo: Atheneu, 2010. Cap. 4 p. 45 – 56.

ESTADO DE SANTA CATARINA. **Segurança sanitária para instituições de longa permanência para idosos.** Florianópolis, SC: SUS, 2 ed. out, 2009.

ESTATUTO DO IDOSO. **Normas correlatas.** COMDI – Conselho Municipal dos Direitos do idoso de Joinville. Joinville/SC, 2009.

FIA – Fundação Instituto de Administração. Disponível em: <http://www.fia.com.br>. Acesso em 20 mar. 2011.

FITZGERALD, James. **O contexto da saúde do idoso no Brasil: Janeiro, 2008.** Disponível em: <<http://www.nosrevista.com.br/2008/01/07/o-contexto-da-saude-do-idoso-no-brasil/>>. Acesso em: 22 fev. 2011.

FRIAS, Andrea Dario. **A importância da alimentação na 3ª idade.** Disponível em: <<http://www.idademaior.com.br/nutricao-2-julho-2010.html>>. Acesso em: 2 jul. 2011.

GILLICK, M. R. **The Denial of Aging.** Harvard University: USA, 2006. p. 225

GONÇALVES, Mônica Lopes et al. **Fazendo pesquisa: do projeto à comunicação científica.** Joinville, SC: UNIVILLE, 2008.

GONZALEZ, Jane da Silva; VOSER, Rogério da Cunha. Mantendo o idoso ativo – atividade física. In: BULLA, Leonia Capaverde; ARGIMON, Irani Iracema de Lima (organizadoras). **Convivendo com o Familiar Idoso.** Porto Alegre: Edipucrs, 2009. p. 67 – 73.

GUIMARÃES, Renato Maia. In: HARGREAVES, Luiz Henrique Horta et al. **Geriatrics.** Brasília, 2006. p. 34.

HARGREAVES, Luiz Henrique Horta et al. **Geriatrics.** Brasília, 2006.

ISHOMOTO, Emília Yasuko. In: MACEDO, Arthur Roquete de. **Envelhecer com arte longevidade e saúde.** São Paulo: Atheneu, 2010, p. 1 – 12.

JACOB-FILHO, Wilson. **Promoção da saúde do idoso**. Disponível em: <<http://oqueeutenho.uol.com.br/portal/2010/12/01/exames-de-check-up-em-idosos-previnem-avanco-de-doencas-graves/>>. Acesso em: 24 jul. 2011.

KUSHNER, T. THOMASMA, DC. **Birth to death**. Cambridge Univ. Press, 1996. p. 142,153

LAFIN, Silvio Henrique Filippozzi. As relações familiares e o idoso. In: BULLA, Leonia Capaverde; ARGIMON, Irani Iracema de Lima (organizadoras). **Convivendo com o Familiar Idoso**. Porto Alegre: Edipucrs, 2009. p. 19 – 24.

LEBRÃO Maria Lúcia; DUARTE, Yeda Aparecida de Oliveira. Lei n. 11.346, 15 de setembro de 2006. In: NERI, Anita Liberalesso et al. **Idosos no Brasil vivências, desafios e expectativas na terceira idade**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, SESC – SP, 2007 p. 191 – 208

LEVIN, Jack. **Estatística aplicada a ciências humanas**. 2 ed. São Paulo: Harbra Ltda, 1987.

MACEDO, Arthur Roquete de; JORGE, André Lemos. In: MACEDO, Arthur Roquete de. **Envelhecer com arte longevidade e saúde**. São Paulo: Atheneu, p. XI – XIX.

MATSUDO, Sandra Marcela Mahecha. In: MACEDO, Arthur Roquete de. **Envelhecer com arte longevidade e saúde**. São Paulo: Atheneu, 2010, p.13 – 26.

MOREIRA, Myriam Levy Cardoso. Relacionamento familiar entre gerações. 2ª ed. In: GUIDI, Maria Laís Mousinho; MOREIRA, Maria Regina de Lemos Prazeres. **Rejuvenescer a velhice: novas dimensões da vida**. Brasília: Universidade de Brasília, 1996. p. 125 – 130.

MORIN, Edgar. La voie. **Pour l'avenir de l'humanité**. Éditions Fayard, 2011. Chapitre 6, p. 291-293.

NAJAS, Myrian Spnola; SACHS, Anita. In: PAPALÉO NETTO, Matheus **Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada**. São Paulo: Atheneu, 2002. p. 242 – 247.

NETTO, M. P.; YUASO, Dr Kitadai F. T. Longevidade: desafio no terceiro milênio. In: PESSINI, L. **Bioética & Longevidade Humana**. São Paulo: Loyola, 2006. p.. 259.

NUNES, Valentina. MAYORES, Larousse de los. Tradução de Flávio Quintiliano; Shirley Gomes. São Paulo: Larousse do Brasil, 2003.

OLINO, Rita. In: BERTELLI, Sandra Benevento. **O idoso não quer pijama!: aprenda a conhecer e como tratar esse novo cliente**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2006. Cap. 1 p. 7 – 14.

OLINO, Rita; FORTE, Silvia. In: BERTELLI, Sandra Benevento. **O idoso não quer pijama!: aprenda a conhecer e como tratar esse novo cliente**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2006. Cap. 2 p. 15 – 22.

OLSZEWER, Efrain; OLSZEWER, Melany. **Combate às leis do envelhecimento**. Osasco –SP: Novo século, 2005.

PAPALÉO NETTO, Matheus. PONTE, José Ribeiro da. In: PAPALÉO NETTO, Matheus. **Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada**. São Paulo: Atheneu, 2002. p. 3 – 12.

PASCHOAL, Sérgio Márcio Pacheco. **Epidemiologia do Envelhecimento**. In: PAPALÉO NETTO, Matheus. **Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada**. São Paulo: Atheneu, 2002. p. 26 – 43.

RIBAS JUNIOR, Fabio B. **Iniciativas exemplares na área da atenção aos idosos**. Disponível em: <<http://prattein.publier.com.br/texto.asp?id=169>>. Acesso em: 25 jul. 2011

SANTOS, Glauber Eduardo de Oliveira. **Cálculo amostral: calculadora on-line**. Disponível em: <<http://www.glaubersantos.com/calculoamostral.html>>. Acesso em: 05 ago. 2011.

SICURO, Neli de Oliveira Melo; BREYER, Edith Vogt. **O precioso tempo da velhice**. Fundação Faculdade Estadual de Filosofia, Ciências e Letras da União da Vitória – PR, Coleção Vale do Iguaçu, n° 59, ed. Uniporto, 1990.

SILVA, Célia Regina da. In: BERTELLI, Sandra Benevento. **O idoso não quer pijama! Aprenda a conhecer e como tratar esse novo cliente**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2006. Cap. 5 p. 35 – 42.

SKINNER, Burrhus Frederic; VAUGHAN, Margaret E.; Tradução de Anita Liberalesso Neri. **Viva bem a velhice: aprendendo a programar a sua vida**. 3 ed. São Paulo: Summus, 1985.

SMITH, Maristela Pires da Cruz; KAIRALLA, Ivette Catarina Jabour. In: MACEDO, Arthur Roquete de. **Envelhecer com arte longevidade e saúde**. São Paulo: Atheneu, 2010, p. 101 – 118.

SANTOS, Antonio Silveira dos. **A ultima arca de Noé**. Disponível em: <<http://www.aultimaarcadenoe.com/idosos.htm>>. Acesso em: 25 jul. 2011.

TANAKA, Oswaldo Y.; MELO, Cristina. **Avaliação de Programas de Saúde do Adolescente- um modo de fazer**. São Paulo : Edusp, 2001.

TERDIMAN, Thaís; MACHADO, Luciana Facio. In: BERTELLI, Sandra Benevento. **O idoso não quer pijama!: aprenda a conhecer e como tratar esse novo cliente**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2006. Cap. 7 p. 49 – 60.

TEXEIRA, Ilka Nicéia D'Aquino Oliveira; GUARIENTO, Maria Elena. **Ambiente saudável para pessoas idosas**. Campinas, SP, Editora Alínea, 2008.

VARELLA, Drauzio; JARDIM, Carlos. **Envelhecimento: coleção Doutor Drauzio Varella: Guia prático de saúde e bem-estar**. Barueri – SP: Gold, 2009.

VERAS, Renato P.; CAMARGO Jr, Kenneth Rochel de. Idosos e universidade: parceria para a qualidade de vida. In: VERAS, Renato P. et. al. **Terceira idade: um envelhecimento digno para o cidadão do futuro**. Relume Dumará: UnATI/UERJ, 1995. p. 11 – 27.

VIEIRA, Eliane Brandão. **Manual de gerontologia: um guia teórico-prático para profissionais, cuidadores e familiares**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2004.

VIEIRA, Jeane. **Nem todos podem sorrir como Mirna**. Jornal A Notícia. Joinville: 10 out. 2010, n. 913.

VILELA, Silvano. **Saúde do idoso**. Disponível em: <<http://www.plugbr.net/saude-do-idoso/2007>>. Acesso em: 25 jul. 2011.

VOGT, Carlos. **A Política Nacional do Idoso: um Brasil para todas as idades.** Disponível em: <<http://www.comciencia.br/reportagens/envelhecimento/texto2.htm>>. Texto 2002. Acesso em: 25 jul. 2011.

ZANI, Rolando. Beleza & auto – estima. Rio de Janeiro, Revinter, 1998.

ZIMERMAN, Guite I. **Velhice: aspectos biopsicossociais.** Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.

ANEXOS

Anexo 1: Folha de aprovação do Comitê de Ética – UNIVILLE.....	83
Anexo 2: Folha de aprovação do Comitê de Ética - Hospital Dona Helena.....	84
Anexo 3: Folha de rosto para pesquisa envolvendo seres humanos: Folha I.....	85
Anexo 4: Folha de rosto para pesquisa envolvendo seres humanos: Folha II.....	86
Anexo 5: Declaração da Instituição pesquisada: Associação Beneficente Evangélica de Joinville (ABEJ).....	87
Anexo 6: Declaração da Instituição pesquisada: Cada de Repouso Bem Viver.....	88
Anexo 7 Declaração da Instituição pesquisada: Cada de Repouso Recanto Feliz Ltda.....	89
Anexo 8: Declaração da Instituição pesquisada: Lar do Idoso Betânia.....	90

Anexo 1: Folha de aprovação do Comitê de Ética – UNIVILLE.

FUNDAÇÃO EDUCACIONAL DA REGIÃO DE JOINVILLE - FURJ
UNIVERSIDADE DA REGIÃO DE JOINVILLE



Joinville, 22 de outubro de 2010

OFÍCIO N.º 305/2010 - PRPPG/ CEP

Para Fernanda Diel
Projeto de Pesquisa – MSMA
UNIVILLE

ASSUNTO: Parecer Processo nº 134/10

O Projeto de pesquisa intitulado "ESTUDO COMPARATIVO DAS INFLUÊNCIAS OBSERVADAS COMO RESULTANTES DO ASILAMENTO OU NÃO DE GRUPO DE IDOSOS" e seu Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de sua responsabilidade, foram **APROVADOS** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNIVILLE, após terem sido analisados e verificados que atendem plenamente aos parâmetros descritos na Res. CNS 196/96 e complementares, e Res. 19/07 CEP/UNIVILLE, conforme parecer em anexo.

Lembramos que, ao finalizar a pesquisa, deverá ser encaminhado ao CEP/UNIVILLE o relatório final.

Atenciosamente,



Eleide Abril Gordon Findlay
Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa da UNIVILLE



Campus Joinville
Campus Universitário, s/n - Bem Fato
CEP: 89219-900 - Joinville/SC
Fone: (47) 3461-8020 - Fax: (47) 3473-0131
www.univille.br

Unidade Centro - Joinville
Rua Ministro Caldeiras, 437 - Centro
CEP: 89202-207 - Joinville/SC
Fone: (47) 3422-3021

Unidade São Francisco do Sul
Rodovia Duque de Caxias Km 8 Posto 128 - Iperóia
CEP: 89.240-000 - São Francisco do Sul/SC
Telefones: (47) 3442-2377

Campus São Bento do Sul
R. Norberto Eduardo Weibermann, 230 - Colonial
Caixa Postal 41 - CEP: 89290-000 - São Bento do Sul/SC
Telefones: (47) 3631-9105

Anexo 2: Folha de aprovação do Comitê de Ética - Hospital Dona Helena.

Centro de Estudos, Pesquisa, Extensão e Desenvolvimento - CEPED

Comitê de Ética em Pesquisa

Joinville, 07 de Abril de 2011.

OFÍCIO Nº 04/2011 – CEP/HDH

Para: Enfa. Fernanda Diel

Projeto de Pesquisa

Assunto: Parecer Protocolo nº 002/11

Carta de Aprovação pelo CEP à Enfa. Fernanda Diel.

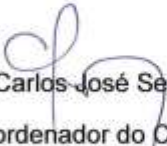
Protocolo:

"Estudo comparativo das influências observadas como resultantes do asilamento ou não asilantes de grupo de idosos".

Após análise da Comissão de Ética em Pesquisa do Hospital Dona Helena, declaro estar **APROVADO** o protocolo acima referenciado.


Sendo o que tínhamos para o momento,

Atenciosamente,


Dr Carlos José Serapião

Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa

Anexo 3: Folha de rosto para pesquisa envolvendo seres humanos: Folha I.

 MINISTÉRIO DA SAÚDE - Conselho Nacional de Saúde - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS (versão outubro/99) Para preencher o documento, use as indicações da página 2.				
I. Projeto de Pesquisa: Estudo comparativo das influências observadas como resultados de cuidados de mães de puérp de idosos.				
2. Área do Conhecimento (Ver relação no verso)		3. Código: 4.04	4. Nível: (Só áreas do conhecimento 4)	
5. Área(s) Temática(s) Especial (s) (Ver fluxograma no verso)		6. Código(s):	7. Fase: (Só área temática 3) I () II () III () IV ()	
8. Unitermos: (3 opções) Idosos, Asilo, Biologia do Envelhecimento				
SUJEITOS DA PESQUISA				
9. Número de sujeitos No Centro : Total: 103 idosos		10. Grupos Especiais : <18 anos () Portador de Deficiência Mental () Embrão /Feto () Relação de Dependência (Estudantes , Militares, Presidiários, etc) () Outros () Não se aplica (X)		
PESQUISADOR RESPONSÁVEL				
11. Nome: Fernanda Aiel				
12. Identidade: 7041620	13. CPF: 003 315 049-05	19. Endereço (Rua, n.º): Chopim		25B
14. Nacionalidade: Brasileira	15. Profissão: Enfermeira	20. CEP: 89207-420	21. Cidade: Jua	22. U.F. SC
16. Maior Titulação: Especialista	17. Cargo: Enfermeira	23. Fone: (51) 8825-8133	24. Fax:	
18. Instituição a que pertence: Casa de Repouso Similiver			25. Email: fernandadaiel@ig.com.br	
Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. Data: ____/____/____ Assinatura: <u>Fernanda Aiel</u>				
INSTITUIÇÃO ONDE SERÁ REALIZADO				
26. Nome:		29. Endereço (Rua, n.º):		
27. Unidade/Orgão:		30. CEP:	31. Cidade:	32. U.F.:
28. Participação Estrangeira: Sim () Não ()		33. Fone:	34. Fax:.	
35. Projeto Multicêntrico: Sim () Não () Nacional () Internacional () (Anexar a lista de todos os Centros Participantes no Brasil)				
Termo de Compromisso (do responsável pela instituição) : Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução. Nome: <u>Mauro Antonio Novano</u> Cargo: <u>Assistente Social</u> Data: <u>20/04/2011</u> Assinatura: <u>Mauro Antonio Novano</u> <small>Hospital Dona Helena</small>				
PATROCINADOR				
36. Nome:		39. Endereço		
37. Responsável:		40. CEP:	41. Cidade:	42. UF
38. Cargo/Função:		43. Fone:	44. Fax:	
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP				
45. Data de Entrada: 30/03/11	46. Registro no CEP: 002/11	47. Conclusão: Aprovado (X) Data: 07/04/11	48. Não Aprovado () Data: ____/____/____	
49. Relatório(s) do Pesquisador responsável previsto(s) para: Data: ____/____/____ Data: ____/____/____				
Encaminhado a CONEP: 50. Os dados acima para registro () 51. O projeto para apreciação () 52. Data: ____/____/____		53. Coordenador/Nome: Assinatura: _____		Anexar o parecer consubstanciado
COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA - CONEP				
54. Nº Expediente :	56. Data Recebimento :	57. Registro na CONEP:		
55. Processo :				
58. Observações:				

Anexo 4: Folha de rosto para pesquisa envolvendo seres humanos: Folha II.



MINISTÉRIO DA SAÚDE
Conselho Nacional de Saúde
Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS (versão outubro/99)			
1. Projeto de Pesquisa: ESTUDO COMPARATIVO DAS INFLUÊNCIAS OBSERVADAS COMO RESULTANTES DO ASILAMENTO OU NÃO ASILAMENTO DE GRUPO DE IDOSOS.			
2. Área do Conhecimento (Ver relação no verso): 4	3. Código: 4.04	4. Nível: (Só áreas do conhecimento 4)	
5. Área(s) Temática(s) Especial (s) (Ver fluxograma no verso) GRUPO III	6. Código(s):	7. Fase: (Só área temática 3) I () II () III () IV ()	
8. Unitermos: (3 opções): IDOSOS; ASILO; BIOÉTICA DO ENVELHECIMENTO.			
SUJEITOS DA PESQUISA			
9. Número de sujeitos No Centro: Total: 107 idosos	10. Grupos Especiais: <18 anos () Portador de Deficiência Mental () Embrião /Feto () Relação de Dependência (Estudantes, Militares, Presidiários, etc) () Outros () Não se aplica (X)		
PESQUISADOR RESPONSÁVEL			
11. Nome: FERNANDA DIEL			
12. Identidade: 4.091.630	13. CPF: 005.315.049-05	19. Endereço (Rua, n.º):	CHOPIN 258
14. Nacionalidade: BRASILEIRA	15. Profissão: ENFERMEIRA	20. CEP: 89227-420	21. Cidade: JOINVILLE 22. U.F. SC
16. Maior Titulação: ESPECIALISTA	17. Cargo: ENFERMEIRA	23. Fone: (47)3427-2691 (47)8825-8157	24. Fax: XXXX
18. Instituição a que pertence: CASA DE REPOUSO BEM-VIVER		25. Email: fernandadiel@ig.com.br fernandadielhamm@yahoo.com.br	
Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. Data: 20/08/2010			
INSTITUIÇÃO ONDE SERÁ REALIZADO			
26. Nome: CASA DE REPOUSO BEM-VIVER		29. Endereço (Rua, nº): PORTO UNIÃO, 663	
27. Unidade/Orgão: CASA DE IDOSOS/ORGÃO: PRIVADO	30. CEP: 89203-460	31. Cidade: JOINVILLE	32. U.F. SC
28. Participação Estrangeira: Sim () Não (X)	33. Fone: (47)3433-7462	34. Fax: XXXX	
35. Projeto Multicêntrico: Sim () Não (X) Nacional () Internacional () (Anexar a lista de todos os Centros Participantes no Brasil)			
Termo de Compromisso (do responsável pela instituição) :Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução Nome: MARIA MARLI TEIXEIRA DE MORAES Cargo: PROPRIETÁRIA Data: 20/08/2010			
		Assinatura <i>Maria Marli Teixeira de Moraes</i>	
Carimbo: Casa de Repouso Bem Viver Ltda.-ME CNPJ 05.638.071/0001-97 Carimbo			
PATROCINADOR			
36. Nome: Não se aplica (X)			
37. Responsável:		39. Endereço	
38. Cargo/Função:		40. CEP:	41. Cidade: 42. UF
		43. Fone:	44. Fax:
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP			
45. Data de Entrada: / /	46. Registro no CEP:	47. Conclusão: Aprovado () Data: / /	48. Não Aprovado () Data: / /
49. Relatório(s) do Pesquisador responsável previsto(s) para: Data: / / Data: / /			
Encaminho a CONEP: 50. Os dados acima para registro () 51. O projeto para apreciação () 52. Data: / /		53. Coordenador/Nome Assinatura	
Anexar o parecer consubstanciado			
COMISSÃO NACIONAL DE ÉTICA EM PESQUISA - CONEP			
54. Nº Expediente :	56. Data Recebimento :	57. Registro na CONEP:	
55. Processo :			
58. Observações:			

Anexo 5: Declaração da Instituição pesquisada: Associação Beneficente Evangélica de Joinville (ABEJ).



Declaro para os devidos fins que a Aluna de mestrado em saúde e meio ambiente, Fernanda Diel irá desenvolver seu trabalho de pesquisa nesta instituição, Centro de Convivência do Idoso/ ABEJ. Mediante supervisão da equipe e do orientador Dr. Carlos José Serapião. Coloco-me a disposição para maiores esclarecimentos. Telefone: 3451-3362/ 9929-7363

Dra. Adriana Tormen Branco
CREFITO 10-31.795 F

Adriana Tormen Branco
Fisioterapeuta/ABEJ

Ação Ergonômica HDH
Dra. Osmarina Borgmann
Fisioterapeuta do Trabalho
Perita Judicial
CREFITO 10/12048-F

Anexo 6: Declaração da Instituição pesquisada: Cada de Repouso Bem Viver.DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que Fernanda Diel, RG: 4.091.630, CPF: 005315049-05, reside na rua: Chopin, 258 – Iriú – Joinville/SC, aluna do curso de Mestrado em Saúde e Meio Ambiente, estará realizando sua pesquisa de campo como os idosos, nesta Instituição – "Casa de Repouso Bem-Viver", situada a rua: Porto União, 663 – Anita Garibaldi – Cep: 89203-460, fone: (47) 3433-7462, Joinville/SC.



Maria Marli Teixeira de Moraes
Responsável Lega

Joinville, 18 de agosto de 2010

Anexo 7: Declaração da Instituição pesquisada: Cada de Repouso Recanto Feliz Ltda.

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que Fernanda Diel, RG: 4.091.630, CPF: 0005315049-05 reside na rua: Chopin, 258 – Iriú, Joinville/SC, aluna do curso de Mestrado em Saúde e Meio Ambiente, estará realizando sua pesquisa de campo com os idosos nesta Instituição de Longa Permanência, conforme Comitê de Ética de Pesquisa.

Carimbo da Instituição de Longa Permanência

10 589 346/0001-20

CASA DE REPOUSO RECANTO
FELIZ LTDA. - ME

RUA ANITA GARIBALDI, 1.560
ANITA GARIBALDI - CEP 89203-301

JOINVILLE - SANTA CATARINA

Aldemir de Souza

Assinatura do Responsável

Joinville, 10 de Março de 2011

Anexo 8: Declaração da Instituição pesquisada: Lar do Idoso Betânia.

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins, que Fernanda Diel, RG: 4.091.630, CPF: 0005315049-05 reside na rua: Chopin, 258 – Iriú, Joinville/SC, aluna do curso de Mestrado em Saúde e Meio Ambiente, estará realizando sua pesquisa de campo com os idosos nesta Instituição de Longa Permanência, conforme Comitê de Ética de Pesquisa.

Carimbo da Instituição de Longa Permanência


Assinatura do Responsável

Joinville, 10 de Março de 2011

84.706.381/0002-08

ADIPROS
LAR DO IDOSO BETÂNIA

R. Dr. Plácido Olímpio de Oliveira, 565
Bucarein - Cep 89202-450
Joinville - Santa Catarina

APÊNDICES

Apêndice 1: Questionário

QUESTIONÁRIO IDEALIZADO PARA FATORES OBSERVADOS

- IDENTIFICAÇÃO DO IDOSO E AVALIAÇÃO PESSOAL

NOME:

IDADE: SEXO: () FEMININO () MASCULINO

ETHINIA:

NATURAL:

ESTADO CIVIL: () SOLTEIRO () CASADO () VIÚVO

() DESQUITADO/SEPARADO/DIVORCIADO

SABE LER/ESCREVER: () SIM () NÃO

ESCOLARIDADE/ÚLTIMA SÉRIE CURSADA:

TEM INTERESSE DE ADQUIRIR NOVOS CONHECIMENTOS:

CONHECIMENTOS NÍVEL TECNOLÓGICO/INTERESSE:

MORADIA: () PRÓPRIA () ALUGADA () OUTRO:

BENS:

POSSUI RENDA: () INSS IDADE () INSS TEMPO DE SERVIÇO () ALUGUÉIS
() PENSÃO

É SUFICIENTE PARA DESPESAS:

- RELACIONAMENTO DO IDOSO NO CONVÍVIO FAMILIAR E SOCIAL

QUAL O SIGNIFICADO DA FAMÍLIA?

QUAL É SUA COMPOSIÇÃO FAMILIAR

() ESPOSA/MARIDO/COMPANHEIRO () TIOS

() FILHOS/GENROS/NORAS () SOBRINHOS

() NETOS

() OUTROS

TEM AMIGOS/VIZINHOS IMPORTANTES:

PARTICIPA DE ATIVIDADES FORA DO CONVÍVIO FAMILIAR? QUAL?

RECEBE VISITAS, QUEM, FREQUÊNCIA:

AS VISITAS SÃO SUFICIENTES:

JÁ PERDEU ALGUÉM IMPORTANTE:

QUAL A SUA RELIGIÃO:

QUAL O VALOR DA RELIGIÃO PARA VOCÊ:

O QUE A RELIGIÃO REPRESENTA PARA VOCÊ:

PARTICIPA DE ATOS RELIGIOSOS/CULTOS, FREQUÊNCIA:

O QUE GOSTA DE COMPRAR:

PRESENTEIA FAMILIARES E AMIGOS: _

REALIZA VIAGENS:

AMIGOS É: () IMPORTANTE () MUITO BOM () INDIFERENTE

SOLIDÃO LEVA VOCÊ: () TRISTEZA () CHORAR () IRRITAÇÃO () VONTADE RELACIONAR

VELHICE É UM PROCESSO: () NATURAL () DIFÍCIL () FÁCIL

JOVENS TOMAM ATITUDES AOS IDOSOS: () DESPREZO () AMIGÁVEL () PROTEÇÃO () AUTORIDADE

QUAL IMPORTÂNCIA DOS JOVENS:

PREOCUPAÇÃO:

- CUIDADOS COM A SAÚDE

ORIENTA-SE TEMPO E ESPAÇO:

ACAMADO:

TOMA BANHO SÓ:

VESTE-SE SÓ:

AUDIÇÃO/UTILIZA APARELHO AUDITIVO:

FAZ USO DE ÓCULOS:

TÊM CONVÊNIO: () SIM () NÃO

PROCURA MÉDICO: () SIM () NÃO

NÚMERO DE CONSULTA – ÚLTIMOS 12 MESES:

NÚMERO DE INTERNAÇÕES – ÚLTIMOS 12 MESES:

PERFIL PATÓLOGICO:

TEM PREOCUPAÇÃO COM DOENÇAS:

FAZ USO DE MEDICAÇÕES:

FORNECIMENTO PELO SUS OU FARMÁCIA:

FAZ CAMINHADA, OU OUTRO EXERCÍCIO FÍSICO:

COMO VOCÊ AVALIA SUA SAÚDE:

ALIMENTAÇÃO:

NÚMERO DE REFEIÇÕES:

DIETA ALIMENTAR PRESCITA:

SEGUE ALGUMA ORIENTAÇÃO NUTRICIONAL:

FAZ USO DE BEBIDAS:

FAZ USO DE CIGARROS: QUANTIDADE DIÁRIA:

- GRAU DE CONHECIMENTO DO IDOSO COM SEUS DIREITOS (SAÚDE/LOCOMOÇÃO/FINANÇAS/EDUCAÇÃO/JURÍDICO/SERVIÇOS)

QUAL O BENEFÍCIO QUE O GOVERNO OFERECE PARA A TERCEIRA IDADE?

VOCÊ JÁ PRECISOU DE UM ÓRGÃO PÚBLICO? QUAL?

NÍVEL DE ATENDIMENTO () BOM () RUIM () INEFICIENTE

TEM ALGUMA RECLAMAÇÃO/JÁ FEZ ALGUMA RECLAMAÇÃO:

VOCE JÁ VISUALIZOU ALGUM RECURSO FEITO PARA OS IDOSOS:

- RELAÇÃO IDOSO X INSTITUIÇÃO

ATIVIDADE ANTES DE ENTRAR NA INSTITUIÇÃO:

OUTRAS CONSIDERAÇÕES/CUIDA NETO:

A INSTITUIÇÃO ORGANIZA ATIVIDADE FÍSICA:

VOCÊ PARTICIPA:

COMO UTILIZA SEU TEMPO:

O QUE GOSTARIA DE FAZER:

POR QUE ESTÁ NESTA INSTITUIÇÃO:

PRINCIPAL MOTIVO DE MORAR NA INSTITUIÇÃO:

MORAVA COM QUEM ANTES DE ENTRAR NA INSTITUIÇÃO:

TEMPO QUE ESTÁ NA INSTITUIÇÃO:

QUANDO PRETENDE SAIR:

AVALIAÇÃO DA INSTITUIÇÃO:

O QUE PRECISA MELHORAR:

JÁ ESTEVE EM OUTRA INSTITUIÇÃO:

POR QUE SAIU: