

Matheus Papaléo Netto



TRATADO DE
GERONTOLOGIA

2ª Edição

Revista e Ampliada

 Atheneu

Cuidado ao Idoso em Instituições 60

TOMIKO BORN

INTRODUÇÃO

Quando se fala em instituições para idosos, o termo que logo nos ocorre é asilo, com as imagens correspondentes de um lugar sombrio, mal cheiroso, onde idosos, em estado de semi-torpor, esperam, não se sabe bem o quê.

Os meios de comunicação eletrônicos são mestres em difundir essas imagens, às quais acrescentam mensagens condenatórias daqueles que internaram os idosos: "filhos ingratos, como podem fazer isso com os pais, de quem tudo receberam?". São mensagens que contêm a idéia de que a institucionalização do idoso é sempre um ato de abandono.

No Brasil, muitos continuam sem perceber que o tempo passou e que deixamos de ser um país de jovens. Não conseguimos resolver os problemas fundamentais da nossa sociedade, mas já enfrentamos novos e complexos problemas, que vieram somar-se aos já existentes.

Historicamente, as instituições asilares tiveram origem como um equipamento de assistência social, onde eram abrigados idosos pobres e sem família. Algumas eram, no início, verdadeiros asilos de mendicidade, que lembravam os "Alms Houses" da antiga Inglaterra, regida pela Lei Elisabetana dos Pobres de 1601, onde eram internados os pobres considerados incapazes: o doente, o velho, o cego, o surdo-mudo, o inválido, o demente e mães com crianças pequenas¹⁰.

A Política Nacional do Idoso (Lei 8.842 de 1994) prioriza o atendimento ao idoso através da sua própria família e assinala, ainda, que a modalidade asilar deve ser considerada uma alternativa assistencial *em casos de ausência de família ou em situação de abandono ou pobreza*. Verifica-se, assim, que esta lei não considera outras situações em que o atendimento em instituição asilar possa ser necessário, em caráter temporário ou permanente.

Entretanto, é preciso lembrar que, hoje, a problemática da internação de idosos em instituições assumiu novos feitos: continua havendo um grande contingente de idosos que necessita de abrigos por questões de sobrevivência, mas novos atores entraram em cena: idosos ricos, remediados ou pobres, que trazem as marcas de enfermidades crônico-degenerativas, seqüelas de acidente vascular cerebral ou demências, cujo cuidado pela família tornou-se impossível por vários motivos.

Conforme pondera Saad¹⁸, "embora de uma maneira geral não se questione o fato de ser a família a instância mais capacitada a oferecer o apoio básico aos idosos, e de ser o ambiente familiar o mais adequado para a sua convivência, resta saber até que ponto as famílias terão condições de manter os papéis e vínculos tradicionais com relação aos seus idosos, a despeito do aumento da carga de dependência, do declínio das condições econômicas, do intenso

processo de migração e do crescente engajamento da mulher em atividades econômicas fora do lar".

Muitas instituições para idosos em grandes centros urbanos enfrentam problemas semelhantes aos dos países ricos, mas sem os recursos econômicos e tecnológicos correspondentes. As perspectivas são assustadoras. Para agravar, a ausência de um programa de saúde acessível para a maioria da população idosa reflete-se nos novos pedidos de internação que batem às portas das instituições.

É preciso ajustar nossas lentes e examinar a questão da institucionalização nessa perspectiva, tendo como pano de fundo as grandes transformações que ocorreram no Brasil a partir dos anos 1960: urbanização intensa, mudanças na organização familiar, emprego feminino, espaços habitacionais diminuídos, sem falar nas sucessivas crises econômicas que vêm atingindo duramente uma grande parte da população.

Evidentemente, a internação deve ser a última alternativa, depois que todas as outras foram pensadas e esgotadas. Feliz o idoso que pode permanecer até o fim dos seus dias na sua própria casa, cercado por familiares que aliam amor e competência técnica para cuidar dele, dispondo de espaço habitacional e dinheiro para prover suas necessidades.

Com estas considerações introdutórias, pretendemos justificar este trabalho, que objetiva examinar questões relativas ao cuidado ao idoso na instituição asilar, mudanças no papel da instituição para o idoso, discutir critérios para internação, examinar condições para manter a instituição como um lugar para viver, problemas do seu cotidiano, terminando com reflexões sobre perspectivas futuras.

DO ASILO DE MENDICIDADE A INSTITUIÇÕES ESPECIALIZADAS

Em vários países do mundo, os asilos para idosos nasceram como um serviço para abrigar idosos pobres e sem família, muitos em estado de mendicância. O Departamento de Geriatria D. Pedro II da Santa Casa de Misericórdia, que foi transformado em 1996 em Hospital Geriátrico e de Convalescentes, é um bom exemplo dessa trajetória. É hoje uma instituição geriátrica com capacidade para atender 552 idosos, mas sua origem se deve à preocupação em dar assistência aos mendigos que, em fins do século XIX, começavam a aumentar na cidade de São Paulo (Faria,

1971). Crescendo a internação de pessoas idosas, aos poucos passou a prevalecer o caráter de instituição para a velhice e, a partir de 1964, definiu-se como uma instituição geriátrica.

Embora, nos últimos anos, várias pesquisas tenham sido realizadas em instituições asilares, até hoje não há um levantamento de âmbito nacional sobre as mesmas, a não ser o estudo de Hôte¹⁴, um sociólogo francês que, em 1984, pesquisou extensivamente programas para a terceira idade no Brasil. O livro que reúne os resultados do seu trabalho indica que, naquele ano, entre 0,6% e 1,3% da população idosa se encontrava em instituições. O relatório da Caravana a instituições asilares, realizada em setembro de 2001, pela Comissão de Direitos Humanos da Câmara Federal, comenta, também, que "É difícil saber quantos são os idosos institucionalizados no Brasil. Pelos dados do governo, existem hoje em torno de 19 mil idosos* atendidos em instituições asilares. O número pode ser muito maior se levarmos em conta que muitas instituições do tipo não estão cadastradas e outras tantas funcionam, efetivamente, na clandestinidade."

Segundo dados internacionais, em países europeus e da América do Norte, o percentual de idosos institucionalizados varia de 5% a 8% com predominância feminina e idades avançadas (75 a 80 anos e mais). Aqueles que ingressam com idades mais baixas são geralmente pessoas solteiras, viúvas ou sem filhos (Bureau of the Census, 1993).

As instituições para idosos de caráter filantrópico são geralmente mantidas por associações religiosas (católicas, espíritas, evangélicas), associações de imigrantes e seus descendentes e outras organizações como Rotary, Lyons ou Maçonaria. São também conhecidas como Lares, Casas dos Velhinhos, Casas da Vovó, Recantos, Cidade dos Velhinhos, Centro de Convivência, Centro Vivencial e Ancianatos (no sul do país) e apresentam grande heterogeneidade, variando de um mero abrigo a instituições altamente desenvolvidas, que ostentam um padrão comparável ao do primeiro mundo.

Nos últimos anos, especialmente em centros urbanos de maior porte, multiplicaram-se Casas de Repouso, Clínicas de Repouso ou Clínicas Geriátricas, de caráter privado, com fins lucrativos e extraordi-

*Talvez no Brasil encontrem-se em instituições asilares cerca de 2% a 3% de idosos.

nariamente heterogêneas quanto ao padrão dos seus serviços.

Nos anos recentes, muitas instituições filantrópicas passaram a receber números crescentes de idosos dependentes ou semi-dependentes, de idade mais avançada, vários seqüelados de acidente vascular cerebral e outros com quadro demencial. Muitas instituições procuraram adequar-se às novas demandas, reformando suas instalações, construindo outras, contratando profissionais, geralmente com grandes dificuldades devido à permanente falta de recursos econômicos para programas sociais.

MODALIDADES DE INSTITUIÇÕES

A experiência dos países mais desenvolvidos, e também do Brasil, indica necessidade de definir critérios para organizar instituições ou unidades dentro de uma instituição, com atendimento especializado, conforme o grau de dependência dos residentes. Nos Estados Unidos, já na década de 1950 fazia-se a distinção entre *Home for the aged* (Lar para o idoso) e *Nursing Home* (Lar para idosos dependentes). Nos anos recentes, devido à multiplicação de programas de atenção à velhice, fala-se num *continuum* de serviços ou num sistema global de serviços à população idosa.

Kane e Kane¹⁵ consideram os *Nursing Homes* (lar para idosos dependentes) como parte integrante dos cuidados de longa duração (*Long Term Care*), um programa híbrido, parcialmente de saúde e parcialmente de serviço social.

Outras fontes (*Nursing Home Info*) nesse país classificam as instituições asilares como:

- Moradias para idosos independentes, que incluem:
 - moradia independente (*Independent Living*) para pessoas capazes de se cuidarem;
 - residência comunitária (*Congregate Care*) que, embora similar ao anterior, proporciona um ambiente comunitário com algumas refeições servidas no refeitório e outros serviços, como transporte, piscina, lojas de conveniência, lavanderia etc;
- Moradias com assistência (*Assisted Living*) em acomodações no estilo de apartamentos, objetivando assistência nas atividades da vida diária com serviços de refeições, limpeza e manutenção do apartamento, assistência em relação aos medicamentos, lavagem de roupas e visitas regulares aos residentes;

- Cuidados intermediários (*Intermediate Care*) que designam lares para idosos com algum grau de dependência, mas que não requeiram grandes cuidados;
- Serviços especializados de enfermagem (*Skilled Nursing Facilities*) são instituições que proporcionam cuidados integrais de enfermagem para pessoas com doenças graves ou deficientes. Estão registrados em órgãos públicos e contam com enfermeiras padrão, enfermeiras técnicas e auxiliares de enfermagem.

Duarte e Pavarini⁹, ao se referirem ao atendimento institucional de idosos nos Estados Unidos e Inglaterra, fazem referência a quatro categorias de instituições:

1. pessoas que necessitam de cuidados provisórios até recuperarem a capacidade de cuidarem de si mesmas (reabilitação);
2. pessoas que não podem, por doenças ou incapacidade, cuidar de si mesmas;
3. pessoas com doenças terminais que necessitam de cuidados até morrerem;
4. idosos fragilizados que necessitam de cuidados contínuos.

Recentemente, a Portaria 073/2001 da Secretaria de Assistência Social do Ministério da Previdência e Assistência Social ao formular normas para o funcionamento de serviços de atenção ao idoso, introduziu a expressão Atendimento Integral Institucional para designar os programas desenvolvidos em instituições para idosos e definiu três modalidades de atendimentos, conforme o grau de dependência do idoso:

Modalidade I

É a Instituição destinada a idosos independentes para atividades da vida diária (AVD), mesmo que requeiram o uso de algum equipamento de auto-ajuda, isto é, dispositivos tecnológicos que potencializam a função humana, como, por exemplo, andador, bengala, cadeira de rodas, adaptações para vestimenta, escrita, leitura, alimentação, higiene etc. A capacidade máxima recomendada é de 40 pessoas, com 70% de quartos para quatro idosos e 30% para dois idosos.

Modalidade II

É a instituição destinada a idosos dependentes e independentes que necessitam de auxílio e de cuidados especializados e que exijam controle e acompa-

nhamento adequado de profissionais de saúde. Não serão aceitos idosos portadores de dependência física acentuada e de doença mental incapacitante. A capacidade máxima recomendada é de 22 pessoas, com 50% de quartos para quatro idosos e 50% para dois idosos.

Modalidade III

É a instituição destinada a idosos dependentes que requeiram assistência total em, no mínimo, uma AVD. Necessita de uma equipe interdisciplinar de saúde. A capacidade máxima recomendada é de 20 pessoas, com 70% de quartos para dois idosos e 30% para quatro idosos com dependência total em pelo menos uma AVD.

Por sua vez, a Comissão de Assessoria Técnica a Instituições da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, Seção São Paulo (SBGG SP), ao elaborar o Manual de Funcionamento de Instituições de Longa Permanência para Idosos, examinando a referida Portaria, concluiu que para a realidade de São Paulo era desejável haver quatro modalidades de instituições (ou unidades no interior das instituições):

Modalidade I

É a instituição destinada a idosos com até uma AVD comprometida e capacidade cognitiva preservada, mesmo que requeiram o uso de algum equipamento de auto-ajuda, isto é, dispositivos tecnológicos que potencializam a função humana, como por exemplo, andador, bengala, adaptações para vestimenta, escrita, leitura, alimentação, higiene etc. A capacidade máxima recomendada por *Unidade** é de 40 pessoas.

Modalidade II

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

Modalidade III

É a instituição destinada a idosos com quatro a cinco AVDs comprometidas, com quadro demencial

e ou cognição alterada. Necessita de uma equipe interdisciplinar de saúde. A capacidade máxima recomendada por *Unidade* é de 30 pessoas.

Modalidade IV

É a instituição destinada a idosos dependentes que requeiram assistência total nas AVDs. Necessita de uma equipe interdisciplinar de saúde. A capacidade máxima recomendada por *Unidade* é de 30 pessoas.

Tanto a Portaria 073/2001, como o Manual da SBGG SP² contêm orientações para a composição do quadro de pessoal e organização do espaço necessário para o atendimento em cada Modalidade.

Na Inglaterra e nos Estados Unidos as instituições que atendem idosos dependentes são hoje designadas *Long Term Care Institution — LTC*, ou seja, instituição para cuidados de longo prazo. No Brasil passamos a adotar a expressão Instituição de Longa Permanência para Idosos ILPI, cuja sigla utilizaremos doravante, ao longo deste texto.

Segundo a literatura disponível, na Inglaterra as ILPI encontram-se em estabelecimentos hospitalares⁴. O tempo médio de permanência do idoso nas LTC dos Estados Unidos é de dois anos; a idade média, 82 anos; 70% tem mais de 70 anos; a proporção de sexos é três mulheres para um homem e um terço é admitido diretamente dos hospitais¹¹.

Tarefa mais difícil do que cuidar de idosos portadores de deficiências físicas é cuidar do idoso demenciado. Muitas instituições continuam com seus residentes demenciados enquanto estes encontram-se num limite considerado tolerável por funcionários e técnicos e não oferecem ameaça nem a si mesmos, nem a terceiros. Agravando-se seu estado, torna-se imperioso o encaminhamento a outras entidades, normalmente hospitais psiquiátricos. Trata-se de um problema grave, fonte de grande preocupação nos países ricos, tanto para as autoridades competentes como para a população em geral. O que dizer de um país de poucos recursos e precária organização comunitária como o nosso?

ENTRE A TEORIA E A PRÁTICA OU A DISTÂNCIA ENTRE OS DOIS BRASIS

No Brasil, dadas as condições econômicas extremamente desfavoráveis de uma grande parte da população, o envelhecimento torna-se mais um castigo do que prêmio para muitos idosos; sua aposentadoria irrisória

*No prelo.

tende a sofrer achatamento, sua saúde está em declínio por más condições de trabalho e vida e falta de hábitos saudáveis. Quando enfermo, só pode valer-se da rede pública de saúde, sujeito a longas filas de espera e, quando perde a autonomia, sua moradia é inadequada. Caso procure uma instituição, seus recursos só lhe permitem pagar uma casa de repouso de baixo padrão ou esperar vaga numa entidade filantrópica.

Até agora, a ação do Estado tem sido irregular e insuficiente. Faltam políticas públicas, verbas, ação fiscalizadora. A portaria 810 do Ministério da Saúde, sancionada em 22 de setembro de 1989, aprovou as normas e os padrões para o funcionamento de casas de repouso, clínicas geriátricas e outras instituições destinadas ao atendimento de idosos. Embora necessárias, essas normas não consideraram devidamente a realidade brasileira. No Estado de São Paulo, a portaria do Centro de Vigilância Sanitária de 4 de dezembro do mesmo ano, tornou obrigatória a vistoria pela autoridade sanitária, para efeito de expedição de alvará (único) de funcionamento das respectivas instituições e outras providências.

Por faltarem às autoridades sanitárias do Estado condições para exigir o cumprimento da referida Portaria, grande número de instituições filantrópicas e casas de repouso atendem sem o Alvará de Funcionamento. Deve-se registrar que a Secretaria de Assistência e Desenvolvimento Social do Estado de São Paulo, a fim de superar essa situação, notificou as instituições filantrópicas que, desde de março de 1995, o Alvará de Funcionamento é exigido para a renovação do registro nessa Secretaria. Quanto às casas de repouso, têm merecido a ação fiscalizadora do Grupo de Assistência e Proteção ao Idoso (GAPI), sob a iniciativa do Ministério Público e integrado por representantes da Vigilância Sanitária. Sua ação já resultou no fechamento de um grande número de casas de repouso na Grande São Paulo.

Embora sejam meritórias as ações desenvolvidas, não será nem uma legislação, nem uma enérgica intervenção que irá mudar o atendimento dispensado aos idosos. Mesmo as casas de repouso vistoriadas e liberadas pelo GAPI estão longe de atenderem às necessidades da população idosa. A demanda é tão grande que o próprio Ministério Público admite que não interdita algumas ILPI por não ter para onde encaminhar os idosos que estão sendo atendidos nessas instituições. A Vigilância Sanitária tem constatado que muitas ILPI, mesmo fechadas, reabrem logo depois, em outro endereço, e com outro nome. A verdade é que não temos um dimensionamento adequado da demanda real.

Em setembro e outubro de 2001 a Comissão de Direitos Humanos da Câmara Federal organizou uma Caravana a Asilos que percorreu as cidades de São Paulo, Rio de Janeiro, Recife, Londrina e Curitiba. Visitou 28 instituições e, ao final, produziu um relatório com o título *Uma Amostra da Realidade dos Abrigos e Asilos de Idosos no Brasil*. Um dos parágrafos iniciais do relatório resume bem a situação encontrada:

“Nos asilos, os idosos não são concebidos como cidadãos. São resquícios, lembranças avulsas, lamentos. Pessoas tratadas como absolutamente incapazes, mesmo quando no gozo pleno de suas faculdades mentais ou independentes fisicamente. Não podem decidir o que quer que seja, devem responder prontamente às normas internas definidas sempre por outros, comer a comida que outros preparam, dormir e acordar nas horas de praxe, tomar a medicação que lhes é dada e aguardar. Aguardar, indefinidamente, por nada. Em grande parte das instituições, não possuem sequer o direito ao nome próprio. Aqueles que interagem com eles, não sabem seus nomes. O espaço que habitam não é o seu espaço. Dormem em quartos onde as camas quase se tocam, junto com outros idosos que jamais viram antes. Não possuem privacidade, nem contam com mobiliário próprio que lhes permitam guardar seus pertences e ter a eles acesso. Nesses espaços onde se estranham, não contam, em regra, com uma estrutura física adaptada à sua condição física ou às dificuldades que passam a experimentar para locomoção e outras atividades da vida diária (AVD). Os asilos onde foram deixados costumam lhes construir armadilhas perigosas: às vezes, uma escada íngreme, sem corrimão; às vezes um banheiro úmido e escorregadio, sem amparos. Por conta disso, caem freqüentemente e se machucam.”

É importante salientar que o quadro descrito não foi encontrado nos estados e cidades pobres, mas em cidades de grande porte e poder econômico como São Paulo, Rio de Janeiro, Curitiba, Londrina, Recife.

Em 4 de janeiro de 1994, foi sancionada a Lei 8.842 que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso. Se de um lado a lei atende à longa luta daqueles que trabalham com idosos e dos próprios idosos, estabelecendo princípios e diretrizes, definindo prioridades e competências, de outro revela também a distância entre os legisladores e a realidade social. Seu artigo 4, Parágrafo único, assinala: “É vedada a permanência de portadores de doenças que necessitem de assistência médica ou de enfermagem permanente em instituições asilares de caráter social.” Esse artigo aparece

atenuado no Decreto nº 1.948 de 3 de julho de 1996, que regulamenta a Lei 8.842, art. 18, "Fica proibida a permanência em instituições asilares de caráter social, de idosos portadores de doenças que exijam assistência médica permanente ou de assistência de enfermagem intensiva, cuja falta possa agravar ou por em risco sua vida ou a vida de terceiros. Parágrafo único. A permanência ou não do idoso doente em instituições asilares, de caráter social, dependerá de avaliação médica prestada pelo serviço de saúde local. Art. 19. Para implementar as condições estabelecidas no artigo anterior, as instituições asilares poderão firmar contratos ou convênios com o Sistema de Saúde local."

Fundamentando-se na Lei 8.842, a Comissão de Direitos Humanos acima mencionada recomendou:

"IV — Que as instituições tipicamente asilares sejam, progressivamente, desativadas em favor de uma política pública que privilegie o atendimento domiciliário, as Casas-lares, os Hospitais dia e os Centros de convivência, conforme diretrizes da Política Nacional do Idoso.

V — Que, em caráter emergencial, o governo federal, os governos estaduais e as prefeituras, assegurem o deslocamento para instituição de natureza hospitalar de todos os idosos portadores de doenças infecciosas ou que necessitem de assistência médica permanente ou de cuidados intensivos de enfermagem que estejam internados em instituições asilares de caráter social, garantindo, desta forma, o disposto pelo parágrafo único do inciso IX do artigo 4 da Lei 8.842/94."

Essas recomendações remetem-nos tanto à análise sobre as mudanças na estrutura familiar, como sobre o aumento de idosos com vários graus de dependência, em decorrência de enfermidades crônico-degenerativas. Devemos nos lembrar, também, conforme afirma Kane e Kane¹⁵, da importância de um sistema global de atenção ao idoso ou da necessidade de um *continuum* de serviços para a velhice. Nesse sentido, a implantação de programas não-asilares não irá excluir a função de ILPI. Provavelmente, conforme se verifica nos países desenvolvidos e, também, nos municípios mais urbanizados e ricos do Brasil, havendo um amplo leque de serviços de atendimento "não-asilar", ingressarão nas ILPI, idosos de idade mais avançada e com alto grau de dependência. Nesse sentido, a recomendação V merece, igualmente, maior atenção. Não se discute a necessidade de transferência de idosos portadores de doenças infecto-contagiosas, mas não se pode ignorar que muitos idosos em ILPI já rece-

bem cuidados da enfermagem e de outros profissionais de saúde, sem, contudo, necessitarem de atendimento hospitalar, mas de uma moradia especializada, como deve ser as ILPI.

Devemos reivindicar, também, um apoio efetivo do Estado aos programas de atendimento integral institucional por meio de pagamentos per *capita* mensal que se aproxime dos valores gastos na manutenção desses programas.* Além disso, é desejável a promoção de treinamentos de dirigentes e funcionários de instituições em parceria com instituições de ensino e sociedades científicas.

Por outro lado, tem-se observado que certas iniciativas que nascem de grupos de instituições para trocas de experiências, num clima de mútua confiança, são extremamente produtivas

A participação das instituições de ensino, do nível fundamental ao universitário nas ILPI tem aumentado nos últimos anos, realizando um intercâmbio mutuamente benéfico. Muitos cursos de nível superior têm organizado estágios em ILPI, proporcionando, assim, atendimentos especializados. Algumas escolas desenvolvem programas de resgate da memória dos idosos, que funcionam, também, para aprendizado de história e geografia. Em relação a crianças do ensino fundamental, um exemplo interessante é o programa desenvolvido por uma professora de Roraima, semi-finalista do concurso Professor Nota 10 de 2002, promovido pela Fundação Victor Civita: Pequenos contadores de histórias, que visava ao desenvolvimento da leitura na criança. As crianças visitavam periodicamente uma instituição e liam jornais ou livros para um idoso por elas adotado.

INSTITUIÇÃO PARA IDOSOS: UM LUGAR PARA VIVER

Na medida em que aumenta a população dependente, seja pelo ingresso de novos residentes ou fragilização dos antigos, uma instituição para idosos corre o risco de tornar-se um hospital de retaguarda ou, pior, uma antecâmara da morte. Mantê-la como uma

*Segundo Auditoria do Tribunal de Contas da União, em junho de 2002, o valor máximo per capita pago pelo MPAS às instituições era de R\$60,82 ao idoso dependente, enquanto os custos médios informados eram: em São Luís, R\$417,00; em Porto Alegre, R\$380,00; Fortaleza, R\$351,11; Goiânia, R\$400,00; Santos, R\$600,00; Belém, R\$400,00; João Pessoa, R\$340,00; e Recife, R\$395,00

unidade de vida ou como um lugar onde a vida é valorizada e a dignidade do idoso é reconhecida até no leito de morte é um desafio permanente para as instituições. Essa qualidade é conseguida pelo somatório de atitudes, ambientes, situações. Inicia-se com as entrevistas de internação, passa pelo ambiente físico e humano da instituição, respeito à individualidade e privacidade e com a valorização da autonomia.

O Processo de Internação

A decisão pela institucionalização deve ser tomada após cuidadoso exame das alternativas possíveis, como arranjos na família, contratação de cuidadores, ou utilização de recursos comunitários. No Brasil, devido a escassez de programas comunitários de atendimento ao idoso dependente, as famílias buscam vagas em ILPI em situação de crise, esperando uma solução imediata para o problema, sem disponibilidade para estudo de alternativas. Uma justificativa freqüente para o pedido de internação é a impossibilidade momentânea ou permanente do cuidador de continuar seu papel, devido a enfermidade, acidente e outros problemas que exigem sua atenção; necessidade de trabalhar para enfrentar as dificuldades econômicas ou um clima de grande tensão na família. É preciso reconhecer que cuidar do idoso dependente ou demenciado é uma tarefa estressante. Um vídeo americano para treinamento de familiares (*Labor of love: realities and solutions — A guide to family caregiver education*) lembra que uma dona de casa terá de calcular quatro horas adicionais de trabalho para cuidar do idoso, e para a importância de toda uma organização da vida doméstica em função dos novos encargos, além de suporte de parentes e amigos a fim de proporcionar repouso periódico a essa cuidadora.

Apesar de muitas instituições registrarem aumento de pedidos de internação de pessoas dependentes, pode-se supor que um grande número de idosos continua sendo cuidado em sua própria casa, mesmo nos maiores centros urbanos do Brasil. Nos Estados Unidos, segundo Brink³, para cada idoso dependente em instituição, há dois sob cuidados em sua própria casa e a maioria das famílias tenta primeiro essa solução, só recorrendo à internação quando a sobrecarga torna-se insuportável ou algo faz supor que o idoso não está recebendo a assistência adequada.

Outra situação muito comum é o pedido de internação ser feito do hospital onde o idoso está internado, na iminência da alta, após sofrer um acidente

vascular cerebral ou fratura, num estado que irá exigir imobilidade prolongada ou um longo processo de reabilitação. Naquele país, tal situação corresponde a um terço dos internados em ILPI, não havendo dados levantados em instituições no Brasil, mas observações feitas por profissionais no atendimento diário dos pedidos de internação confirmam alta freqüência desses pedidos. As internações que são abreviadas devido à falta de vagas em hospitais públicos ou aos regulamentos dos planos de saúde, à ausência de unidades intermediárias onde o idoso possa permanecer para reabilitação, dando à família tempo suficiente e acima de tudo alguma tranqüilidade para reorganizar o espaço físico e a vida familiar, permitindo a volta do idoso para a sua própria casa, refletem-se diretamente nos pedidos de internação.

Em quaisquer circunstâncias uma ou mais entrevistas com o idoso e os familiares, conduzidas por uma assistente social ou psicóloga, complementadas, se necessário, por visitas domiciliares ou ao hospital, são indispensáveis para uma avaliação objetiva da necessidade de internação. Na medida do possível, o idoso deve ser envolvido nesse processo, tomando parte no planejamento e nas decisões, como assinalam Born e Boechat²:

“O pleno conhecimento das medidas que estão sendo tomadas contribui para uma melhor aceitação e adaptação. A opinião da família é importante, mas, se for capaz, o idoso deve opinar, decidir. Se suas condições físicas permitirem, uma visita prévia, a conversa com o dirigente e membros da equipe o deixará mais seguro e menos ansioso.”

A Recepção

A instituição deve preparar-se para receber o novo residente e introduzi-lo na rotina da casa, no conhecimento das instalações, no contato com outros residentes e com a equipe responsável. Algumas ILPI organizaram, com sucesso, comissões de recepção integradas por residentes, que se encarregam de receber e acompanhar o idoso nos seus primeiros dias no seu novo hábitat.

O Direito ao “Luto”

Por melhor que seja a qualidade da instituição e dos preparativos para a institucionalização, essa transição na vida do idoso pode ser acompanhada de intenso sofrimento, pelas perdas sentidas, pelo afastamento

de seu ambiente conhecido, pelas despedidas de vizinhos, temor de abandono pelos familiares e, particularmente, pelo significado atribuído pelo próprio idoso e a sociedade à ILPI — sua última morada. Schisler¹⁹, psicóloga, especializada em tanatologia e longos anos de direção de ILPI em Florianópolis, enfatiza a necessidade de reconhecer o processo de “luto” do residente, e oferecer-lhe o acolhimento e apoio indispensáveis para vencer essa etapa.

O Problema dos Custos

O atendimento de bom padrão numa instituição é extremamente caro. Instituições beneficentes podem ter uma margem de manobra melhor, desde que sua base financeira esteja razoavelmente consolidada, pois sua receita não depende apenas de pagamentos das internações e contam com várias isenções, podendo receber donativos e subvenções. Necessitam, porém, ter seus registros em ordem, ser reconhecidas como entidades filantrópicas e de utilidade pública nos níveis municipal, estadual e federal e manter 20% de gratuidade no seu atendimento. Isto não significa que essas instituições têm situação financeira tranquila. Muito pelo contrário, necessitam lutar permanentemente para desenvolver campanha de fundos, mas possuem uma estrutura legal e, ao mesmo tempo, um mandato, para atender idosos em regime de gratuidade ou com um pagamento simbólico. Enquanto isso, as casas de repouso particulares, com fins lucrativos, devem arcar com todos os encargos e obter, ainda, uma margem de lucros que compense o investimento.

Não têm sido poucos os profissionais especializados em Geriatria e Gerontologia, que abrem uma casa de repouso e empenham-se em mantê-la num padrão técnico elevado, serem obrigados, após curto espaço de tempo, a fecharem suas portas, por se verem impossibilitados de repassarem as despesas aos idosos ou seus responsáveis. Em São Paulo, as casas de repouso particulares cobram mensalidades que variam de R\$1.500,00 a R\$3.000,00 (valores de outubro de 2002), oferecendo acomodações e serviços considerados bons, dentro da nossa realidade. Se considerarmos que cerca de 50% da população idosa da Grande São Paulo recebe aposentadoria de até dois salários mínimos ou seja, R\$520,00 (na época), chegamos à conclusão de que poucos podem pagar essas internações, a não ser que contem com o auxílio de seus filhos. Se além das despesas com ILPI a família ou o idoso mantém um plano de saúde de cerca de

R\$300 a R\$400 mensais — problema sério quando o idoso se encontra numa instituição que integra um complexo hospitalar —, pode-se imaginar que poucos conseguem arcar com todas essas despesas, por um período mais ou menos prolongado. Numa situação dessas, famílias da classe média são freqüentemente colocadas diante do dilema: ensino de bom padrão para os filhos ou internação custosa dos idosos?

Os Contatos com a Família

Com certa freqüência, diretores ou técnicos de instituições referem-se às famílias de idosos de forma extremamente negativa, acusando-os de negligenciarem os contatos com o idoso ou fugirem dos compromissos assumidos como responsáveis pela internação. Não podemos esperar que todas as famílias tenham uma relação amorosa com o idoso e nem que todos os filhos tenham o senso de responsabilidade desejável. Mas entrevistas com o idoso e a família podem revelar problemas de relacionamento familiar nunca resolvidos e, talvez, até mesmo agravados com o estresse resultante dos novos encargos. Portanto, é preciso fugir da tendência de transformar o idoso em vítima e a família em vilã e procurar compreender a dinâmica da situação, avaliando as forças e as debilidades da família, a duração dos problemas e de que maneira as atuais necessidades do idoso estão afetando o relacionamento entre os membros da família. É interessante observar que certos padrões de relacionamento se repetem e que muitos filhos guardam antigas mágoas e ressentimentos, apesar de serem homens ou mulheres maduros e os progenitores, idosos fragilizados ou demenciados.

Os conhecimentos desenvolvidos por movimentos de terapia familiar e, particularmente, sobre terapia e orientação da família podem ser muito úteis para todos quantos lidam com esses problemas no seu dia-a-dia¹³. Se as instituições tiverem abertura para dialogar com os familiares, num ambiente não-punitivo, é possível esperar, a médio prazo, alguma melhora no relacionamento de pais e filhos, em benefício de ambas as partes, além de colaboração na vida da instituição.

A Interação entre os Residentes

Que imagens e fantasias têm os familiares e idosos sobre as instituições quando consideram a perspectiva de internação? Muitos idosos enfrentam essa perspectiva com receio de perda de liberdade, abandono

pelos filhos, da aproximação da morte, do tratamento que irão receber de funcionários e colegas. Os familiares imaginam que a instituição não só oferecerá bons cuidados ao idoso em relação à higiene, alimentação, enfermagem, mas também que o idoso poderá ter oportunidade de fazer novos contatos sociais, e quem sabe, amizades.

No microcosmos da instituição, a realidade costuma ser bem distinta da imaginada: as perdas auditivas ou visuais sofridas por muitos idosos podem dificultar a comunicação. Idoso com confusão mental pode acusar colegas ou funcionários de furtarem seus pertences. Há as "panelinhas" dos antigos residentes e resistência para receber novos internos. Até mesmo conflitos abertos podem eclodir, assustando o idoso recém-chegado.

Se, de um lado, é preciso preparar os residentes para a entrada de um novo interno, procurando criar um clima favorável para a sua recepção e adaptação, por outro, é preciso compreender a dinâmica grupal existente. Dessa forma, necessita-se de apoio aos novatos e paciência para com os veteranos, deixando que um clima de tolerância favoreça a convivência mais ou menos satisfatória dos seus moradores.

Vida Sexual e Afetiva

A questão da vida sexual e afetiva dos idosos em ILPI merece maiores estudos e uma abordagem cuidadosa do que numa residência para idosos independentes. É preciso considerar que alguns idosos estão demenciados, outros fragilizados e com grandes limitações para o exercício da autonomia. Uma coisa é reconhecer a necessidade sexual dos residentes da ILPI, seu direito à privacidade e intimidade, favorecer o convívio, o namoro e as trocas afetivas entre idosos e idosas na hora das refeições, nos momentos de lazer; e outra, facilitar as relações sexuais, cuja liberação deve ser vista com cautela, sem romantismo. Ao contrário, é preciso estar atento para que o contato sexual não se torne uma forma de abuso contra mulheres fragilizadas.

A Rotina Diária

Se não houver uma programação planejada para os idosos, de preferência com a sua participação, se não se desenvolverem esforços para marcar os vários momentos do dia, a rotina diária do idoso na instituição tende a ser extremamente monótona. Quanto maior a perda da autonomia, maior a monotonia. Os

dias tendem a ser a repetição de cuidados pessoais, alimentação, eliminação e repouso com poucas variações e interrupções. Os idosos podem rapidamente desenvolver uma passividade aprendida, serem reduzidos a corpos decadentes e rostos inexpressivos, sem história, com conseqüências negativas tanto para si próprios como para os cuidadores. Cuidar do idoso, não importa a sua fragilidade ou confusão, requer uma abordagem holística ou uma visão de totalidade. Portanto, não basta mantê-lo limpo, alimentado adequadamente com todos os nutrientes, se o idoso não for visto num momento da sua trajetória e integrado na sua cultura e no seu tempo: de onde vem, quais foram seus sonhos, como avalia seu passado, o que significa o seu presente? Nesta perspectiva, cada momento da sua vida não é qualquer momento, e como tal deve ser considerado. Cada dia deve ser marcado por atividades estimulantes, o amanhecer ser diferente do anoitecer, uma semana distinta da outra. O suceder das estações deve ser lembrado com frutas da ocasião, flores, eventos, datas festivas, os dias que se tornam mais longos, as mudanças da temperatura.

Abrir as janelas, cumprimentar o idoso ajudá-lo na sua higiene matinal e na troca de roupas (roupas escolhidas por quem?) é uma forma de marcar o dia que se inicia. Ajudar na higiene vespertina, preparar a cama para o repouso da noite, fechar as janelas, assistir na troca de roupa para pijama ou camisola, desejar-lhe boa noite, anunciar-lhe o término de mais uma jornada. A mudança de turno das funcionárias, a pressa delas em irem para casa, cuidarem do jantar e das crianças não lhes dá tranqüilidade para este ritual. Frequentemente, a rotina é, terminado o jantar, os idosos dependentes serem colocados na cama para enfrentarem uma longa noite, somente interrompida pela passagem da plantonista noturna. Porém, já se conhecem no Brasil programas vespertinos ou noturnos, organizados com a participação de voluntários em instituições com o intuito de contornar esse tipo de problema, ainda que uma solução permanente possa ser mais difícil.

É importante que os funcionários sejam preparados para a importância da rotina programada e que tenham oportunidades de conhecer alguns detalhes da vida do idoso, para que possam relacionar-se com ele como uma pessoa e não como um vovô ou uma vovó, sem nome e sem identidade. A recíproca é verdadeira e a funcionária deve portar um crachá para facilitar a sua identificação.

Comemoração de aniversários, datas festivas do calendário cristão, de outras religiões ou da comunidade

de de idoso, são todas atividades que devem constar na programação mensal e afixadas em letras grandes, num lugar visível.

Liberdade e Restrições

Uma instituição para idoso deve combinar liberdade e flexibilidade com limites e restrições Brocklehurst⁴ recomenda que, tratando-se de sua morada, onde, provavelmente, irá passar os últimos anos da sua vida, é importante que possa desfrutar de um ambiente descontraído, onde possa dedicar-se ao que lhe seja prazeroso. No entanto, a convivência de um grande número de pessoas exige horários e regulamentos que assegurem o bem comum, higiene e segurança. Em particular, o aumento de idosos confusos torna necessária maior vigilância sobre a alimentação, arrumação do seu espaço e armários e manipulação de instrumentos que possam oferecer riscos para si mesmo ou para a coletividade. É uma boa medida discutir os regulamentos com o idoso e seus familiares na admissão, dando-lhes oportunidades para levantarem dúvidas nesse momento e em outras oportunidades. Além disso, encorajar o estabelecimento de uma comissão de representantes para apresentarem reivindicações, sugestões dos residentes é um meio para criar um clima de maior confiança mútua, responsabilidade e participação, minimizando os riscos do autoritarismo, sempre presente na vida da instituição.

Problemas de Pessoal

A qualidade do atendimento ao idoso na instituição depende em grande parte dos funcionários responsáveis pelo seu cuidado pessoal, higiene e alimentação, e/ou do(a) cuidador(a) de idosos. Segundo temos conhecimento, são predominantemente pessoas do sexo feminino, situação que é idêntica à dos Estados Unidos, Japão e Alemanha e provavelmente da maioria dos países, tanto do Primeiro Mundo como dos demais. No Brasil, são em geral, pessoas com baixa escolaridade — ensino fundamental incompleto. Algumas instituições de melhor padrão empregam profissionais de enfermagem (auxiliar de enfermagem, enfermeira técnica e padrão), predominantemente com experiência em estabelecimento hospitalar, sendo, ainda, relativamente poucas aquelas especializadas em enfermagem geronto-geriátrica.

Apesar de o cuidador do idoso ser pessoa-chave, pouco tem sido feito, até o presente, em termos da

sua qualificação e eventual profissionalização, ficando as iniciativas de seu treinamento a cargo das instituições. O Programa Nacional de Cuidadores de Idosos (Portaria interministerial 5.153/99, assinada pelos Ministros da Saúde e da Previdência e Assistência Social) e o reconhecimento da categoria ocupacional pela Classificação Brasileira de Ocupações (Ministério do Trabalho), criaram condições para que se realizem cursos de capacitação dessa categoria ocupacional: há material didático elaborado por uma equipe multidisciplinar, currículo mínimo e metodologia proposta. Em São Paulo foi elaborado um material didático (vídeo e manual) pela Comissão de Assessoria Técnica a Instituições da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, Seção São Paulo em parceria com a Secretaria de Assistência e Desenvolvimento Social do Estado de São Paulo. Há, também, uma publicação que registra o experimento desenvolvido pelo Centro Experimental Público de Formação Profissional, da Secretaria do Emprego e Relações do Trabalho (1999).

Como há inúmeras experiências já realizadas, por organismos públicos e pela sociedade civil, trata-se de resgatar as experiências bem sucedidas, apoiar as que se encontram em desenvolvimento, incentivar a realização de novos cursos de formação de cuidadores em nível nacional.

A portaria 810/89 apresenta uma extensa lista de serviços que as instituições para idosos devem prover: assistência médica, odontológica, de enfermagem, nutricional, psicológica, farmacêutica, de atividades de lazer, de reabilitação (fisioterapia, terapia ocupacional e fonoaudiologia), serviço social, apoio jurídico e administrativo e serviços gerais. Como entender essa Portaria? Se de um lado, deve-se esperar que o cuidado ao idoso vise o atendimento global de suas necessidades e esta listagem está longe de esgotá-las, de outro, deveríamos nos interrogar que instituição será capaz de atender a todas essas necessidades, ainda que recorrendo a serviços da comunidade? Ademais, é preciso definir as responsabilidades da instituição e da família do idoso, deixando bem claro o que se espera das duas partes e que cuidar do idoso é uma tarefa que deve ser realizada em parceria, não esquecendo o papel que cabe ao próprio idoso. Evidentemente, a instituição terá de assumir maior responsabilidade quando o idoso não tiver nem familiares, nem amigos que possam substituí-los. Temos constatado que, dependendo da capacidade financeira da instituição, disponibilidade de profissionais e visão dos dirigentes, varia enormemente a composi-

ção do quadro de pessoal. Além de proporcionarem abrigo e alimentação, as instituições procuram oferecer basicamente, serviços de enfermagem, assistência médica e assistência psicossocial.

Em muitas instituições filantrópicas, a assistente social, juntamente com a encarregada de enfermagem, é a profissional comumente encontrada. O serviço médico é muitas vezes oferecido por profissionais voluntários, sendo os geriatras ainda em número reduzido. A Portaria ministerial já referida exige, no caso das instituições que prestam "atenção médico-sanitária", um coordenador médico (no estado de São Paulo deve estar registrado na Vigilância Sanitária). Profissionais de reabilitação, especialmente fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais já têm experiências acumuladas em instituições, mas fonoaudiólogas dificilmente são encontradas, o mesmo ocorrendo com o especialista em locomoção do deficiente visual. Embora imprescindível, o trabalho destes especialistas só terá resultados se forem capazes de criar um ambiente que valorize a autonomia, conscientizando o pessoal auxiliar para a importância da reabilitação, especialmente através das atividades da vida diária.

A função da nutricionista é extremamente importante, mas seu papel não pode se limitar ao cálculo dos nutrientes e organização do cardápio. Deverá orientar o pessoal da cozinha e da copa sobre o significado afetivo da refeição e da necessidade de zelar também pelos seus aspectos estéticos. Organizar refeições com sugestões e pedidos dos idosos, criar oportunidades ocasionais para permitir a escolha de alguns pratos pode ser um exercício de autonomia extremamente importante para as pessoas dependentes.

O papel do psicólogo deve ser exercido tanto no atendimento de idosos como na orientação dos demais profissionais e orientação e apoio às atendentes de idoso em relação aos problemas que os idosos apresentam, tentando compreender e interpretar seu comportamento junto a eles.

A Equipe Interdisciplinar

Não basta haver profissionais de várias áreas, competentes e bem intencionados. Muito mais do que num hospital ou num centro dia, a instituição de longa permanência requer uma orientação unificada, resultante de uma visão holística dos problemas do idoso. A interdisciplinaridade é, também, um caminho para os profissionais poderem superar suas distorções e a compreensão limitada da realidade, fruto da excessiva es-

pecialização em todos os setores de conhecimento humano. A atuação interdisciplinar supõe a formação da equipe, e esta, a realização de reuniões periódicas para estudos teóricos, estudos de casos ou situações, visando o diagnóstico, a elaboração de um plano de trabalho e posterior avaliação. A própria rotina diária, as programações e a atuação dos funcionários deveriam, igualmente, merecer a atenção dessa equipe. A supervisora dos cuidadores de idosos deverá fazer parte dessa equipe, a fim de assegurar a continuidade dessa linha de trabalho nas instâncias inferiores, fazendo o trabalho de formação de equipe neste nível. Sem esta preocupação, a equipe multiprofissional pode produzir um belo trabalho para congresso de especialistas, sem em nada alterar a qualidade de vida do idoso.

As instituições que dependem de profissionais voluntários e emprega outros em regime de tempo parcial, encontram muitas dificuldades para implantar e manter o trabalho multiprofissional. Mas, há também, problemas organizacionais que prejudicam e impedem a adoção dessa linha de trabalho.

Adequação Ambiental

Quem teve oportunidade de visitar instituições para idosos em países desenvolvidos, ou mesmo as viu em filmes ou em revistas de arquitetura, sabe dos esforços feitos nesses países para criar projetos arquitetônicos funcionais, agradáveis, aconchegantes para instituições de idosos. Aqui mesmo no Brasil há algumas instituições projetadas por arquitetos com uma orientação gerontológica, obedecendo, também, a normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT).

É claro que projetar boas construções requer muito dinheiro e, neste sentido, as instituições aqui existentes refletem mesmo a pobreza da nossa sociedade. Mas, pensando bem, talvez a pobreza não seja apenas econômica. Num país que produziu arquitetos de fama internacional e construiu algumas obras que figuram em catálogos internacionais, a maioria dos profissionais e as faculdades de arquitetura parecem não ter descoberto a realidade do envelhecimento e as necessidades dela decorrentes, tanto nas edificações como no traçado urbano.

Temos visto os já escassos recursos financeiros desperdiçados em novas construções ou reformas inadequadas, pela não-observação de normas básicas, além das diretrizes traçadas na Portaria 810/89.

Resumindo, podemos dizer que uma instituição deve ser a mais próxima possível de uma moradia e além de

oferecer segurança e condições higiênicas, respeitar a privacidade e individualidade, promover a autonomia, possibilitar o encontro de pessoas, ser ensolarado, claro e agradável. Num país, onde o medo aos assaltos obriga-nos a colocar grades de proteção nas janelas e onde uma grande parte da população, mesmo da classe média, mora em más condições, talvez seja esperar demais das instituições. No entanto, ficam aqui como referências.

Começemos pela cor das paredes: a literatura americana sugere que o ambiente seja colorido e estimulante e que as cores pálidas e pastel podem todas assemelhar-se, motivo por que recomenda o uso de tons brilhantes. Numa visita que realizamos a um hospital dia, em Frankfurt, Alemanha, notamos que as paredes tinham cores quentes, em tons de marrom, não se assemelhando a um ambiente hospitalar, e o médico disse-nos ter tido a assessoria de psicólogas na escolha das cores, com o objetivo de tornar o ambiente mais estimulante. Provavelmente, essa preocupação deve ser maior num país de inverno frio e prolongado, mas certamente é um detalhe que não deve ser esquecido aqui também.

Além dos dispositivos de segurança previstos na Portaria já referida, os corredores devem ter pisos antiderrapantes, corrimão e iluminação adequada. O piso não deve ter cores contrastantes, pois estas podem dar a impressão de alterações em altura, confundir o idoso e causar quedas.

O mobiliário deve ser confortável e seguro. Mesa de concreto, bancos fixos no piso ou mesmo bancos sem encosto devem ser evitados. A altura das poltronas e cadeiras deve ser adequada à estatura dos usuários. Deve-se observar que os idosos têm maior dificuldade em se sentar e levantar de cadeiras ou poltronas muito baixas, macias ou fundas. Os móveis recebidos em doação ou trazidos da casa do próprio idoso devem ser examinados e, quando necessário, adaptados ou descartados.

Permitir que o idoso leve seu próprio mobiliário ao ingressar na instituição ou pelo menos alguns pertences seus, uma cadeira, mesa de cabeceira, um quadro dará um toque familiar ao ambiente, permitindo estabelecer uma continuidade com o passado. Um ambiente familiar pode diminuir a ansiedade do idoso provocada pela mudança radical que ele teve de fazer.

Vasos de plantas, flores naturais, pássaros e aquários concorrem para dar vida ao ambiente e torná-lo mais acolhedor.

Recuperação e Valorização da Autonomia

Respeitar o idoso é, antes de mais nada, criar condições para que ele possa exercer sua autonomia, ainda que limitado por incapacidades físicas ou deficiências sensoriais. Primeiramente, é importante haver um ambiente físico adequado, móveis, equipamentos e utensílios adequados. Corrimão nos quartos e corredores, apoios junto ao sanitário, e no box do chuveiro, cadeira sanitária ou um simples banco para tomar banho sentado já ajudam muito. Andadores e cadeira de rodas podem facilitar a mobilidade; apoios adaptados à cama podem facilitar o movimento de deitar e levantar da cama.

Catálogos de países desenvolvidos apresentam uma oferta enorme de artigos. Aqui no Brasil começa também a aumentar a oferta e melhorar a qualidade dos produtos para idosos dependentes. No entanto, isso não basta. É preciso a valorização da autonomia, tanto pelo idoso, como pelos cuidadores, sejam estes formais ou informais.

Além dos equipamentos vendidos em lojas especializadas, há provavelmente muitos outros fabricados artesanalmente, em instituições ou na moradia do idoso. É lastimável que até hoje haja pouco intercâmbio entre as instituições para a troca de *know-how* desenvolvido, a fim de contribuir mutuamente para a elevação da qualidade de atendimento.

Um outro item que não tem merecido a nossa atenção é a confecção de vestuário adequado para pessoas portadoras de deficiências, que pode igualmente favorecer maior exercício de autonomia.

Equipamentos, utensílios, roupas, tudo isso só terá valor se forem introduzidos na vida do idoso, dentro de um processo de reabilitação, no qual é indispensável a efetiva colaboração de todos que convivem com ele. Sem o seu concurso, os melhores equipamentos tendem a tornar-se inutilidades.

Incontinência

A incontinência é um dos problemas mais frequentes e aflitivos para o idoso. A julgar pelo aumento da oferta de fraldas descartáveis para adultos, é um problema crescente entre os idosos em geral. Parece haver uma tendência tanto entre os idosos, como entre os cuidadores, para considerá-la inevitável e irreversível, antes de haver maiores investigações ou tratamentos, apesar de terem aumentado, nos últimos anos, recursos terapêuticos para este problema.

A literatura americana¹¹ menciona que 33% de residentes em instituições são incontinentes. Não temos conhecimento de dados estatísticos similares no Brasil, mas uma consulta em São Paulo, em duas grandes instituições, indicou resultados que se aproximam daqueles.

Visitando instituições ou moradia de idosos dependentes, o odor de urina é um dos sinais indicativos do seu mau funcionamento e da negligência em relação ao idoso.

Temos informações de que nos países desenvolvidos há um empenho em diminuir o problema da incontinência. Menor proporção de idosos que dependem de fraldas é considerado, nesses países, sinal de qualidade da instituição. Estudos sistemáticos têm sido realizados para detectar as causas da incontinência e medidas são estudadas para remover essas causas, seja pelo tratamento médico, seja pela provisão de sanitários portáteis e vestuários modelados em função das dificuldades do idoso, além de retreinamento dos idosos e treinamento de cuidadores.

Mort¹⁷ observa que as causas da incontinência são médicas, físicas, psicológicas e sociais e recomenda que todos estes aspectos sejam investigados e ações adequadas sejam desenvolvidas, antes de considerá-la inevitável. Suas recomendações em relação ao tratamento da incontinência resumem-se nos quatro pontos abaixo enumerados:

1. nem a idade, nem a capacidade mental reduzida devem negligenciar a investigação médica. A equipe responsável pelo re-treinamento deverá saber a causa da incontinência e o tipo de incontinência, e se informar sobre o uso de medicamentos como, por exemplo, diuréticos. Informações sobre o prognóstico são também necessários, para poder tratar os elementos reversíveis e pensar nos meios para enfrentar os irreversíveis;
2. pacientes com dificuldades físicas para chegarem rapidamente ao sanitário ou para usá-lo sem a ajuda de outra pessoa podem ser considerados incontinentes, embora não sejam no sentido correto. Re-treinamento e maior habilidade no manejo de cadeira de rodas e para sentar e levantar-se do sanitário podem resolver o seu problema;
3. quando a causa é psicológica, o doente tende a melhorar na medida em que for integrado num grupo e tomar consciência do seu ambiente;
4. as causas sociais incluem o fator "negligência social": quando o idoso não tem o estímulo de

contatos humanos, sente-se rejeitado e não se importa com o seu problema. Barreiras arquitetônicas podem impedi-lo de chegar ao sanitário em tempo.

Na literatura americana encontra-se também recomendação do exercício Kegel para melhorar a tonicidade muscular e apoiar a estrutura pélvica — útero, bexiga e reto —, corrigindo ou atenuando alguns casos de incontinência em mulher idosa⁵. Quem pratica ioga conhece, igualmente, exercícios de contração da musculatura anal e de todo o assoalho pélvico recomendados para prevenção de problemas de incontinência. Dada a gravidade do problema, seria importante que maiores esforços fossem desenvolvidos sistematicamente, tanto no sentido preventivo como curativo, concorrendo, dessa maneira, para aliviar o sofrimento de muitas pessoas e promover seu bem-estar.

Os Contatos com a Comunidade

Evitar ou minimizar a tendência de a instituição tornar-se isolada e fechada exigem esforços contínuos, tanto dos dirigentes, como da comunidade. Na medida do possível, é recomendável que a instituição ofereça oportunidades aos grupos locais para visitarem suas dependências, eventualmente organizarem atividades conjuntas tanto de jovens como de idosos com os residentes. Abrir seus serviços para usuários da comunidade, organizar cursos e palestras sobre técnicas de cuidado do idoso para familiares de idosos e voluntários, são alguns exemplos de programas que podem ser desenvolvidos.

Kane e Kane¹⁵ observam que nos Estados Unidos algumas ILPI mantêm serviços comunitários de cuidados diários a idosos (*day care center*), refeições sobre rodas, atendimento domiciliário e o *respite care*, que são os serviços de cuidado ao idoso que objetivam o repouso temporário do cuidador; traduzido em português como respiro.

Manter um pequeno *playground* ou uma pequena praça ajardinada com bancos e abrir esses espaços para crianças da comunidade pode ser um ótimo serviço à comunidade que pode ter efeitos salutares para os próprios idosos. Temos observado como a presença de crianças pequenas, filhas de funcionários ou visitantes, traz alegria e desperta sentimentos ternos nos residentes de instituição. Uma revista informativa do governo japonês relata uma experiência de intercâmbio entre uma residência para 100 idosos e de um jardim da infância que acabou resultando na cons-

trução de um prédio único para os dois serviços, facilitando mais ainda o convívio entre idosos e crianças. Crianças e idosos foram observados e foi constatado que as crianças tornaram-se mais interessadas pelos demais, mostraram mais compreensão e paciência, enquanto os idosos ficaram mais animados e sua saúde melhorou.

De outro lado, criar condições para que os idosos possam ver uma exposição, assistirem a uma atividade artística, mesmo numa cidade grande e complexa como São Paulo, pode ser uma experiência trabalhosa, mas prazerosa e muito benéfica. Um simples passeio de ônibus, que possibilite ver outros horizontes e pessoas poderá ser extremamente gratificante, sobretudo para as pessoas com problemas de mobilidade. Incentivar contatos entre as instituições asilares e escolas de ensino fundamental favorece oportunidade de aprendizado mútuo.

Convidar pessoas voluntárias para prestarem serviços na instituição, para sentarem-se com os idosos na mesa das refeições, ajudando a servir os pratos, enquanto faz comentários sobre acontecimentos da vida cotidiana é uma outra forma de fazer a ligação com a comunidade.

Manter um programa de curta permanência é um meio de otimizar os serviços da instituição e oferecer alternativas à longa permanência para uma parte da população idosa. São internações que variam de uma semana a três meses e visam o descanso temporário dos cuidadores de idosos. Vários países desenvolvidos mantêm esse programa. Na Inglaterra há pequenas residências de caráter permanente e temporário, onde um terço das vagas destina-se para estadias temporárias, de modo que o idoso pode alternar sua vida entre sua casa (dois meses) e instituição (duas semanas).

A Morte e o Morrer

Uma instituição que cuida de um grande número de idosos dependentes é forçada a conviver com a realidade da morte. Algumas instituições de bom padrão em São Paulo, têm verificado que o pavilhão para idosos dependentes corre o risco de transformar-se em um *hospice* devido à internação de algumas pessoas extremamente fragilizadas, que falecem depois de três meses. Embora não faça parte da cultura brasileira a discussão e o preparo para a morte, é um tema que deveria merecer maior atenção no treinamento dos que trabalham na instituição. Quanto à família, lembrá-la sobre a importância de pensar an-

tecipadamente sobre as providências a tomar quando da ocorrência da morte pode poupar-lhe maiores dissabores e sofrimentos.

PERSPECTIVAS FUTURAS

No Brasil, dada a carência e a desorganização, tanto nas políticas sociais compensatórias como na de saúde, todas as soluções propostas, por melhor que sejam, serão insuficientes e correm o risco de serem rapidamente superadas pelo aumento de problemas. No trabalho com idosos, nada mais verdadeiro. Mas o idoso não pode esperar. O tempo urge.

Começemos por desmistificar a natureza das instituições para idosos, reconhecendo que o aumento da população idosa e a extensão da longevidade criou uma nova categoria de idosos necessitada de cuidados especializados em instituições.

Essa nova população requer cuidados especializados e custosos que uma grande parte dos idosos não pode pagar com a sua aposentadoria e ajuda dos filhos, o que os sujeita a internação em instituições (com freqüência, casas de repouso) de péssima qualidade ou ao abandono em sua própria residência.

Não é mais possível deixar que a solução desses problemas continue nas mãos da iniciativa privada (casas de repouso) ou entregues apenas à boa vontade das instituições filantrópicas. Muitas destas necessitam superar o seu estágio de assistencialismo e desenvolver uma nova compreensão do seu papel, face à nova realidade a fim de adequarem seus programas para a nova realidade. Aquelas, não obstante a seriedade de intenção de alguns proprietários, e os seus conhecimentos de Geriatria e Gerontologia, não têm o fôlego para um atendimento em massa e a baixo custo.

É, sem dúvida, prioritária a criação de serviços comunitários, que, oferecendo cuidados diurnos ou noturnos, atendimento domiciliário e muitos outros programas, possibilitem a manutenção do idoso dependente no domicílio. Mas não nos enganemos, essas medidas podem retardar a internação, mas, como revelam dados dos países mais adiantados, novos candidatos à internação terão idade mais avançada e apresentarão maior grau de dependência.

Essas considerações fazem-nos concluir que um passo maior e mais ousado deve ser estudado, visando à criação de organizações não-governamentais com a participação de associações de idosos, associações de aposentados, grupos de mulheres, movimentos

religiosos, e grupos empresariais e profissionais da saúde para estudar uma estrutura capaz de equacionar esse problema a médio prazo.

Concomitantemente, devemos exigir do poder público, ações consistentes e conseqüentes junto a ILPI, filantrópicas ou com fins lucrativos, a fim de exigir um padrão mínimo nas suas instalações e serviços.

Deve-se estudar a adoção imediata de uma nomenclatura uniforme em todo o território nacional para definir as categorias de instituições para idosos e estudar meios para coletas de dados sobre instituições sob a orientação de entidades como a FIBGE.

Finalmente, devem ser encorajadas e apoiadas todas as iniciativas da sociedade civil que visem à melhoria da qualidade das ILPI para idosos, em parceria com o Estado, por meio de cursos para dirigentes e funcionários, produção de vídeos e folhetos.

DECRETOS, LEIS, PORTARIAS

1. Portaria MS-810/89 — Normas para o funcionamento de Casas de Repouso, Clínicas Geriátricas e outras Instituições Destinadas ao Atendimento do Idoso.
2. Lei 8842 de 4 de janeiro de 1994, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso.
3. Decreto 1948 de 3 de julho de 1996, regulamenta a Lei 8842 de 4 de janeiro de 1994, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso e dá outras providências.
4. Portaria Interministerial 5153/1999, institui o Programa Nacional de Cuidadores de Idosos.
5. Portaria SAS-073 de 10 de maio de 2001, que estabelece Normas de Funcionamento de Serviços de Atenção ao Idoso no Brasil.
6. Decisão nº 590, 2002 Plenário do Tribunal de Contas da União.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Beisgen B. A Life-enhancing activities for mentally impaired elders. A practical guide. Nova York: Springer Publishing Co.; 1989.
2. Born T, Boechat NS. A Qualidade dos Cuidados ao Idoso Institucionalizado in: Freitas EV, Py L, Neri AL et al. (orgs.). Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2002. p. 768.
3. Brink TL. Psicoterapia Geriátrica. Rio de Janeiro: Imago; 1983.
4. Brocklehurst JC., Hanley T. Geriatria Fundamental. Barcelona: Ediciones Toray, S.A.; 1979.
5. Butler RN, Lewis MI. Sexo e Amor na Terceira Idade. São Paulo: Summus Editorial; 1985.
6. Comissão de Assessoria Técnica a Instituições de Longa Permanência. Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. Seção São Paulo. Instituição de Longa Permanência para Idosos. Manual de Funcionamento; 2002.
7. Comissão de Direitos Humanos da Câmara Federal. Relatório da V Caravana Nacional de Direitos Humanos: Uma Amostra da Realidade dos Abrigos e Asilos de Idosos no Brasil; 2001.
8. Departamento de Geriatria D. Pedro II. Relatório das atividades do mordomo Carlos Coelho de Faria. Período de 1964-1971. São Paulo: Irmandade da Santa Casa de Misericórdia; Mimeografado.
9. Duarte YAO, Pavarini SCI. Instituição de Idosos: qualificação de pessoal. I Congresso Paulista de Geriatria e Gerontologia — GERP'98. Consensos de Gerontologia. Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia Seção São Paulo.
10. Friedlander WA. Introduction to social welfare. Nova York: Prentice-Hall; 1955.
11. Gelfand D, Olsen JK. The Aging Network Programs and Services. Volume Eight in the Springer Series on Adulthood and Aging. Nova York: Springer Publishing Company; 1989.
12. Gutman G (org.). Shelter and care of persons with dementia. The Gerontology Research Centre. Vancouver: Simon Fraser University; 1993.
13. Herr JJ, Weakland JH. Counseling elders and their families. Practical techniques for applied Gerontology. Nova York: Springer Publishing Company; 1979.
14. Hôte JM. Brasil uma política para a velhice já. Brasil; 1984.
15. Kane RA, Kane RL. Long-Term Care: Principles, Programs and Policies. Nova York: Springer Publishing Company; 1987.
16. Lopes G, Maia M. Sexualidade e envelhecimento. Envelhe...sendo com Sexo. São Paulo: Saraiva; 1994.
17. Mort. M. Retraining for The Elderly Disabled. London: Croom Helm; 1985.
18. Saad PM. Tendências e conseqüências do envelhecimento populacional no Brasil in Informe Demográfico nº 24: A População Idosa e o Apoio Familiar. São Paulo: Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados; 1991.
19. Schisler EL. Mais vida, menos morbidade na Instituição Gerontológica. In Seminário de Instituições Gerontológicas, I Congresso de Geriatria e Gerontologia do Mercosul; 1999.
20. Secretaria de Assistência e Desenvolvimento Social (Governo do Estado de São Paulo). Viver e ser cuidado em instituição asilar: Manual para Cuidadores de Idosos.
21. U. S. Bureau of the Census. International Population Reports p. 95/92-3. An Aging World. U.S. Government Printing Office Washington; 1992.
22. www.nursinghomeinfo.com/nhserve.html