



**Universidade do Estado do Rio de Janeiro**  
Centro Biomédico  
Instituto de Medicina Social

Regina Helena Lasneaux de Novaes

**Os asilos no estado do Rio de Janeiro: as repercussões da (não)  
integralidade das ações**

Rio de Janeiro  
2003

Regina Helena Lasneaux de Novaes

**Os asilos no estado do Rio de Janeiro: as repercussões da (não) integralidade das ações**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Política, Planejamento e Administração em Saúde.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Roseni Pinheiro

Rio de Janeiro

2003

CATALOGAÇÃO NA FONTE  
UERJ/REDE SIRIUS/CB/C

N935 Novaes, Regina Helena Lasneaux de

Os asilos no estado do Rio de Janeiro: as repercussões da (não) integralidade das ações / Regina Helena Lasneaux de Novaes. – 2003. 137 f.

Orientadora: Roseni Pinheiro

Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social.

1. Instituição de Longa Permanência para Idosos – Rio de Janeiro (RJ). 2. Envelhecimento Populacional. 3. Idoso. 4. Serviços de Saúde para Idosos. 5. Integralidade em Saúde. 6. Exclusão Social. I. Pinheiro, Roseni. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. III. Título.

CDU 614.213(815.3)

Bibliotecária: Julia Franco Barbosa – CRB 7 5945

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, desde que citada a fonte.

---

Assinatura

---

Data

Regina Helena Lasneaux de Novaes

**Os asilos no estado do Rio de Janeiro: as repercussões da (não) integralidade das ações**

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Política, Planejamento e Administração em Saúde.

Aprovada em 28 de abril de 2003.

Banca Examinadora:

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Roseni Pinheiro (Orientadora)  
Instituto de Medicina Social - UERJ

---

Prof. Dr. Kenneth Rochel de Camargo Junior  
Instituto de Medicina Social - UERJ

---

Prof. Dr. Aluísio Gomes da Silva Junior  
Fundação Oswaldo Cruz

Rio de Janeiro  
2003

## DEDICATÓRIA

À minha querida avó Edith, pela pessoa maravilhosa e iluminada que sempre foi, pelo amor e cuidado que é capaz de dedicar a todas as pessoas que a cercam e pela coragem que tem para lutar pela vida

## **AGRADECIMENTOS**

Aos meus pais, Felismino e Regina, pelo carinho e apoio que sempre me deram em todas as fases de minha vida.

A Roseni Pinheiro que esteve ao meu lado, participando ativamente, durante todo o processo de construção dessa dissertação.

A todos os amigos que tiveram paciência para agüentar minhas crises e lamentações.

A Rubem e Kenneth, pelo seu exemplo e apoio, principalmente nos “momentos de desespero”.

## RESUMO

NOVAES, Regina Helena Lasneaux de. **Os asilos no estado do Rio de Janeiro: as repercussões da (não) integralidade das ações.** 2003. 137 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2003.

Desde a década de 80 os problemas decorrentes do envelhecimento populacional do Brasil fazem parte da agenda de pesquisadores da área de Saúde Coletiva. Com o crescimento da população idosa não somente aumentariam as demandas por assistência médica, mas questões importantes como suporte familiar e social, declínio do nível de vida (econômico e social), solidão, manutenção da independência e autonomia, necessitariam de soluções. Em 2001, num contexto mais ampliado, envolvendo todo o estado do Rio de Janeiro, a situação da atenção dispensada aos idosos começou a apresentar sinais claros de precariedade e não priorização. Após sucessivas denúncias e notícias de maus-tratos a idosos, principalmente em asilos, amplamente veiculadas pela mídia, a Assembléia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro (ALERJ), instituiu em 22 de fevereiro, a Comissão Parlamentar de Inquérito para “Apurar Tratamento Dispensado aos Cidadãos da Terceira Idade nos Abrigos e Clínicas Geriátricas do Estado do Rio de Janeiro” - (CPI do Idoso). A partir da análise das várias conotações do processo de envelhecimento populacional (demográficas, econômicas, sociais, culturais, etc) e das formas institucionais de atenção ao idoso no contexto do Sistema Único de Saúde, constituiu-se o objeto deste trabalho, que consiste no estudo sobre as instituições asilares no estado do Rio de Janeiro, entendida essa forma de assistência como a prática assistencial de atenção à terceira idade predominante, e que vem sendo executada de maneira incompatível com o princípio da integralidade nas ações de saúde, preconizado pelo SUS. O Objetivo geral deste trabalho consiste em analisar as práticas assistenciais institucionalizadas de atenção à saúde do idoso – particularmente as instituições de asilamento – e sua relação com a Política Nacional de Saúde do Idoso, buscando identificar as dificuldades e possibilidades dessas práticas em garantir a integralidade das ações, no que concerne ao acesso a medidas de reabilitação, prevenção, promoção da saúde e (re)integração social. A metodologia utilizada consistiu na abordagem qualitativa e análise de documentos como principal técnica de pesquisa, sendo a discussão dos dados ancorada em três dimensões distintas, mas não excludentes entre si, são elas: institucional, terapêutico-assistencial e relacional. Nessas dimensões foram definidas categorias temáticas recorrentemente observadas no material empírico coletado, servindo de marcadores conceituais para obtenção dos resultados, quais sejam: asilamento (asilos), assistência interdisciplinar e família. As considerações finais ressaltam que ao examinar essas práticas assistenciais pode-se perceber a existência de um distanciamento da saúde como direito e como serviço, espelhando um contexto de profundas desigualdades e a realização de práticas não integrais, forjando mais uma forma de exclusão da população idosa.

Palavras-chave: Idoso; Serviços de Saúde para Idosos; Integralidade em Saúde.

## ABSTRACT

NOVAES, Regina Helena Lasneaux de. **Old people's homes in state of Rio de Janeiro: the repercussions of the non-integrality actions.** 2003. 137 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2003.

Since the 1980s, the problems resulting from Brazil's aging population have been on the agenda of researchers in the field of Public Health. With the growth of the elderly population, not only would the demand for medical care increase, but important issues such as family and social support, declining standard of living (economic and social), loneliness, and maintaining independence and autonomy would require solutions. In 2001, in a broader context, involving the entire state of Rio de Janeiro, the situation of care provided to the elderly began to show clear signs of precariousness and lack of priority. After successive complaints and news of mistreatment of the elderly, mainly in nursing homes, widely reported in the media, the Legislative Assembly of the State of Rio de Janeiro (ALERJ) instituted on February 22, the Parliamentary Commission of Inquiry to "Investigate the Treatment Provided to Senior Citizens in Shelters and Geriatric Clinics in the State of Rio de Janeiro" - (CPI for the Elderly). Based on the analysis of the various connotations of the population aging process (demographic, economic, social, cultural, etc.) and the institutional forms of care for the elderly in the context of the Unified Health System, the object of this work was to study nursing homes in the state of Rio de Janeiro, understanding this form of care as the predominant care practice for the elderly, and which has been carried out in a manner incompatible with the principle of comprehensiveness in health actions, advocated by the SUS. The general objective of this work is to analyze the institutionalized care practices of health care for the elderly – particularly nursing homes – and their relationship with the National Policy for Health for the Elderly, seeking to identify the difficulties and possibilities of these practices in guaranteeing the comprehensiveness of actions, with regard to access to measures of rehabilitation, prevention, health promotion and social (re)integration. The methodology used consisted of a qualitative approach and document analysis as the main research technique, with the discussion of the data anchored in three distinct but not mutually exclusive dimensions: institutional, therapeutic-assistance and relational. In these dimensions, thematic categories were defined that were recurrently observed in the empirical material collected, serving as conceptual markers for obtaining the results, namely: nursing homes, interdisciplinary care and family. The final considerations highlight that when examining these care practices, one can perceive the existence of a distance between health as a right and as a service, reflecting a context of profound inequalities and the implementation of non-integral practices, forging yet another form of exclusion of the elderly population.

Keywords: Elderly; Health Services for the Elderly; Integrality in Health.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Tabela 1.1-	Número de internações (AIH 1 e AIH 5) por doença cardiovascular no Rio de Janeiro/2001.....	20
Tabela 1.2 -	Número de internações por Demência (AIH 1 e AIH 5) – Rio de Janeiro/2001.....	22
Tabela 3.1-	Capacidade de realizar atividades da vida diária (AVD), considerando quatro níveis de dificuldade, percentagens por sexo e faixa etária.....	50
Quadro 4.1 -	Número de denúncias verificadas / Região e Cidade do Estado do Rio de Janeiro.....	63
Quadro 4.2 -	Instituições Asilares vistoriadas na cidade do Rio de Janeiro	65
Quadro 5.1 -	Percentual de instituições que cumprem as determinações do MS quanto à Organização- Portaria 810/89.....	84
Quadro 5.2 -	Recursos Humanos / Modalidade Assistencial.....	90

## SUMÁRIO

	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>10</b>
<b>1</b>	<b>ENVELHECIMENTO E EXCLUSÃO: ASPECTOS DEMOGRÁFICOS, EPIDEMIOLÓGICOS, E SOCIOECONÔMICOS.....</b>	<b>15</b>
1.1	Dos aspectos demográficos.....	15
1.2	Dos aspectos epidemiológicos.....	17
1.3	Dos aspectos socioeconômicos.....	25
<b>2</b>	<b>POLÍTICAS DE ATENÇÃO INTEGRAL A SAÚDE DO IDOSO: A INTEGRALIDADE COMO CONTRIBUIÇÃO PARA O ENFRENTAMENTO DA EXCLUSÃO POLÍTICO-SOCIAL NO SETOR SAÚDE.....</b>	<b>30</b>
2.1	Breves antecedentes sobre a Política Nacional do Idoso e Política Nacional de Saúde do Idoso.....	30
2.2	A dinâmica do processo de institucionalização das políticas de atenção aos idosos.....	35
2.3	A proposta de um modelo assistencial voltado para os idosos – desafios para a garantia do direito à saúde no Sistema Único de Saúde.....	40
<b>3</b>	<b>ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO, SÓCIO-DEMOGRÁFICO E POLÍTICO-ASSISTENCIAL DA CLIENTELA IDOSA.....</b>	<b>47</b>
<b>4</b>	<b>MAPEANDO CENÁRIOS, ATORES E AÇÕES NO COTIDIANO DAS INSTITUIÇÕES DE ATENÇÃO AOS IDOSOS NO RIO DE JANEIRO...</b>	<b>60</b>
4.1	CPI do Idoso – Cenário, atores e ações.....	61
4.1.1	<u>O Cenário</u> .....	62
4.1.2	<u>Os Atores</u> .....	67
4.1.3	<u>As Ações</u> .....	73
<b>5</b>	<b>A CPI DO IDOSO NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO: UM CASO DE POLÍCIA OU NÃO POLÍTICA? AS PRÁTICAS DE NÃO</b>	

<b>INTEGRALIDADE DAS AÇÕES E SERVIÇOS NA ATENÇÃO À SAÚDE NA TERCEIRA IDADE.....</b>	<b>77</b>
5.1 <b>Dimensão institucional.....</b>	<b>78</b>
5.1.1 <u>Breves considerações sobre a criação do asilo de velhos e a institucionalização da velhice.....</u>	80
5.1.2 <u>A Normatização da Assistência Asilar: Portarias, Leis e Decretos.....</u>	83
5.2 <b>Dimensão Assistencial-Terapêutica.....</b>	<b>94</b>
5.2.1 <u>Considerações sobre o processo de envelhecimento, suas repercussões nos indivíduos e suas formas de avaliação.....</u>	97
5.2.2 <u>Relatos e Retratos da Assistência Asilar no Estado do Rio de Janeiro...</u>	102
5.3 <b>Dimensão Relacional.....</b>	<b>107</b>
5.3.1 <u>Visões e Atitudes em Relação à Velhice.....</u>	107
5.3.2 <u>Relações Sociais e Familiares e suas repercussões na vida do idoso....</u>	114
5.3.3 <u>A Família e o Cuidado ao Idoso.....</u>	119
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>123</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>132</b>

## INTRODUÇÃO

A preocupação com os idosos e a vontade de trabalhar com este segmento da população surgiu em 1996, ano em que eu começava a residência em Clínica Médica e me deparava com uma predominância quase que absoluta de pacientes com mais de 60 anos em meu ambulatório. Também era grande o número de idosos internados nas enfermarias clínicas e de especialidades, mesmo em se tratando de um Hospital Universitário. Apesar de não ter noções de Geriatria e Gerontologia, e sem sequer saber exatamente os campos de abrangência destas disciplinas, pois em minha formação elas simplesmente não existiram, comecei a me interessar profundamente pelo tema.

Terminada a Residência de Clínica Médica fui me dedicar ao objeto de meu real interesse, iniciando uma segunda especialização, desta vez a Residência em Geriatria e Gerontologia. Foi somente nesta fase que eu comecei a ver realmente a extensão da problemática do envelhecimento. Primeiramente em seus aspectos clínico-epidemiológicos, como era de se esperar dada a minha formação médica. Posteriormente em vários outros planos, tão importantes quanto o primeiro, e que com ele interagiam de tal forma que se tornava impossível a sua dissociação, a delimitação de onde um começava e o outro terminava. Refiro-me aqui aos aspectos sociais, familiares, afetivos, econômicos, culturais e políticos.

Neste período vivenciei o quanto se faz importante a existência de serviços especializados em Geriatria e Gerontologia, contando com equipes multidisciplinares, que trabalhando em conjunto, exercendo portanto a interdisciplinaridade, irão buscar soluções, senão para todas, pelo menos para a maior parte das demandas dos idosos. Ao contrário do que nos faz acreditar toda a nossa formação acadêmica durante a graduação, o médico não é o profissional mais importante, absoluto e capacitado para atender e resolver todos os problemas desta população tão especial. O idoso não pode ser visto de forma independente de seu contexto familiar e social, pois estes são fatores fundamentais em seu processo de saúde-doença. Caso isso ocorra acabam sendo deixados de lado todos aqueles

aspectos que tanto pesam na vida de qualquer pessoa, independente de sua idade, mas que particularmente nos idosos podem apresentar uma carga de influência muito maior.

A minha experiência prática em serviços públicos de saúde desde a graduação em Medicina, em uma Universidade Pública, e posteriormente como médica-residente, mostrou a dificuldade de trabalhar no SUS. Com frequência faltam medicações de uso crônico, como por exemplo para hipertensão e diabetes, assim como existe uma restrição do arsenal terapêutico. Também não pode ser esquecida a dificuldade na obtenção de exames complementares, principalmente os de custo mais elevado e a insuficiência de serviços voltados não apenas para diagnóstico e tratamento, mas também para prevenção e promoção da saúde.

Contudo, dentro de um pequeno universo, o de um serviço de geriatria e gerontologia, vinculado a uma Universidade Pública, vi que era possível, com muito trabalho e determinação, levar adiante a proposta de atendimento integral à pessoa idosa, presente nas diretrizes da Política Nacional de Saúde do Idoso.

Em 2001, num contexto mais ampliado, envolvendo todo o Estado do Rio de Janeiro, a situação da atenção dispensada aos idosos começou a apresentar sinais claros de precariedade e até mesmo descaso. Após sucessivas denúncias e notícias de maus tratos a idosos, principalmente em asilos, amplamente vinculadas pela mídia, a Assembléia Legislativa do Rio de Janeiro (ALERJ), instituiu em 22 de fevereiro, através da RESOLUÇÃO Nº 490 de 2001, a *Comissão Parlamentar de Inquérito para Apurar Tratamento Dispensado aos Cidadãos da Terceira Idade nos Abrigos e Clínicas Geriátricas do Estado do Rio de Janeiro (CPI do Idoso)*, com o objetivo de apurar os seguintes fatos:

*“1 - Qualidade do tratamento dispensado aos cidadãos da terceira idade nos abrigos e clínicas geriátricas do Estado do Rio de Janeiro.*

*- As denúncias de maus-tratos aos idosos dentro dos abrigos e clínicas geriátricas deste Estado.*

*- A identidade dos responsáveis pelo funcionamento dos abrigos e clínicas geriátricas.” (CPI do Idoso, Relatório Final:3-4)*

Com um número muito elevado de denúncias, os deputados membros da CPI reconheceram a necessidade de um suporte técnico especializado para a averiguação das mesmas. Desta forma solicitaram à Universidade do Estado do Rio de Janeiro a indicação de um médico especializado em Geriatria, bem como de estudantes das áreas de Serviço Social, Nutrição e Enfermagem, para juntamente com fiscais dos Conselhos Estaduais de Serviço Social, Nutricionistas e Enfermagem, estarem formando equipes que seriam responsáveis pela averiguação de todas as denúncias. A partir daí, atuando como médica geriatra de uma das equipes técnicas, comecei a entrar em contato com uma realidade antes completamente desconhecida por mim. Foi um trabalho altamente desgastante do ponto de vista físico e emocional, mas extremamente rico como forma de conhecer o que realmente está acontecendo na sociedade e que não aparece nas estatísticas oficiais.

Foram realizadas 127 (cento e vinte e sete) diligências a instituições asilares, casas de repouso e congêneres, tanto na cidade do Rio de Janeiro quanto nas Regiões Metropolitanas I e II, e interior do estado, no período de março a setembro de 2001. Dentre estas, encontramos 09 (nove) instituições com endereço incorreto ou fechadas. Estas instituições foram selecionadas num universo de 358 (trezentos e cinquenta e oito) denúncias, recebidas através do Disque Idoso da ALERJ, 0800 – 220008, sendo muitas delas repetidas. Neste total também estavam incluídas 150 (cento e cinquenta) denúncias que se referiam a pessoas físicas, e que por não serem objeto da CPI foram encaminhadas aos Órgãos competentes para averiguação (CPI do Idoso - Relatório Final, 2001).

Várias situações chamaram nossa atenção, como seres humanos e como profissionais de saúde, mas talvez a principal delas tenha sido a quase total falta de respeito e dignidade com que eram tratados os idosos institucionalizados. Nos deparamos com pessoas desnutridas, com péssimo estado de higiene corporal, sem nenhuma atenção médica, ou de qualquer outro profissional de saúde qualificado. Muitos eram portadores de demência em estágio avançado, estavam restritos ao leito e com úlceras de pressão. Em alguns asilos havia idoso que chegava a

apresentar até mesmo sarna crostosa<sup>1</sup>. Isto para não dizer o estado de adaptação e adequação do espaço físico, na grande maioria das vezes mais do que precários, assim como as condições higiênico-sanitárias que, na quase totalidade dos casos, se apresentavam apenas parcialmente adequadas ou inadequadas.

Além de todas estas características, uma outra nos chamou muito a atenção, o fato de que qualquer casa com mais de 4 cômodos e com alguém disposto a “cuidar” de idosos pudesse estar se transformando em um asilo e também em um “negócio”, senão lucrativo, pelo menos que garantisse a sobrevivência de seu dono.

A identificação deste problema me fez levantar outras questões concernentes à Política Nacional do Idoso e à Política Nacional de Saúde do Idoso: onde está o poder público nesta hora? Como estes asilos se proliferam à margem da sociedade, ou muitas vezes com a conivência desta, e não há a menor intervenção por parte das instituições de fiscalização e saúde no sentido de coibir este processo? É possível proporcionar atenção integral à saúde do idoso por meio desta prática assistencial institucionalizada – o asilamento?

Foi a partir de minha participação na CPI do Idoso e de minha preocupação com a qualidade da assistência que vem sendo oferecida à pessoa idosa, que constatei a importância de se estudar as instituições asilares no estado do Rio de Janeiro.

Assim, o objetivo geral deste estudo será analisar as práticas institucionais de assistência e atenção à saúde do idoso no estado do Rio de Janeiro, a partir do exame dos resultados apurados pela Comissão Parlamentar de Inquérito, no que concerne ao tratamento dispensado aos cidadãos da terceira idade nos abrigos e clínicas geriátricas do estado, verificando sua relação com a Política Nacional do Idoso e com a Política Nacional de Saúde do Idoso.

A fim de atingir este objetivo, iniciaremos essa dissertação descrevendo brevemente o perfil demográfico e socioeconômico do envelhecimento no Brasil hoje (Capítulo I). A seguir faremos uma análise da Política Nacional do Idoso e da Política Nacional de

---

<sup>1</sup> Também conhecida como Sarna Norueguesa é caracterizada por uma hiperinfestação cutânea com centenas ou milhares de patógenos (*Sarcoptes scabiei*). Geralmente está associada com o uso de agentes imunossupressores, doenças que levem à imunodeficiência como AIDS, doenças neurológicas ou psiquiátricas que interferem com o mecanismo de prurido e com o ato de coçar.

Saúde do Idoso, avaliando quais as possibilidades que estas políticas apresentam para o enfrentamento da exclusão em vários níveis (política, social e de saúde) a que o idoso está submetido (Capítulo II). No Capítulo III abordaremos o perfil epidemiológico do envelhecimento e como se configura hoje o Sistema Único de Saúde (SUS) no Estado do Rio de Janeiro face às necessidades assistenciais desta população. Posteriormente, no Capítulo IV apresentaremos o mapeamento do cenário, atores e ações no cotidiano das práticas institucionais de atenção ao idoso no estado do Rio de Janeiro e os caminhos metodológicos utilizados para a realização desta dissertação. No Capítulo V discutiremos as práticas assistenciais, no caso a assistência asilar, prestadas à população idosa do estado do Rio de Janeiro, a partir dos resultados apresentados nos relatórios da CPI do Idoso. Buscaremos mostrar o quanto essas práticas são ineficazes em fornecer uma atenção integral à saúde do idoso, bem como apontar as contradições existentes entre o discurso institucional (representado pelas normas, leis e portarias que regulamentam estas práticas) e a prática institucional (representada pela assistência fornecida aos idosos nas instituições asilares). Após isso serão feitas as considerações finais.

## **1. ENVELHECIMENTO E EXCLUSÃO: ASPECTOS DEMOGRÁFICOS, EPIDEMIOLÓGICOS, E SOCIOECONÔMICOS**

### **1.1 Dos aspectos demográficos**

A transição demográfica é um fato. Em pouco mais de 40 anos passamos de uma situação de alta mortalidade e alta fecundidade, com uma população predominantemente jovem e em franca expansão, para uma situação de baixa mortalidade e, gradualmente, baixa fecundidade. As projeções estatísticas indicam que a proporção de idosos no país passará de 7,3% em 1991 (11 milhões) para cerca de 15% em 2025, o que implicará em mais de 32 milhões de pessoas com 60 anos ou mais. Em outras palavras, enquanto a população brasileira estará crescendo 5 vezes, o grupo dos idosos estará se ampliando em 16 vezes (VERAS, 2001).

Esta é a faixa da população brasileira que proporcionalmente mais cresce, e de acordo com os dados do Censo 2000, alcança hoje uma taxa de 8,9% da população total, somando 14.536.029 de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos. Ainda segundo esta fonte, somente no Estado do Rio de Janeiro já existem 1.540.754 pessoas com 60 anos ou mais de idade, o que corresponde a 10,7% da população total, sendo que somente na cidade do Rio de Janeiro são 751.637 idosos, perfazendo um total de 12,83%.

Nos países mais desenvolvidos expectativas de vida mais altas foram atingidas em um espaço de tempo mais longo, enquanto concomitantemente elevavam seus níveis de desenvolvimento tecnológico e sócio-econômico. Infelizmente, o Brasil viu crescer a sua população idosa sem que conseguisse erradicar, ou pelo menos controlar, os problemas de saúde característicos de uma sociedade mais jovem, em um país de baixo nível de desenvolvimento sócio-econômico (CHAIMOWICZ, 1997)

A esperança de vida ao nascer apresentou ganhos de cerca de 30 anos, no Brasil como um todo, entre 1940 e 1998, decorrente principalmente da queda da mortalidade infantil. Apesar dos ganhos terem ocorrido para ambos os sexos, eles foram bem mais expressivos para as mulheres, que em 1998 apresentavam uma esperança de vida ao nascer superior em 7,5 anos à masculina. Podemos dizer que no Brasil hoje a expectativa de sobrevida nas idades mais avançadas é bastante elevada, quase se equiparando àquela observada nos países desenvolvidos. Camarano (2002) demonstra que em 1998, um homem que atingisse 60 anos de idade poderia esperar viver mais 13,1 anos, e uma mulher mais 15,4 anos. Por outro lado, apesar das mulheres viverem mais, elas também passam mais tempo de vida doentes ou apresentando incapacidades funcionais e/ou dependências para as atividades da vida diária, o que vem a acarretar uma série de necessidades de assistência social e à saúde.

O contingente da população com idade igual ou superior a 60 anos apresenta ainda outros aspectos característicos, que Elza Berquó já apontava em 1991, baseada nos dados do Censo daquele ano. Em 1988 esta mesma autora já chamava a atenção para o fenômeno da “feminização” do envelhecimento, no qual o número absoluto de mulheres idosas era maior que o de homens, e a proporção de idosas em relação à população total de mulheres mantinha-se sistematicamente superior àquela correspondente aos homens.

Um aspecto cruel da velhice feminina é a solidão. Entre os idosos, mais de  $\frac{3}{4}$  dos homens estão em união conjugal, ao mesmo tempo em que mais da metade das mulheres que ficaram viúvas, assim permanecem. Além do fato das mulheres viverem mais, culturalmente os homens são incentivados a um novo matrimônio após separação ou viuvez, mas geralmente o fazem com parceiras mais jovens (BERQUÓ, 1999).

Outras questões referentes ao envelhecimento da população brasileira também merecem destaque, dentre elas podemos citar a escolaridade e a existência de um grande contingente de idosos analfabetos. Neste ponto deve-se levar em conta que as chances de acesso à educação durante a infância destas pessoas se dava de forma bastante assimétrica por classe social e gênero. Como consequência, os

idosos e em particular as mulheres, tornam-se expostos a enfrentar dificuldades que são agravadas pela falta de escolaridade, quando tentam buscar condições dignas de existência ou até mesmo de sobrevivência (BERQUÓ, 1999). O Censo Demográfico de 1991 mostrou que 55,8% dos idosos do sexo masculino declararam-se alfabetizados enquanto o mesmo ocorria com menos da metade das mulheres idosas, apenas 48,9%.

Esta situação apresentou considerável melhora no último Censo, quando estes números passaram para 67,7% para os homens idosos e 62,6% para as mulheres. Entretanto, ainda existem 5,1 milhões de idosos analfabetos no Brasil, de acordo com o Censo 2000. Este analfabetismo prevalente na população idosa acarreta não só mais um fator para a exclusão destes indivíduos, como também representa maior fator de risco para esta população em relação às doenças crônicas não-transmissíveis que dependem fundamentalmente de medidas educativas e de mudanças de hábitos de vida para que possam ser prevenidas e/ou corretamente tratadas.

## 1.2 Dos aspectos epidemiológicos

A transição demográfica provoca também alterações fundamentais no panorama epidemiológico relativo à morbidade e mortalidade de uma determinada população. Assim, as doenças infecto-contagiosas (DIC) que são altamente prevalentes em populações jovens, tendem a ter sua incidência diminuída, enquanto as doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT) apresentam um aumento em sua prevalência, expressando o maior contingente populacional de idosos portadores destas doenças. A este processo de mudança do perfil de morbimortalidade que acompanha o processo de transição demográfica, dá-se o nome de *transição epidemiológica*.

No caso das doenças infecto-contagiosas o advento das vacinas, a pesquisa e o desenvolvimento de novas drogas e as medidas de saneamento básico tiveram grandes impactos na diminuição de sua incidência na infância. Ao contrário, quando se trata das doenças crônicas não-transmissíveis o problema é bem mais complexo, pois ainda não existem medidas preventivas de alta eficiência, como as vacinas, para combatê-las. Neste caso, as medidas existentes são, de um modo geral, educativas e envolvem mudanças de hábitos de vida. Tarefa que pode se tornar tanto mais árdua quanto menor for o nível socioeconômico e o grau de escolaridade da população-alvo.

No que diz respeito ao tratamento existe ainda um outro problema, pois praticamente nenhuma das doenças crônicas não-transmissíveis que afetam o adulto e o idoso é passível de cura. Portanto, em situações ideais de aderência total ao tratamento preconizado, o máximo que se consegue é o controle da progressão dessas doenças, evitando-se complicações e agravamentos. Assim, qualquer que seja a atuação do sistema de saúde neste caso, tem aí configurada uma situação onerosa, e que portanto exige atenção e planejamento detalhado. Todas estas doenças, se não identificadas ou mal tratadas – seja por falha do sistema de saúde e/ou do paciente - tendem a progredir e a gerar complicações, em geral expressas por incapacidades físicas e mentais associadas à doença de base e que, com grande frequência, exigem tratamento de urgência e internações hospitalares. Além disso, estas incapacidades físicas e mentais levarão a perda da autonomia e da capacidade funcional do indivíduo, gerando uma grande demanda por serviços de reabilitação e de cuidados prolongados, que uma vez não fornecidos adequadamente, podem determinar o asilamento desta pessoa.

Entretanto, uma vez que as DCNT sejam precocemente identificadas e adequadamente tratadas, o paciente pode ter uma boa qualidade de vida com uma diminuição mínima na sua expectativa de vida. Porém, para que esta situação de bem estar que não é a cura, mas o mais próximo que se pode chegar dela seja atingida, faz-se necessário um grande investimento em termos de rotina de rastreamento, exames diagnósticos e medidas terapêuticas, pelo tempo de vida restante do paciente.

Com o aumento no percentual de idosos na população, em decorrência da transição demográfica, podemos verificar que hoje no Rio de Janeiro, assim com na maioria dos estados brasileiros, a principal causa de morte em adultos e idosos são as doenças cardiovasculares (DCV). Antes consideradas doenças do desenvolvimento, atualmente as DCV podem ser mais bem caracterizadas como doenças da urbanização. Cabe lembrar que países como o nosso, em desenvolvimento, vivem uma epidemia de DCV, muito provavelmente explicada por mudanças de hábitos alimentares, excesso de estresse e de poluentes ambientais, todos decorrentes do processo de urbanização. Conforme evidenciado pelo Censo 2000, a grande maioria da população idosa no Brasil atualmente vive em áreas urbanas, e a persistirem os baixos níveis socioeconômicos e educacionais vigentes, provavelmente o custo social desse aumento na incidência e prevalência de DCV será ainda mais significativo do que o verificado nos países desenvolvidos em meados do século XX.

De acordo com o Framingham Heart Study e o Framingham Offspring, a insuficiência cardíaca (IC) atinge cerca de 2,5% da população com idade igual ou superior a 45 anos. Nos indivíduos com idade igual ou maior que 65 anos, a prevalência é de 8%, aproximadamente, e acima dos 75 anos ultrapassa os 10%. Na população estudada, a hipertensão arterial antecedeu o quadro de insuficiência cardíaca em 78% das mulheres e em 70% dos homens, e a doença arterial coronária precedeu a IC em 48% das mulheres e em 50% dos homens. Na população geriátrica, mais de 70% dos casos de IC apresentam como etiologia subjacente hipertensão arterial e/ou cardiopatia isquêmica. Dos pacientes acometidos por infarto do miocárdio, 22% dos homens e 46% das mulheres estarão em 6 anos incapacitados para o trabalho devido à IC (Batlouni e Freitas, 2002, pág 266). A história natural da síndrome, caracterizada clinicamente por intolerância ao esforço, retenção líquida, edema e congestão visceral, determina importantes limitações, afetando não só a qualidade como também a expectativa de vida. Nos idosos, ao cortejo clínico adicionam-se as limitações próprias do envelhecimento, levando a um importante comprometimento de sua autonomia, com restrições ao desempenho de suas atividades de vida diária. Isso pode ser verificado no perfil de morbidade dessa clientela no conjunto do país.

Os dados Ministério da Saúde (Datasus – SIH/SUS) mostram que uma das principais causas de internação no Brasil é a insuficiência cardíaca congestiva. Segundo Freitas (2002) existem no país cerca de 2 milhões de pacientes com insuficiência cardíaca (IC), sendo diagnosticados anualmente 240 mil novos casos. Em 2001, foram internados em todo o país 12.227.236 pacientes, dos quais 385.759 (3,15%) devido a IC. Destas internações, 67,88% envolveram pacientes com 60 anos ou mais, correspondendo a 261.843 pacientes, *versus* 123.916, ou seja, 32,12% em idade inferior a 60 anos. No estado do Rio de Janeiro, neste mesmo ano foram registradas 924.845 internações pelo SUS, destas 101.401 (10,96%) devido à doenças do aparelho circulatório, sendo 31.276 por insuficiência cardíaca (3,38%). Mais uma vez a população idosa foi a que teve as maiores taxas de internação, pois deste total 19.444 internações (62,16%) ocorreram na faixa etária igual ou superior a 60 anos.

No Quadro 1, é demonstrado o número de internações pagas pelo SUS em 2001 para os casos de infarto agudo do miocárdio (IAM), hipertensão arterial sistêmica (HAS) e insuficiência cardíaca (IC), para pacientes com idade igual ou superior a 60 anos. Vemos que o número total de internações por IC é cerca de 8 vezes maior que o de IAM e 5 vezes maior que o de HAS. As causas que motivam a internação por descompensação da IC são múltiplas, mas merecem destaque na população idosa as infecções respiratórias e a não aderência ao tratamento, seja por falta de dinheiro para adquirir os remédios ou pela sua ingestão inadequada, que pode ser causada por exemplo por déficits cognitivos não diagnosticados. Desta forma torna-se necessário não só o acompanhamento do paciente, com o fornecimento da medicação quando este não possui condições econômicas de adquiri-la, como também a avaliação do mesmo em busca de déficits cognitivos quando é detectada a não aderência ao tratamento.

TABELA 1.1 Número de internações (AIH 1 e AIH 5) por doença cardiovascular no Rio de Janeiro/2001

Causa \ Faixa Etária	IAM	HAS	IC
60 – 69 anos	1.188	1.726	7.740
70 – 79 anos	890	1.358	7.376

80 – 89 anos	302	495	3.540
90 anos ou +	37	73	788
Total	2.417	3.652	19.444

Fonte: DATASUS – [http:// www.datasus.gov.br](http://www.datasus.gov.br)

Neste ponto nos cabe também abordar algumas doenças cujo principal fator de risco continua sendo a própria idade, e que por isso tendem a assumir dimensões epidêmicas com o envelhecimento populacional, como é o caso das demências e, em particular da doença de Alzheimer (DA). A incidência e a prevalência das demências aumentam exponencialmente com a idade, dobrando a cada 5,1 anos, a partir dos 60 anos de idade. De acordo com metanálise da literatura internacional, a prevalência das demências muda de 1,4% nos indivíduos entre 65 e 69 anos para 20,8% naqueles entre 85 e 89 anos, chegando a alcançar aproximadamente 38,6% naqueles entre 90 e 95 anos (Machado, 2002).

Na Europa e na América do Norte a doença de Alzheimer é responsável por cerca de 50 a 60% dos casos de demência, enquanto na China, Japão e Rússia é, em geral menos prevalente do que a demência vascular. No Brasil, apesar da DA ser apontada como a causa mais freqüente, novos estudos serão necessários para que possamos conhecer melhor a importância relativa das várias formas de demência em nosso meio. Especula-se que, em regiões menos favorecidas do país, as taxas de prevalência de demência associada à doença cérebro-vascular sejam bem superiores àquelas encontradas em países desenvolvidos devido à precária instituição, em tais regiões, de medidas de controle para os fatores de risco relacionados com as doenças vasculares passíveis de intervenção.

Queixas de perdas cognitivas, com o comprometimento da memória recente, estão entre os problemas mais comuns trazidos por pacientes idosos (ou seus familiares) às consultas médicas. Entretanto, não só os médicos, mas os profissionais de saúde de uma maneira geral devem estar atentos, em todas as oportunidades, para identificar e avaliar a importância relativa destas queixas, ou dos sintomas detectados, e assim poder determinar o estado de acuidade mental atual do paciente. É importante sempre levar em consideração as variações individuais influenciadas sobretudo pela idade e pelo grau de escolaridade. É de fundamental

importância desmistificar o fato de que muitas alterações são decorrentes do próprio processo de envelhecimento, ou seja que “*são coisas da idade...*”, como ainda hoje pensam muitos familiares, os próprios idosos e infelizmente muitos profissionais de saúde. Devido ao fato de ser uma doença de evolução progressiva, extremamente incapacitante e ainda sem medidas terapêuticas eficazes a demência, seja qual for sua etiologia, pode ser considerada um dos grandes problemas de saúde pública no mundo.

Em 2001, foram registradas no estado do Rio de Janeiro, para pacientes com idade igual ou superior a 60 anos, 303 internações hospitalares pelo SUS com diagnóstico de doença de Alzheimer, e 1.214 internações com diagnóstico de demência vascular. Houve ainda 978 internações com o diagnóstico de demência não especificada. Ou seja, naquele ano foram internadas 2.495 pessoas maiores de 60 anos devido à demência, número superior ao das internações por IAM, que conforme demonstrado anteriormente foi de 2.417.

TABELA 1.2 Número de internações por Demência (AIH 1 e AIH 5) – Rio de Janeiro/2001

Causa \ Faixa Etária	DA	DV	Demência não especificada
60 – 69 anos	94	301	253
70 – 79 anos	67	482	375
80 -89 anos	124	368	277
90 anos ou +	18	63	0
Total	303	1.214	978

Fonte: DATASUS – [http:// www.datasus.gov.br](http://www.datasus.gov.br)

É preciso destacar que este número reflete apenas aqueles pacientes que, portadores de uma síndrome demencial, necessitaram de internação hospitalar, e não o número total de portadores de demência.

É sabido que a grande maioria dos idosos é portadora de pelo menos uma doença crônica, mas isto não significa que eles estejam limitados pela doença, ao contrário, muitos levam uma vida perfeitamente normal, estando com suas doenças sob controle. Assim, um idoso com uma ou mais doenças crônicas controladas pode ser considerado saudável, quando comparado com outro idoso com as mesmas doenças, porém sem controle adequado, e já com seqüelas decorrentes disto.

Portanto, com o avançar da idade não podemos mais nos basear apenas naquele antigo conceito de ausência de doença para classificar um idoso como saudável.

Na realidade, o que está em jogo na velhice é a autonomia, quer dizer, a capacidade que uma pessoa tem de determinar e executar seus próprios desígnios e, afinal, faz parte de uma política de atenção integral a saúde prestar ações que favoreçam a autonomia dos indivíduos no exercício de suas funções. Desta forma, uma pessoa idosa pode ser considerada saudável se ela for capaz de chegar aos 70, 80 anos de idade sendo capaz de gerir sua própria vida, determinando quando, onde e como se darão suas atividades de lazer, convívio social e trabalho. Se ela é hipertensa, diabética, portadora de osteoporose e está em tratamento para depressão mas, contudo, tem um acompanhamento adequado e está com todas as patologias sob controle, podendo com isto manter sua autonomia e estar integrada socialmente, para todos os efeitos ela pode ser considerada uma pessoa idosa saudável. Isto faz parte também da percepção que os próprios idosos têm de seu estado de saúde como foi demonstrado por Veras (1994).

Por outro lado, uma pessoa com a mesma idade e com as mesmas doenças do exemplo anterior, porém sem controle adequado, poderá apresentar um quadro completamente diverso. Inicialmente, devido a uma depressão não diagnosticada essa pessoa progressivamente irá abandonando sua vida social, ficando cada vez mais reclusa em seu domicílio, com tendência ao sedentarismo e a variáveis graus de imobilidade. Com o passar do tempo ocorre perda da auto-estima, abandono do autocuidado e podem surgir déficits cognitivos. Paralelamente o diabetes e a osteoporose que a princípio não causavam nenhuma limitação tornam-se grandes fatores de risco para declínios posteriores. Neste momento, a capacidade funcional já se encontra comprometida para a realização de atividades de vida diária mais complexas como limpar a casa, fazer compras ou cuidar das finanças e esta pessoa está parcialmente dependente. No momento seguinte, devido a uma queda no próprio domicílio, causada por exemplo por um objeto deixado fora do lugar de costume, esta pessoa sofre uma fratura de colo de fêmur. Ela é internada em um hospital e não pode ser submetida à cirurgia por estar com níveis glicêmicos muito elevados. Durante a internação, ela acaba desenvolvendo uma pneumonia

hospitalar, faz um quadro de *delirium*, é contida no leito e sedada. Após 48 horas já desenvolveu uma úlcera de pressão que evolui progressivamente.

Devido ao péssimo estado clínico geral da paciente opta-se por não realizar a cirurgia, ficando a mesma sujeita apenas a um tratamento conservador da fratura. A pneumonia é tratada, o diabetes controlado e a paciente está pronta para receber alta, pois não será mais submetida à cirurgia e a úlcera de pressão poderá ser tratada no domicílio. Entretanto, a mesma é viúva e não possui filhos ou parentes próximos que possam se responsabilizar pelo seu cuidado. No instante da alta ela é uma pessoa totalmente dependente, agora com um déficit cognitivo acentuado e sem apoio social ou condições financeiras para contratar uma pessoa para prover o seu cuidado. Parece uma história de terror, mas infelizmente é quase uma rotina nos hospitais públicos. Esta paciente agora tem dois destinos possíveis: permanecer no hospital, onde estará sujeita a novas infecções nosocomiais ou ser transferida para um asilo.

A capacidade funcional pode ser vista como um novo paradigma de saúde, importante principalmente para o idoso. Saúde, sob esta nova ótica resultaria da interação multidimensional entre saúde física, saúde mental, independência nas atividades da vida diária, integração social, suporte familiar e independência econômica. Qualquer uma dessas dimensões quando comprometida pode afetar a capacidade funcional do idoso. Desta forma, o bem estar na velhice, ou saúde num sentido amplo, seria o resultado do equilíbrio entre as várias dimensões da capacidade funcional, sem que isto signifique necessariamente ausência de problemas em todas elas.

Assim, a avaliação da saúde de um indivíduo, principalmente o idoso, não deve se limitar a uma avaliação de seu estado físico e mental, e as conseqüências deste no desempenho de atividades da vida diária, mas deve também levar em consideração as condições econômicas e sociais e a situação ambiental como um todo (Veras, 1994). É por este motivo que uma avaliação multidimensional ganha importância e torna-se preferida em comparação à avaliação isolada de uma única área. Além de fornecer uma avaliação ampla da capacidade funcional do idoso, ela tem também

como finalidade avaliar o impacto global que as políticas de saúde e bem estar social têm exercido sobre a vida desta população.

Essas mudanças nos perfis demográficos e epidemiológicos da população, repercutem e provocam alterações que afetam o modo de vida do idoso em sociedade. Além disso, as modificações em sua capacidade funcional, também podem ser fortemente influenciadas por aspectos socioeconômicos.

### **1.3 Dos aspectos socioeconômicos**

Sem ter a pretensão de fazer um levantamento extenso sobre a situação sócio-econômica dos idosos brasileiros, podemos constatar que a atual crise por que passa a economia nacional faz com que muitas vezes a chefia domiciliar fique a cargo dos mais velhos. Com a instabilidade econômica e o desemprego, muitas vezes o único dinheiro fixo e certo é o da aposentadoria ou benefício do idoso(a), passando a ser ele o responsável pela manutenção da sobrevivência da família.

O aumento da longevidade vem ampliando o número de famílias com idosos em todo o país. Tendo como base os dados da PNAD de 1998, Camarano e col. (2002) chamam a atenção para o fato de que 23,2% do total das famílias brasileiras e 22,5% dos domicílios continham, pelo menos, uma pessoa na faixa etária maior que 60 anos. No mesmo estudo foi observado que as famílias contendo idosos têm uma estrutura bastante diferenciada quando comparadas com aquelas que não contêm. São famílias menores, em etapas do ciclo vital mais avançado. Em média, o número de filhos residindo com idosos é menor, apresentando os chefes média de idade em torno de 66 anos contra 39 anos nas famílias sem idosos. Além disso, as famílias com idosos apresentam maior número de mulheres na condição de chefes: 35,2% contra 23,1% nas famílias sem idosos.

Quanto aos arranjos familiares internos, 74,2% das famílias sem idosos são do tipo casais com filhos. Entre as famílias com idosos, a presença de casais com filhos foi de 33,7%. Quando são incluídas no grupo de famílias idosas com filhos as famílias extensas, esta proporção sobe para 52,6%. Entre as famílias com idosos destaca-se também a relativamente elevada proporção de casais sem filhos (18,5% entre as nucleares e 14,0% entre as extensas) e de pessoas vivendo sós (14,9%). Nas famílias unipessoais com idosos, predominam as mulheres e, nas sem idosos os homens (CAMARANO, 2002). Estes dados podem ser explicados pelo estágio do ciclo de vida familiar das famílias com idosos, onde a maioria dos filhos já não vive mais com os pais, e pela maior mortalidade masculina, fazendo com que as mulheres sobrevivam por mais tempo sós ou com os filhos.

Ainda segundo esta autora, as famílias brasileiras que contêm idosos estão em melhores condições econômicas do que as demais famílias. São relativamente menos pobres e seus membros dependem menos da renda do chefe. Isto deve, em grande parte as etapas do ciclo familiar e aos tipos de arranjos internos que estabelecem diferentes relações de dependência econômica entre seus membros. Provavelmente as famílias com idosos são formadas por um número maior de filhos adultos e com isso o contingente de pessoas que trabalham em famílias com idosos é quase três vezes maior que nas famílias sem idosos.

Quando se avalia a estrutura das famílias com idosos por classes de renda torna-se possível observar a grande heterogeneidade deste grupo. Assim, as famílias mais pobres mostram-se menores, apresentando um número médio de filhos menor, um menor número de pessoas que trabalham e portanto, uma maior dependência da renda do chefe. Estes, por sua vez, são mais velhos, menos educados, apresentando uma proporção mais elevada de chefias femininas. A proporção de mulheres morando sós também é mais elevada nos níveis de renda mais baixos, chegando a ser quase três vezes maior do que a observada nas famílias mais ricas.

À medida que a renda familiar se eleva, aumenta o tamanho médio da família, o número médio de filhos e o número médio de pessoas que trabalham. Os chefes destas famílias são mais educados, relativamente mais jovens e majoritariamente do sexo masculino. Diminui a proporção de famílias monoparentais de ambos os sexos

e aumenta, e muito, a proporção de casais com filhos (CAMARANO, 1999). Tais dados sugerem que a pobreza nas famílias de idosos está fortemente associada ao baixo nível educacional dos chefes, reflexo das menores oportunidades de estudo no passado, que afetaram principalmente as mulheres, visto que uma elevada proporção de chefes nas famílias mais pobres é do sexo feminino.

A universalização da Seguridade Social, com a ampliação da cobertura da previdência rural e a legislação da assistência social estabelecida pela Constituição de 1988 contribuíram para mudar o quadro da situação de vida dos idosos brasileiros em termos de rendimentos. Em 1981 21% dos idosos não tinham nenhuma fonte de renda enquanto em 1998 este percentual havia caído para menos de 12%. Esta queda foi importante principalmente entre as mulheres idosas pois em 1981, 37,4% não possuía nenhum rendimento, enquanto em 1998 este percentual era de 18,1%. Como reflexo desta situação, a proporção de famílias que continham idosos consideradas pobres e indigentes decresceu de 40% para 20% neste período.

Como bem sabemos, tais fatos não indicam melhoras acentuadas nos níveis de renda ou na qualidade de vida dos idosos, uma vez que a imensa maioria destes benefícios se resume à quantia de 1 salário mínimo. Entretanto, dentro de uma conjuntura econômica como a que vivemos hoje, onde o índice de desemprego se mantém em taxas elevadas fazendo com que as oportunidades de trabalho para o contingente mais jovem da população sejam cada vez mais restritas, algumas vezes este é o único rendimento fixo de muitas famílias. Por isso, atualmente observamos não só uma redução na dependência financeira dos idosos em relação à família, mas algumas vezes uma inversão na direção da relação de dependência. Desta forma, um dos papéis que vêm sendo assumido pelos idosos em relação ao apoio às famílias onde estão inseridos diz respeito à participação de seus ganhos no orçamento destas. Em 1998, 52,5% da renda familiar era proveniente dos idosos nas famílias onde estavam inseridos.

Todas essas informações nos levam a questionar a relação entre envelhecimento e dependência como resultado de um único fator agindo continuamente. Como pudemos ver, a dependência financeira do idoso em relação à família tem se

mostrado questionável em alguns momentos, sendo ele muitas vezes o responsável pela chefia do domicílio e de sua renda depender a sobrevivência de todo o núcleo familiar.

A outra face da moeda é que quando este idoso torna-se dependente e passa a necessitar de cuidados permanentes e/ou auxílio para realizar suas atividades básicas da vida diária<sup>2</sup>, ele se vê sozinho, pois não há na família alguém que possa estar disponível para fornecer este cuidado, uma vez que todos estão engajados na luta pela sobrevivência. Em uma grande proporção de casos este se torna o principal motivo de asilamento desta pessoa, que então se vê excluída não só do convívio familiar, mas muitas vezes de uma assistência médica adequada e até mesmo de respeito pela sua condição de ser humano.

Mas não devemos colocar toda a culpa pelo modo como são tratados os idosos sobre os ombros da família. Hoje, mais do que nunca, com as dificuldades econômicas existentes, é necessário e não apenas desejável, que todos os membros do núcleo familiar contribuam para o seu sustento, e com isto a mulher também foi lançada ao mercado de trabalho. Tradicionalmente, entretanto, sempre recaiu sobre ela a responsabilidade pelo cuidado, não só dos mais novos (filhos), mas também dos mais velhos, e fica impossível conceber que ela possa estar conciliando todas as suas atribuições familiares com sua inserção no mercado de trabalho.

Born e Boechat (2002) citando o trabalho realizado por Kane (1987) identificaram os seguintes fatores como principais responsáveis pela institucionalização de idosos: idade (>85 anos), diagnóstico, limitação nas atividades da vida diária (AVD), morar só, estado civil (solteiro ou viúvo), situação mental (distúrbio cognitivo ou depressão), etnia, ausência de suportes sociais e pobreza. Chamam a atenção para o fato de que no Brasil, apesar de poder-se estimar a presença destes mesmos fatores, eles se apresentam com pesos diferentes conforme a classe social e a

---

<sup>2</sup> As atividades da vida diária (AVD) são aquelas necessárias ao auto-cuidado, ou seja, tomar banho e vestir-se sozinho, cuidar da própria higiene após utilizar o banheiro, alimentar-se com as próprias mãos, levantar da cama sem auxílio ou transferir-se da cama p/ a cadeira de rodas caso a utilize, ser capaz de controlar as suas eliminações fisiológicas.

região geográfica, havendo um predomínio de fatores socioeconômicos em uma grande parte da população institucionalizada.

Portanto, se não houver uma ampla ação institucional, seja dos organismos públicos ou privados, frutos de iniciativa estatal e/ou da sociedade civil, dando suporte à família, não há como prover um cuidado adequado aos mais velhos.

Durante muito tempo a questão do envelhecimento populacional e suas conseqüências ficaram relegadas a segundo plano pelos planejadores de políticas públicas. Entretanto, podemos dizer que pelo menos nos últimos 15 anos vêm ocorrendo mudanças, se não radicais, pelo menos expressivas neste campo. Além da universalização da seguridade social como já vimos, foram promulgadas leis e instituídas Políticas de Saúde que representam um importante avanço na tentativa de diminuir a exclusão a que os idosos estão expostos.

Nesse sentido, vendo saúde como um conceito amplo onde estão envolvidas todas as dimensões (física, psicológica, cognitiva, social, econômica e ambiental) é que foram formuladas políticas de atenção integral à saúde do idoso, centradas na idéia da integralidade como contribuição para o enfrentamento da exclusão político-social no setor saúde. São essas políticas que constituem o item a seguir.

## **2. POLÍTICAS DE ATENÇÃO INTEGRAL A SAÚDE DO IDOSO: A INTEGRALIDADE COMO CONTRIBUIÇÃO PARA O ENFRENTAMENTO DA EXCLUSÃO POLÍTICO-SOCIAL NO SETOR SAÚDE**

### **2.1 Breves antecedentes sobre a Política Nacional do Idoso e Política Nacional de Saúde do Idoso**

Em um artigo publicado em 1987, na Revista de Saúde Pública, Veras e col. chamavam a atenção para os problemas e as demandas que estavam surgindo e que se intensificariam com o aumento progressivo da população idosa. Não somente aumentariam as demandas por assistência médica, mas questões importantes como suporte familiar e social, declínio do nível de vida (econômico e social), solidão, manutenção da independência e autonomia, também necessitariam de soluções.

Entretanto, por um longo período a questão do idoso no Brasil permaneceu articulada apenas à saúde e à previdência social. Nesse percurso a velhice aparecia sempre ligada à doença, e se considerava a aplicação de recursos financeiros em políticas públicas sociais para o idoso como gasto e não como investimento social.

A primeira iniciativa do governo na prestação de assistência ao idoso data de 1974, quando foi publicada a Portaria nº 82 do Ministério da Previdência e Assistência Social, por intermédio do antigo Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Esta portaria determinava o pagamento da internação custo-dia, apenas para seus aposentados e pensionistas, com 60 anos ou mais de idade, em sistema de asilamento. A institucionalização do idoso era realizada considerando o estado físico e mental do mesmo, a insuficiência de recursos próprios e de seus familiares e a inexistência ou abandono pela família.

Ainda em 1974 o Governo Federal criou a Renda Mensal Vitalícia, Lei nº 6.179, através da qual era assegurado um auxílio no valor de 50% do salário mínimo vigente no país a todas as pessoas com mais de 70 anos de idade que não

recebiam benefício algum da Previdência Social e que não apresentavam condições de subsistência.

Em 1976, o então Ministro da Previdência e Assistência Social, decidiu solicitar um estudo para melhor conhecer a realidade da velhice no Brasil, e assim poder identificar as condições de vida do idoso brasileiro e o apoio social existente para atender às suas necessidades. Nesta época foram então realizados três Seminários Regionais com a colaboração do SESC/SP: Regiões Sul/Sudeste (São Paulo); Região Centro-Oeste (Belo Horizonte) e Regiões Norte/Nordeste (Fortaleza). A partir das conclusões desses eventos, realizou-se no final daquele ano, em Brasília, um Seminário Nacional sobre Política Social da Velhice. A conclusão foi sintetizada em um documento intitulado Diretrizes para uma Política Nacional para a 3ª Idade, editado pelo MPAS (COSTA, MENDONÇA e ABIGALIL, 2002).

Em 1977, o programa de assistência ao idoso, que estava sob responsabilidade do INPS, passa para a Legião Brasileira de Assistência (LBA) por determinação da Portaria do MPAS 838/77, Circular nº 01, de 21 de outubro. Esta entidade desenvolveu suas ações em dois projetos principais: O Conviver e o Asilar, alcançando cerca de 1.200 entidades e 2.600 municípios por meio de convênios de cooperação técnica e financeira para liberação *per capita*, revitalização e construção de unidades e equipamentos da rede pública e privada na atenção ao idoso no Brasil.

A nível internacional, em 1982, a Organização das Nações Unidas (ONU) promoveu a I Assembléia Mundial sobre o Envelhecimento e aprovou o Plano de Ação Internacional de Viena (Áustria), elaborado durante a Assembléia. Todos os países participantes, o Brasil entre eles, firmaram um acordo comprometendo-se a executar e implantar políticas de atenção ao idoso. Estas políticas deveriam garantir os fundamentos da Declaração Universal dos Direitos Humanos, permitindo às pessoas idosas desfrutar, com suas próprias famílias e a comunidade, de uma vida plena, alegre, saudável e segura, sendo legitimamente consideradas integrantes da sociedade. Essa qualidade de vida deveria ser construída por ação do governo, da família, da sociedade e dos próprios idosos.

O início do processo de redemocratização nos anos 1980 e a conseqüente abertura política no Brasil, possibilitou uma participação e posicionamento mais efetivos dos movimentos sociais, culminando com a promulgação da Constituição Federal de 1988, que passou a garantir aos mais velhos um sistema de proteção social. Assim, no Capítulo da Seguridade Social, Seção IV (Da Assistência Social) está disposto no Art. 203:

*“A assistência social será prestada a quem dela necessitar, independentemente de contribuição à seguridade social e tem por objetivos: I - a proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência e à velhice; II – o amparo às crianças e adolescentes carentes; III – a promoção da integração ao mercado de trabalho; IV - a habilitação e reabilitação das pessoas portadoras de deficiência e a promoção de sua integração à vida comunitária; V – a garantia de um salário mínimo de benefício mensal à pessoa portadora de deficiência e ao idoso que comprovem não possuir meios de prover à própria manutenção ou de tê-la provida por sua família, conforme dispuser a lei.*

Em 7 de dezembro de 1993, foi aprovada a Lei Orgânica da Assistência Social, Lei nº 8.742, que dispõe no Art. 1º:

*“A assistência social, direito do cidadão e dever do Estado, é Política de Seguridade Social não contributiva, que provê os mínimos sociais, realizada através de um conjunto integrado de ações de iniciativa pública e da sociedade, para garantir o atendimento às necessidades básicas.”*

Foi determinada descentralização político-administrativa com comando único das ações em cada esfera de governo e a criação dos Conselhos Federal, Estaduais, do Distrito Federal e Municipais de Assistência Social, de composição paritária entre governo e sociedade civil. A partir desta lei, foi extinta a renda mensal vitalícia, passando a ser concedido no seu lugar o benefício de prestação continuada, no valor de um salário mínimo, para a pessoa portadora de deficiência física ou com idade superior a 70 anos, cuja renda familiar *per capita* não fosse superior a ¼ de salário mínimo. No Art. 38, está disposto que a idade para concessão do benefício seria reduzida para 65 anos após 48 meses da promulgação da lei.

Com relação à saúde, a Constituição determina no Art.196 que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e

igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.” A partir de então foi instituído o Sistema Único de Saúde definido como sendo um conjunto de ações e serviços públicos integrantes de uma rede regionalizada e hierarquizada, organizados de acordo com as seguintes diretrizes: “I- descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II- atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; e III- participação da comunidade.”

Contudo, somente em 1990 é que são promulgadas a Lei Orgânica da Saúde (LOS) nº 8.080, em 19 de setembro, e a Lei nº 8.142 em 28 de dezembro do mesmo ano. A LOS 8.080 “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes” e institucionaliza as relações entre União, Estados e Municípios com relação à política de saúde.

Merece destaque o fato de o Presidente da República à época ter efetuado 25 vetos à LOS após a mesma ter sido aprovada pelo Congresso Nacional, levando à sua completa desconfiguração. Isto determinou prejuízos, principalmente, nos itens referentes ao controle e à participação social, ao financiamento do SUS, no que diz respeito aos percentuais vinculados do Orçamento da Seguridade Social e aos mecanismos de transferência regular e automática de recursos federais para as instâncias subnacionais de governo e à estruturação organizacional do Ministério da Saúde (Levcovitz, 1997).

Já a Lei nº 8.142 que “dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiro na área de saúde”, instituiu que o Sistema Único de Saúde “contará em cada uma das esferas de governo, sem prejuízo das funções do Legislativo, com as seguintes instâncias colegiadas:

- I - a Conferência de Saúde; e
- II - o Conselho de Saúde.”

Esta mesma Lei define que as Conferências reunir-se-ão a cada 4 anos com a representação dos vários segmentos sociais, para avaliar a situação de saúde nos

níveis correspondentes e que o Conselho será de caráter permanente e deliberativo, composto por representantes do governo, prestadores de serviços, profissionais de saúde e usuários, estes últimos representados, principalmente, pelos movimentos populares.

O Conselho de Saúde, segundo a Lei, atua ainda na formulação de estratégias e no controle e execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros. Sendo a representação dos usuários, nos Conselhos de Saúde e nas Conferências, paritária ao conjunto dos demais segmentos.

Finalmente em 4 de janeiro de 1994 é sancionada a Lei Nº 8.842, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso e também cria o Conselho Nacional do Idoso. O objetivo principal desta política, disposto em seu Artigo 1º é *“assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade”*. A partir desta lei a pessoa com 60 anos de idade ou mais passou a ser considerada idosa. Além disso, esclarecia que *“o processo de envelhecimento diz respeito à sociedade em geral, devendo ser objeto de conhecimento e informação de todos”*, destacando que o idoso não deve sofrer discriminação de qualquer natureza.

Dentre os princípios que regem a Política Nacional do Idoso, merece destaque no contexto desta discussão, o disposto no inciso I do Art.3º: *“a família, a sociedade e o estado têm o dever de assegurar ao idoso todos os direitos de cidadania, garantindo sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade, bem estar e o direito à vida”*. Podemos então afirmar que não só o cuidado, mas também o controle sobre o tipo de assistência prestada à pessoa idosa, firma-se sobre um tripé, formado pela família, pelo estado e pela sociedade como um todo.

Com relação às diretrizes que constituem tal política (Art. 4º), destaco o disposto no inciso III: *“priorização do atendimento ao idoso através de suas próprias famílias em detrimento do atendimento asilar, à exceção dos idosos que não possuam condições que garantam sua própria sobrevivência”*, e também no inciso VIII: *“priorização do*

*atendimento ao idoso em órgãos públicos e privados prestadores de serviços, quando desabrigados e sem família”.*

Dessa breve discussão histórica sobre o arcabouço normativo e as diretrizes da Política Nacional do Idoso, fica evidente a necessidade de formular instrumentos legais e políticos de institucionalização dessa política baseados na integralidade das ações, seja intersetores, seja nas práticas assistenciais desenvolvidas.

É no sentido de compreender os elementos que constituem esses instrumentos que se faz necessário apontar alguns aspectos referentes à dinâmica do processo de institucionalização do idoso, para em seguida analisarmos a concepção idealmente elaborada para o atendimento dos idosos em suas especificidades.

## **2.2 A dinâmica do processo de institucionalização das políticas de atenção aos idosos**

Em artigo publicado na Revista de Saúde Pública, em 1999, Chaimowicz analisou a dinâmica da institucionalização de idosos em Belo Horizonte, avaliando 33 asilos<sup>3</sup>, dos 40 existentes na cidade, de acordo com levantamento feito junto a Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social. Os resultados obtidos revelaram uma elevada lotação dos asilos com extensas listas de espera nas instituições filantrópicas (85% do total avaliado). Durante a pesquisa também ficou demonstrado que existiam rígidos critérios de admissão nestas instituições, e que metade delas recusava idosos demenciados ou dependentes. Assim sendo, a população que era abrigada nestas instituições era composta em sua maioria por idosos independentes que poderiam estar vivendo na comunidade. O autor conclui ao final do estudo que a baixa taxa de institucionalização encontrada (0,6%) é característica de países em desenvolvimento e se deve principalmente à escassez de vagas, existindo uma

---

<sup>3</sup> Asilo foi definido neste artigo como instituições destinadas a abrigar idosos, independente de ofertar serviços médicos ou não.

grande demanda reprimida por este tipo de assistência. Além disso, os dados obtidos refletiriam ainda o anacronismo de um sistema não direcionado à manutenção dos idosos em seu próprio domicílio.

Moreno e Veras (1999) com base em uma pesquisa realizada em 1997, pela UERJ<sup>4</sup> - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, por iniciativa da UnATI – Universidade Aberta da Terceira Idade – Programa de Recursos Comunitários, realizaram uma análise quantitativa e qualitativa das instituições asilares para idosos no município de Rio de Janeiro. Verificaram que cerca de 55% destas instituições estão localizadas em regiões afastadas do centro da cidade e atribuíram esta regionalização a uma certa intencionalidade quanto ao isolamento, característico de instituições segregatícias. Em 59% das instituições o regime era fechado, não sendo permitida a saída dos idosos da unidade asilar. Tal constatação serviu para ratificar o caráter de segregação destas instituições, no que se refere ao isolamento do sujeito do convívio social.

Apenas 1% das instituições pesquisadas era de natureza pública, enquanto 60% eram de caráter privado, 9% de natureza mista e 27% filantrópicas. Entretanto, os autores ressaltam que as instituições consideradas filantrópicas na prática muitas vezes apresentavam características idênticas às instituições privadas. Quanto ao erário que deve ser desembolsado por idosos que necessitam deste tipo de assistência, 55% das instituições cobravam entre 2 e 5 salários mínimos, 31% exigiam 5 salários mínimos ou mais e apenas 12% ofereciam o serviço de forma gratuita. Em relação ao número de leitos 63% das instituições pesquisadas possuíam entre 11 e 50 leitos disponíveis para receber idosos, o que as caracterizaria como sendo de pequeno porte.

A grande maioria, 69%, recebia idosos de ambos os sexos, sendo que 25% das instituições pesquisadas recebiam apenas idosos do sexo feminino, o que pode ser decorrente, segundo os autores, do maior contingente feminino na população idosa. Quanto à idade mínima para ingresso na instituição, foi observado que 25% estabelecia a idade de 60 anos, 12% 65anos e que 48% não estipulava idade

---

<sup>4</sup> Esta pesquisa produziu um catalogo no qual constavam 104 instituições asilares para idosos no município do Rio de Janeiro, com um número estimado de 4.300 leitos.

mínima para admissão. Por outro lado apenas 6 % das instituições estabeleciam idades máximas para admissão de idosos. Contudo, praticamente metade das instituições pesquisadas (48%) fazia restrições em relação ao estado de saúde do idoso. Na maioria dos casos tais restrições dirigiam-se a doenças infecto contagiosas, demências, incapacidade de locomoção e desequilíbrio psíquico. Contudo, foi observado que 52% das instituições pesquisadas não faziam qualquer exigência ou restrição quanto ao estado de saúde dos idosos, fato que vai contra as determinações da PNI, pois de acordo com a lei “*é vedada a permanência de portadores de doenças que necessitem de assistência médica ou de enfermagem permanente em instituições asilares de caráter social*”.

Estes dois trabalhos mostram importantes diferenças quanto à dinâmica de institucionalização de idosos em duas grandes cidades brasileiras, evidenciando mais uma vez a complexidade e heterogeneidade que recobrem a questão da velhice no Brasil. Deixam também evidente a necessidade de uma mudança na política de atenção social e à saúde desta população, de modo que sejam ofertados serviços e mecanismos assistenciais que possibilitem a permanência do idoso na família e na comunidade.

Através da Política Nacional do Idoso, foram criados os Conselhos, nacional, estaduais, do Distrito Federal e municipais do idoso, que se constituem em órgãos permanentes, paritários e deliberativos, compostos por igual número de representantes dos órgãos e entidades públicas e de organizações representativas da sociedade civil ligadas à área. Estes conselhos têm por atribuição formular, coordenar, supervisionar e avaliar esta política, no âmbito das respectivas instâncias político-administrativas.

De acordo com o disposto no capítulo IV, que trata das ações governamentais, cabe aos órgãos e entidades públicas na área de promoção e assistência social: a prestação de serviços e o desenvolvimento de ações que visem atender as necessidades básicas do idoso, o que deverá ser realizado mediante a participação da família, da sociedade e de entidades não governamentais. Também faz parte de suas atribuições a criação e implantação de modelos alternativos de atendimento, como centros de convivência, hospitais-dia, centros-dia, casas-lares, oficinas

abrigadas de trabalho, atendimentos domiciliares e outros. Bem como o incentivo, planejamento e financiamento de pesquisas e levantamentos sobre a situação social do idoso, além da promoção de capacitação de recursos para atendimento deste contingente da população.

Especificamente na área de saúde, é de competência pública garantir ao idoso a assistência nos diversos níveis de atendimento do Sistema Único de Saúde (SUS), visando a prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde da pessoa idosa, mediante programas e medidas profissionais. De especial importância para este trabalho de pesquisa, é a sua atribuição de adotar e aplicar normas de funcionamento às instituições geriátricas e similares. Cabe ainda aos órgãos públicos desenvolver formas de cooperação entre as Secretarias de Saúde estaduais, municipais e do Distrito Federal, e os Centros de Referência em Geriatria e Gerontologia para treinamento de equipes multiprofissionais, além de incluir a Geriatria como especialidade clínica para efeitos de concurso público.

A Política Nacional do Idoso envolve ainda outras áreas como educação, habitação e urbanismo, justiça, cultura, esporte e lazer, que têm também grande importância para que uma efetiva mudança na abordagem das necessidades do idoso seja efetuada. Porém, neste momento detenho-me prioritariamente nas áreas de assistência social e saúde por entender que elas estejam mais próximas do objeto deste estudo.

Somente dois anos e meio depois é que a Lei 8.842/94 foi regulamentada pelo Decreto-Lei nº 1.948 de 3 de julho de 1996, onde foram esclarecidos alguns pontos da lei original e também estabelecidas as competências de cada Ministério responsável pelas áreas de abrangência da Política Nacional do Idoso.

A Política Nacional de Saúde do Idoso foi aprovada em 10 de dezembro de 1999 através da Portaria GM/MS nº 1.395. Na sua introdução, o governo federal reconhece que *“o apoio aos idosos praticado no Brasil ainda é bastante precário”*, atribuindo isto ao fato do cuidado prestado ao idoso ser uma atividade predominantemente restrita ao âmbito familiar. Identifica o papel preponderante do Estado na *“promoção, proteção e recuperação da saúde do idoso nos três níveis de*

*gestão do SUS, capaz de otimizar o suporte familiar sem transferir para a família a responsabilidade em relação a esse grupo populacional”.*

Apesar de atribuir ao idoso o consumo de um volume de recursos do sistema de saúde<sup>5</sup> muito maior que o de outras faixas etárias, reconhece que este maior custo não reverte em benefício para esta população. Chama a atenção para o fato de a abordagem médica tradicional do adulto hospitalizado - focada em uma queixa principal e na tentativa de explicar todos os sinais e sintomas por um único diagnóstico – não se aplicar ao idoso. Ainda vai mais além dizendo que *“o idoso não recebe uma abordagem médica ou psicossocial adequada nos hospitais, não sendo submetido também a uma triagem rotineira para fins de reabilitação”.*

A “preocupação” com os custos também é explicitada no texto quando é dito que a transição demográfica em curso no país exige *“novas estratégias para fazer frente ao aumento exponencial do número de idosos potencialmente dependentes, com baixo nível socioeconômico, capazes de consumir uma parcela desproporcional de recursos da saúde destinada ao financiamento de leitos de longa permanência”.* Com relação à internação de idosos neste tipo de instituição, a problemática apresentada pelo texto oficial é com relação ao custo desse modelo e as dificuldades de sua manutenção, o que vem suscitando questionamentos inclusive em países desenvolvidos. Entretanto, questões relativas à exclusão e ao isolamento social, além da qualidade da assistência prestada nestas instituições não são levantadas.

O conceito de capacidade funcional é tomado como o mais adequado para instrumentalizar e operacionalizar a atenção à saúde do idoso, que deverá ter a partir de então um enfoque que transcenda o simples diagnóstico e tratamento de doenças específicas. No foco central desta Política estão *“a promoção do envelhecimento saudável e a manutenção da máxima capacidade funcional do indivíduo que envelhece, pelo maior tempo possível”.*

---

<sup>5</sup> Os dados mostrados na Portaria evidenciam, com base no sistema de informações SIH/SUS, que o contingente populacional >60 anos tem uma taxa de hospitalização maior que o das outras faixas etárias, apresentando também um tempo médio de internação, um índice de hospitalização e um índice de custo superiores quando comparados às demais faixas etárias.

Para atingir esses objetivos devem-se ter claros os desafios para a garantia do direito à saúde, no que concerne a integralidade das ações nessa política, realizando uma análise capaz de compreender as possibilidades, dificuldades e obstáculos para sua materialização nos diferentes níveis de gestão do Sistema Único de Saúde. Buscar uma proposta assistencial de atenção capaz de atender os problemas de saúde apresentados por essa clientela específica, requer identificar questões que considerem a complexidade dos contextos envolvidos e os sentidos e significados atribuídos à sua formulação.

### **2.3 A proposta de um modelo assistencial voltado para os idosos – desafios para a garantia do direito à saúde no Sistema Único de Saúde**

Hoje é amplamente reconhecido que modelo assistencial vigente simplesmente não dá conta de todas as necessidades dos idosos. Não só a abordagem médica tradicional é falha neste caso, como problemas importantes na vida desta população, como abandono, solidão, falta de suporte familiar e social, além de dificuldades econômicas são deixadas de lado. Como dito anteriormente, o paciente idoso apresenta uma série de particularidades que precisam ser levadas em conta quando ele busca atendimento médico, seja a nível ambulatorial ou hospitalar.

Assim, quando se aborda um idoso internado, não é cabível querer explicar todas as suas queixas e sinais com uma única doença. Da mesma forma é preciso estar atento para a presença dos problemas característicos desta faixa etária, os “Gigantes da Geriatria”<sup>6</sup>. Cuidado redobrado também deve ser tomado para que não ocorram iatrogenias. É preciso evitar o uso desnecessário de medicações, prevenindo assim a polifarmácia e a ocorrência de interações medicamentosas danosas para o idoso. Da mesma forma é preciso avaliar o idoso e iniciar o mais precocemente possível a prevenção de perdas funcionais e/ou um processo de

---

<sup>6</sup> Os “Gigantes da Geriatria” são distúrbios considerados típicos da terceira idade - Incontinência Urinária, Instabilidade Postural e Quedas, Imobilidade, Demência, Delirium e Depressão.

reabilitação. A abordagem do idoso internado, assim como daquele que está em acompanhamento ambulatorial, não se limita apenas aos cuidados médicos, de enfermagem ou à reabilitação. O suporte familiar, incluído aí o treinamento da pessoa responsável pelo cuidado do paciente no domicílio, o suporte social e a continuidade do acompanhamento médico e da reabilitação, devem ser todos pensados e adequadamente planejados, de forma que todas as particularidades e demandas dos idosos sejam reconhecidas e atendidas.

É evidente que o modelo biomédico tradicional de cuidados, centrado principalmente na enfermidade e na figura do médico, impõe desafios à construção de uma proposta de atenção integral à saúde do idoso que esteja realmente voltada para a especificidade do cuidado a ser destinado a essa clientela, no qual a interação/integração surge como binômio orientador das práticas dos profissionais de saúde envolvidos. Portanto é nesse binômio que devem residir os principais objetivos de uma equipe de saúde, os quais relacionam-se à necessidade de garantir a interdisciplinaridade e integralidade das ações de saúde, auxiliando o idoso a melhorar sua qualidade de vida, seja pela prevenção de agravos à sua saúde ou pelo tratamento adequado de suas enfermidades, bem como pela promoção de sua reinserção familiar e social.

Neste ponto considero de grande importância discutir, mesmo que rapidamente, quais seriam os sentidos da integralidade que norteariam as ações voltadas para a assistência ao idoso.

Com o intuito de refletir criticamente sobre o tema, Mattos (2001) divide o princípio da integralidade em três grandes conjuntos de sentidos: o primeiro refere-se a atributos das práticas dos profissionais de saúde, onde a integralidade é exercida através da compreensão do conjunto de necessidades de ações e serviços de saúde que um paciente apresenta quando busca a atenção do profissional. Assim, a integralidade torna-se não apenas uma característica da boa prática da biomedicina, mas um atributo que permeia a prática de todos os profissionais de saúde, independente de ela se dar no âmbito do SUS ou na iniciativa privada.

O segundo conjunto que se refere a atributos da organização dos serviços, passou justamente a criticar a dissociação entre as práticas de saúde pública e práticas assistenciais. Neste sentido, a noção de integralidade forjou uma nova concepção de programação de serviços de saúde, exigindo uma certa “horizontalização” dos programas anteriormente verticais. Tornou-se então inaceitável que os serviços de saúde estivessem organizados exclusivamente para responder às doenças de uma população, pois estes também deveriam estar aptos a realizar uma apreensão ampliada das necessidades da população atendida. Desta forma, *“a integralidade emerge como um princípio de organização contínua do processo de trabalho nos serviços de saúde, que se caracterizaria pela busca também contínua de ampliar as possibilidades de apreensão das necessidades de saúde de um grupo populacional”* (MATTOS, 2001: 57).

O terceiro conjunto de sentidos da integralidade refere-se às respostas governamentais que são dadas aos problemas de saúde da população, ou às necessidades de certos grupos específicos. Aqui, um dos sentidos da integralidade é representado pela recusa, por parte dos formuladores de políticas públicas, em reduzir a objetos descontextualizados os sujeitos sobre os quais tais políticas irão incidir. O outro se expressa na convicção de que a resposta do governo a certos problemas de saúde pública deve incorporar tanto as possibilidades de prevenção quanto as possibilidades assistenciais.

Torna-se importante ressaltar estes aspectos quando consideramos as práticas no cotidiano da relação demanda e oferta nos serviços de saúde, como um *locus* de construção da integralidade. De acordo com Pinheiro (2001;65) a integralidade se configuraria nesse contexto *como “uma ação social resultante da permanente interação dos atores em dois planos distintos”* : o nível individual, onde se materializaria o conjunto de ações relacionadas à boa prática profissional, voltado para o cuidado e para atenção individual, no que concerne às demandas expressas pelos idosos. E o outro nível, sistêmico, que não exclui as ações do primeiro, mas teria a garantia de acesso à outras formas institucionalizadas de atenção ao idoso e traria consigo a possibilidade de renovação e ressignificação de sentido, como apontado no segundo e terceiro conjuntos.

Seja qual for o sentido de integralidade empregado, enquanto norteador das práticas, da organização dos serviços ou das políticas públicas, o fundamental é que ele represente uma recusa ao reducionismo e à objetivação dos sujeitos, estando sempre aberto a rever conceitos e objetivos, de forma que as necessidades do usuário possam ser percebidas, e que a elas possa ser dada uma resposta satisfatória (MATTOS, 2001).

Não podemos deixar de reconhecer que neste sentido a Política Nacional de Saúde do Idoso representa um grande avanço, principalmente por ter como propósito basilar “*a promoção do envelhecimento saudável, a manutenção e a melhoria, ao máximo, da capacidade funcional dos idosos, a prevenção de doenças, a recuperação da saúde dos que adoecem e a reabilitação daqueles que venham a ter a sua capacidade funcional restringida, de modo a garantir-lhes a permanência no meio em que vivem*”. Procura assim, romper com o paradigma ainda hegemônico de considerar saúde como ausência de doença, que como vimos no capítulo 1, não se aplica aos idosos, uma vez que é pequena a chance de envelhecer sem apresentar pelo menos uma doença crônica não-transmissível.

De forma a atingir seus propósitos, a presente Política define como suas diretrizes essenciais:

- A promoção do envelhecimento saudável;
- A manutenção da capacidade funcional
- A assistência às necessidades de saúde do idoso;
- A reabilitação da capacidade funcional comprometida;
- A capacitação de recursos humanos especializados;
- O apoio ao desenvolvimento de cuidados informais;
- O apoio a estudos e pesquisas.

Para cada uma delas é definido um conjunto de ações que deverão ser implementadas nos diversos níveis de assistência do Sistema Único de Saúde. Perpassando todas as diretrizes, podemos perceber uma visão abrangente de como deve se estruturar a atenção à saúde do idoso, além de considerar a velhice inserida no ciclo vital e não apenas como uma fase estanque do desenvolvimento. Com isso,

aspectos socioeconômicos, ambientais e culturais também são abordados, numa perspectiva de que o paciente não é apenas um indivíduo portador de uma ou mais patologias, mas um ser que pode influenciar e que da mesma forma sofre influências do meio em que vive.

Quanto às responsabilidades institucionais, está definido que *“cabará aos gestores do SUS, de forma articulada e em conformidade às suas atribuições comuns e específicas, prover os meios e atuar de modo a viabilizar o alcance do propósito desta Política Nacional de Saúde do Idoso”*. Desta forma, são definidas responsabilidades específicas para cada um dos níveis de gestão, federal, estadual e municipal.

Reconhecendo que as ações compreendidas no processo de promoção do envelhecimento saudável não se limitam ao âmbito do setor Saúde, são definidas, além das responsabilidades institucionais, também articulações intersetoriais que deverão ser estabelecidas para que os propósitos de tal política sejam atingidos. Desta forma, caberá também aos gestores do SUS *“estabelecer, em suas respectivas áreas de abrangência, processos de articulação permanente, visando ao estabelecimento de parcerias e a integração institucional que viabilizem a consolidação de compromissos multilaterais efetivos”*.

Apesar do avanço representado pela Política Nacional de Saúde do Idoso na perspectiva de uma efetiva mudança no modelo de assistência à pessoa idosa, ainda não podemos dizer que ela tenha obtido sucesso em seus propósitos. Alguns podem argumentar que ainda é pequeno o tempo decorrido desde sua publicação para que progressos expressivos sejam constatados. Entretanto, também podemos argumentar que uma das formas de fazer isto começar a acontecer é reconhecer o direito do idoso não só à saúde, mas a uma vida plena e digna, sendo respeitado e valorizado antes e, sobretudo, na sua condição de cidadão. Pois, *“na medida em que são reconhecidos, os direitos estabelecem uma forma de sociabilidade regida pelo reconhecimento do outro como sujeito de interesses válidos, valores pertinentes e demandas legítimas”* (TELLES, 1994).

Assim, através do reconhecimento desta demanda, feito muitas vezes a partir de movimentos reivindicatórios de uma categoria social, mas também através dos Conselhos nacional, estaduais ou municipais do idoso, podem começar a ser realmente implementados modelos alternativos de assistência à pessoa idosa. Modelos estes que visem não apenas a atenção aos agravos à saúde e prevenção de doenças, mas a uma atuação mais ampla, vendo saúde como inclusão social, recuperação da auto-estima, desenvolvimento de capacidades físicas e mentais. Podemos ainda acrescentar o retorno ao mercado de trabalho, não apenas como uma necessidade econômica, mas também e principalmente como mecanismo de manutenção da autonomia e inserção social.

Na mudança de padrão no atendimento ao idoso, quando motivado pela pressão social, podemos reconhecer um aspecto da relação “*estabelecidos- outsiders*”, da qual nos fala Norbert Elias (1990). Quando os grupos que anteriormente eram considerados como de menor valor “humano” devido ao seu menor poder em relação aos grupos estabelecidos, tomam consciência desta equação emotiva, passam a ter não só uma visão mais crítica da situação, mas percebem que de sua união pode resultar uma grande modificação no antigo estado de equilíbrio de poder, fazendo com que eles também possam alcançar os objetivos almejados. Convergindo para o mesmo ponto, Telles nos fala da importância dos movimentos da sociedade civil, que foram capazes de construir na sociedade brasileira a “*consciência do direito a ter direitos*”.

Remetendo ao caso específico dos direitos dos idosos, observa-se um conjunto de leis com o objetivo de institucionalizá-los, seja pela garantia de mecanismos jurídicos legais de suporte social ou pela ampliação desses mesmos direitos, face à necessária interação com outros setores sociais. No caso da saúde e da assistência social, uma das formas hegemônicas de práticas assistenciais institucionalizadas de atenção ao idoso consiste ainda no **asilamento**.

Esta forma de atenção longe de se prestar a fornecer um atendimento integral às demandas e necessidades da população idosa, firma-se como um fator de isolamento e exclusão social. Muitas vezes se desenvolvendo à margem do controle

e fiscalização sanitários, estas instituições surgem em resposta a demandas por assistência que não são adequadamente atendidas pelo setor público.

Nesse sentido consideramos relevante entender como isto se dá no âmbito das instituições de saúde, a partir de uma análise sobre as práticas assistenciais institucionalizadas de atenção ao idoso desenvolvidas no âmbito do estado, nesse caso, o Rio de Janeiro.

Antes de apresentarmos os procedimentos metodológicos adotados nessa análise, que constam do mapeamento dos cenários, atores e ações no cotidiano das instituições asilares do estado, realizaremos, inicialmente uma descrição-analítica sobre a atenção aos idosos no âmbito do SUS prestada no estado do Rio de Janeiro, destacando os aspectos epidemiológicos, sócio-demográficos e assistenciais existentes.

### **3. ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO, SÓCIO-DEMOGRÁFICO E POLÍTICO-ASSISTENCIAL DA CLIENTELA IDOSA**

Para estudar a população idosa um dos métodos de pesquisa epidemiológica mais utilizados é o estudo seccional, também chamado de estudo de prevalência. Os estudos seccionais podem fornecer um quadro mais preciso do padrão real de uma doença do que os dados de hospitais ou dos médicos de atendimento primário. De um modo geral, a aplicação mais comum de um estudo seccional está ligada à necessidade de conhecer de que maneira uma ou mais características, tanto individuais como coletivas, se distribui em uma determinada população. A descrição da distribuição de um agravo de saúde em uma população é uma das fontes imprescindíveis para o planejamento e administração de ações voltadas para prevenção, tratamento e reabilitação, tanto em nível coletivo como individual (Klein, 2002: 127).

No Brasil, uma das pesquisas desenvolvidas nesta área foi realizada por Veras em 1991, utilizando o questionário BOAS (Brazil Old Age Schedule).<sup>7</sup> A partir da revisão bibliográfica sobre os estudos que tinham como objeto de análise a população idosa, em particular no estado do Rio de Janeiro, destacamos esta pesquisa como uma importante contribuição para o tema. A escolha da pesquisa desenvolvida por Veras para ilustrar e servir como uma das bases teóricas para este estudo deveu-se, entre outras razões, ao fato primordial de ter sido realizada na cidade do Rio de Janeiro e de, portanto, refletir diretamente a realidade local, mesmo que as conclusões pudessem ser posteriormente extrapoladas para o nível nacional. Além disso, a cidade do Rio de Janeiro possui a maior proporção de idosos do Brasil e ainda tem

---

<sup>7</sup> Este questionário foi desenvolvido pelo autor através de outros questionários originalmente em inglês, e aplicado em 3 distritos da cidade do Rio de Janeiro, como referido anteriormente. O questionário é dividido em nove seções: 1-informações gerais (sexo, idade, alfabetização, educação formal, estado civil, composição geral do domicílio no qual vive o idoso, e nível geral de satisfação do entrevistado com a sua vida); 2- saúde física; 3- utilização de serviços médicos e dentários; 4- atividades da vida diária; 5- recursos sociais; 6-recursos econômicos; 7- rastreamento de saúde mental; 8- necessidades e problemas que afetam os idosos; 9- avaliação do entrevistador.

enormes desigualdades nos seus padrões socioeconômicos e de fornecimento de serviços de assistência à saúde, refletindo mais uma vez a realidade nacional. Acreditamos que um levantamento dessa natureza possa auxiliar o planejamento de serviços sociais e de saúde, no qual sejam consideradas suas diferenças.

Nesta pesquisa foram realizadas entrevistas com idosos e escolhidas três áreas da cidade cujas características fossem representativas do padrão de vida mais rico e mais pobre, e em algum ponto genericamente no meio em termos socioeconômicos, são elas respectivamente: Copacabana, Santa Cruz e Méier. Para fins de análise os idosos foram divididos em três faixas etárias – 60 a 69 anos; 70 a 79 anos e 80 anos de idade ou mais.

Na análise dos resultados de saúde física, o autor relatou que a proporção de entrevistados que não se viam como pessoas saudáveis foi mais alta entre as mulheres do que entre os homens, mas que não foram observadas diferenças maiores entre as faixas etárias. Sabe-se que a coexistência de patologias entre os idosos é associada a uma alta prevalência de variados sinais e sintomas. Entretanto, no referido estudo quando foi pedido a eles que dessem informações sobre a saúde conforme autopercebida muitos não tinham queixas. Em todos os três distritos a maioria se sentia saudável e 82,5% não relataram problemas de saúde física. Este é um fator de grande importância, pois uma variável que tem merecido considerável atenção na área de determinantes de fatores de risco para mortalidade entre idosos é a auto-avaliação subjetiva de saúde. Analisando a mortalidade por todas as causas numa coorte de idosos residentes em zona urbana, Ramos e *col.* (1998) verificaram uma taxa de quase 10% em 2 anos. Os fatores que, aparentemente, influenciaram o risco de morte foram: sexo (masculino), idade (avançada), auto-avaliação subjetiva de saúde (negativa), história pregressa de sedentarismo, edentulismo, quedas, acidente vascular cerebral e incontinência urinária; hospitalização e visita ao médico nos últimos seis meses; e positividade para depressão, déficit cognitivo e dependência no dia-a-dia.

Entre aqueles entrevistados que relataram que tinham problemas, 64,36% tinham uma ou mais queixas. Os principais sintomas e patologias relatados foram dor nas articulações, doenças cardíacas, hipertensão arterial, distúrbios da visão e da

audição, moléstias digestivas e respiratórias e diabetes. Analisando as principais causas de morte na população maior de 60 anos vemos que estas queixas se relacionam diretamente a elas, uma vez que as doenças cardiovasculares, respiratórias, do sistema endócrino e metabólico e do sistema digestivo configuram entre as mais importantes causas de morte nesta população.

Em relação à utilização de medicamentos foi constatado que quatro quintos dos entrevistados relatam usá-los regularmente, sob prescrição médica. Novamente houve uma predominância de mulheres sobre homens em todas as faixas etárias. Acima dos 70 anos o consumo de medicamentos aumentou, e isto aconteceu em todos os três distritos. A proporção de pessoas idosas que relataram consumir medicações regularmente, sem receita médica, foi muito alta: 27,16%. A maioria destas pessoas pertencia à faixa etária mais jovem (60 – 69 anos) e morava no distrito de Santa Cruz. Não houve diferença em tal consumo por sexo.

A capacidade funcional foi avaliada com base na capacidade de realização das atividades da vida diária (AVD)<sup>8</sup>. As atividades incluíam as relacionadas às tarefas de manutenção pessoal, às quais se faz referência como “AVD físicas”, e “AVD instrumentais”, cujo foco está na capacidade de realizar atividades mais complexas, isto é, tarefas necessárias para manter uma vida independente<sup>9</sup>. Segundo o autor poucos foram os idosos que se restringiam apenas ao nível 1 de dificuldade (alimentar-se sozinho, pentear o cabelo, deitar-se e levantar-se da cama, vestir-se), sendo que a imensa maioria, em ambos os sexos e todas as faixas etárias, conseguiam atingir níveis mais difíceis na escala das atividades da vida diária (Tabela 3). Os resultados obtidos também confirmaram resultados anteriores: os mais idosos e as mulheres são os que apresentam pior desempenho. Assim, 30,9% dos entrevistados (sendo 18,42% no sexo masculino e 38,98% no sexo feminino) do grupo etário mais idoso informaram problemas no desempenho das atividades consideradas mais difíceis (nível 4), enquanto nos idosos jovens (60 a 69 anos) a

---

<sup>8</sup> ADL na literatura inglesa, Activities of Daily Living.

<sup>9</sup> As perguntas foram agrupadas por níveis de dificuldade da seguinte forma: Nível 1 – Alimentar-se sozinho, pentear o cabelo, deitar-se e levantar-se da cama, vestir-se. Nível 2 – Tomar banho, caminhar em superfície plana, usar o banheiro a tempo, tomar remédios. Nível 3 – Sair para perto de casa, subir escadas. Nível 4 – cortar as unhas dos pés, sair para lugares distantes, tomar ônibus. As respostas dos entrevistados foram divididas em dois grupos: “capaz de fazer” e “incapaz de fazer”.

proporção para igual dificuldade caiu para 9,1% (sendo 8,15% no sexo masculino e 9,73% no sexo feminino). Entre aqueles com mais de 80 anos, 5,1% não conseguiram desempenhar as atividades mais simples (2,63% dos homens e 6,78% das mulheres), enquanto entre os idosos mais jovens este percentual caiu para 0,5% (0,74% dos homens e 0,44% das mulheres). Apesar de pequeno, o grupo de idosos que apresentou dificuldades no nível 1 é constituído por pessoas totalmente dependentes, e que necessitam de constante ajuda para todas as atividades do dia-a-dia, até as mais simples.

TABELA 3.1 Capacidade de realizar atividades da vida diária (AVD), considerando quatro níveis de dificuldade, percentagens por sexo e faixa etária

<b>Masculino</b>			
<b>Grupo de AVD</b>	60 – 69	70 -79	80 ou +
	N = 135	N = 111	N = 38
Nível 1	0,74%	0%	2,63%
Nível 1 e 2	3,70%	1,80%	2,63%
Nível 1, 2 e 3	3,70%	9,01%	13,16%
Nível 1, 2, 3 e 4	91,85%	89,19%	81,58%
<b>Feminino</b>			
<b>Grupo de AVD</b>	60 – 69	70 -79	80 ou +
	N = 226	N = 166	N = 59
Nível 1	0,44%	2,41%	6,78%
Nível 1 e 2 (a)	1,33%	3,61%	11,86%
Nível 1, 2 e 3	7,96%	17,47%	20,34%
Nível 1, 2, 3 e 4 (b)	90,27%	76,51%	61,02%

Nota: (a) Há um valor a menos no nível 2; e (b) há dois valores a menos no nível 4.

Fonte: Veras, 1994.

Quando o autor comparou os distritos, tanto os idosos da faixa etária mais jovem quanto da mais idosa, residentes em Copacabana, tiveram um desempenho melhor ao lidar com as atividades da vida diária no nível 4, do que os residentes no Méier e em Santa Cruz. O que o levou a concluir que as pessoas idosas em Copacabana eram mais autônomas e independentes do que as dos outros distritos.

No que tange à utilização de serviços de saúde, 35,35% dos entrevistados relatou ter feito pelo menos uma visita a um serviço de saúde durante um período de três meses. Porém, a maioria (59%) retornou ao mesmo serviço para uma ou mais consultas. As mulheres usaram os serviços de saúde mais freqüentemente que os homens nas três áreas investigadas. A percentagem de mulheres a relatar visitas a um serviço de saúde, nos três meses anteriores à entrevista, foi particularmente alta em Copacabana (40%) e menos freqüente no Méier (27%) e em Santa Cruz (20%).

Cerca de 4,88% dos idosos em qualquer faixa etária relataram terem sido admitidos em um hospital durante os três meses anteriores à sua entrevista, e segundo o autor existe uma diferença clara entre a faixa etária mais velha e a mais jovem, e os números para homens são mais altos que para mulheres. O uso de hospitais públicos ocorreu em 3,25% dos casos e de hospitais privados em 1,63%. Houve uma nítida associação entre o uso de hospitais privados e as pessoas residentes em Copacabana e o uso de hospitais públicos e as pessoas residentes em Santa Cruz.

A autopercepção de saúde pelos idosos e a utilização de serviços de saúde pelos mesmos merece uma avaliação mais detalhada não só pelo fato de serem preditores de mortalidade nesta população, mas também por servirem como orientadores das políticas de avaliação e planejamento do sistema de saúde.

Pinheiro e Travassos (1999) utilizando a base de dados do questionário BOAS, avaliaram a existência de desigualdades sociais no consumo de serviços de saúde por idosos nas três regiões administrativas onde ele foi aplicado. As autoras concluíram que a variação na utilização de serviços de saúde por idosos residentes em Copacabana, Méier e Santa Cruz teve como fator explicativo mais importante a necessidade, medida pela variável morbidade auto-referida. Entretanto, outros fatores como sexo, área de residência e a renda familiar *per capita* do idoso, também tiveram influência.

Com referência às desigualdades sociais, não apenas a condição econômica do idoso influenciou sua chance de usar serviços de saúde, como também o local de sua residência teve interferência, uma vez que atuou modificando o efeito das condições econômicas individuais nas chances de uso de serviços. Isto é, os idosos

mais pobres apresentaram menor chance de uso de serviços de saúde em relação aos mais ricos, entretanto, essa relação possuía um padrão diferenciado por local de moradia. Os idosos ricos ou pobres residentes em Copacabana não experimentaram diferentes chances de usar um serviço de saúde, fato que não se repetiu para os idosos moradores do Méier e de Santa Cruz, onde foram observadas desigualdades no uso de serviços médicos entre os grupos de renda.

O efeito da renda familiar *per capita* sobre o consumo de serviços de saúde foi, portanto, maior para os idosos residentes nas áreas de pior padrão de vida, reduzindo assim suas oportunidades de utilização destes serviços comparativamente às oportunidades dos idosos mais pobres residentes na área de melhor padrão. Contudo, esse efeito tornou-se menor para os idosos moradores do Méier e, particularmente, de Santa Cruz, que possuíam renda maior. Segundo as autoras, o efeito da renda sobre o consumo de serviços de saúde entre as diferentes áreas sofreu uma inversão à medida que a renda aumentou. Fato indicativo de que o acesso aos serviços de saúde dos idosos residentes nas áreas de pior padrão de vida dependeu mais fortemente de seu poder aquisitivo. E mais ainda, que o padrão observado entre as diferentes áreas para os idosos com maior nível de renda pode estar sugerindo uma maior gravidade nas condições de saúde daqueles que residiam nas áreas de pior padrão de vida.

Outra conclusão a que chegaram foi que os idosos em um mesmo grupo de renda utilizavam diferentemente os serviços de saúde na dependência de seu local de residência. Entre os fatores que poderiam contribuir para explicar este efeito estavam as variações na acessibilidade e na disponibilidade local de serviços de saúde. Assim, moradores em áreas com menor disponibilidade de serviços em geral, menor oferta de serviços públicos e de serviços de boa qualidade em particular, tenderiam a procurar menos serviços ou ter sua demanda reprimida. Essas restrições só seriam ultrapassadas através da compra de serviços ou do consumo em áreas distantes de sua residência, o que envolveria maior gasto financeiro.

Veras (1994) chama a atenção para a necessidade de se examinar com maior atenção a qualidade dos serviços de saúde disponíveis para as pessoas mais velhas. Em seu estudo, constatou que a proporção de pessoas idosas que

retornaram para uma segunda visita as instalações de um serviço de saúde dentro de um período curto foi surpreendente, principalmente se for levado em consideração que muitos idosos declararam nas entrevistas incapacidade para usar o transporte público, fato que poderia restringir sua mobilidade para cobrir distâncias maiores. O autor relata ainda que o fornecimento de assistência à saúde para a pessoa idosa previsto pela Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro, para 1990, com um total de três consultas médicas por ano, era apenas a metade da demanda real encontrada na pesquisa. Além disso, as taxas de internações hospitalares e consultas médicas foram consideradas extraordinariamente alta para um período de três meses. Isto se torna um fator preocupante se levarmos em conta que alguns estudos demonstram que hospitalização e visita ao médico nos últimos seis meses são fatores que influenciam no aumento do risco de mortalidade em idosos.

Na PNAD 1998 (Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios) foi incluída uma pesquisa suplementar Saúde, com o objetivo geral de fornecer subsídios para a formulação, acompanhamento e avaliação das políticas de saúde. Com este inquérito buscou-se delinear o perfil de necessidades de saúde da população brasileira avaliado subjetivamente através de restrição de atividades habituais por motivo de saúde, auto-avaliação da situação de saúde; limitação de atividades rotineiras e doenças crônicas referidas. Procurou-se produzir também dados de base populacional sobre o acesso e a utilização de serviços de saúde no país dentre outros objetivos.

Analisando os dados da pesquisa com relação à área metropolitana do Rio de Janeiro, que envolve um contingente populacional de aproximadamente 10,4 milhões de pessoas, podemos constatar que 83% dos entrevistados consideraram seu estado de saúde como bom ou muito bom. Entretanto, constatamos que quanto maior é a idade do indivíduo menor é sua satisfação com o próprio estado de saúde. Assim, naqueles com idade igual ou superior a 65 anos apenas metade dos homens e somente 41% das mulheres estavam satisfeitos com a própria saúde. É possível também constatar uma relação direta entre nível de renda familiar mensal e índice de satisfação com a saúde. Das pessoas com rendimento mensal de até um salário

mínimo, seis em cada dez declararam-se satisfeitas com seu estado geral, enquanto no grupo com rendimentos superiores a vinte salários, nove em cada 10 estavam satisfeitas.

Cerca de um terço da população da região metropolitana do Rio de Janeiro declarou possuir pelo menos uma doença crônica, sendo que destes 46,1% convive com duas ou mais patologias diferentes. Como a idade avançada é um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento de doenças crônico-degenerativas não é de se admirar que os maiores percentuais de portadores destas patologias estejam no contingente mais idoso da população. Mais uma vez foi observado que quanto mais baixos os níveis de rendimento pior a situação de saúde do indivíduo, pois enquanto a média metropolitana de pessoas que sofrem de alguma doença crônica é de um em cada três entrevistados, na classe das pessoas com rendimento médio mensal de até um salário mínimo essa proporção sobe para um em cada dois.

Quanto à cobertura dos planos de saúde, ficou constatado que em 1998 cerca de 36% da população desta região estava coberta. Novamente a diferença entre os níveis de renda era acentuada. Entre aqueles que recebiam até um salário mínimo apenas 8,6% dispunham de plano de saúde enquanto no grupo com rendimentos superiores a vinte salários mínimos 86,1% estavam cobertos.

Cerca de 55% da população da região metropolitana do Rio de Janeiro procurou assistência médica nos 12 meses que antecederam a pesquisa. Destes 45% tiveram de 1 a 2 consultas no último ano, 31,9% de 3 a 5 consultas e 19,6% de 6 a 12 consultas. Houve um nítido predomínio feminino nas visitas ao médico, 62,7% contra apenas 47,3% dos homens. Quanto à variável etária, o mesmo ocorreu com a população situada nos extremos etários, onde tanto no grupo de 0 a 4 anos, quanto naqueles maiores de 65 anos, pelo menos três em cada quatro componentes fez pelo menos uma consulta de saúde.

Com relação ao tipo de estabelecimento de saúde normalmente procurado pelas pessoas constatou-se que 35,2% dos entrevistados buscavam atendimento médico nos ambulatórios, 32,1% procurava consultórios particulares, 26,6% procuravam postos ou centros de saúde e apenas 5,1% buscava pronto-socorro e emergências

para consultas médicas. Aqui também o nível de rendimentos determinou a demanda, sendo observado que quanto maior o poder aquisitivo, maior o contingente de pessoas atendidas em consultórios particulares. Por outro lado, quanto menor a renda maior era o índice de utilização de serviços públicos, representados pelos postos ou centros de saúde, ambulatorios, pronto-socorros e emergências.

Nos 12 meses anteriores à pesquisa cerca de 460.000 pessoas estiveram internadas nos hospitais metropolitanos. Para cada grupo de três pessoas internadas, uma era do sexo masculino e duas do sexo feminino. O grupo dos idosos foi o que apresentou o maior coeficiente de internação, atingindo um índice de 9,8/100 internações. Cerca de 82,8% das pessoas que estiveram internadas tiveram apenas uma única internação no período.

Os dados da pesquisa suplementar Saúde PNAD 1998, evidenciaram a correlação entre menor nível de rendimentos e piores condições de saúde, bem como deixaram claras as diferenças no acesso aos serviços de saúde relacionados também à renda. Além disso mostrou que a população idosa é a responsável pela maior demanda de consultas de saúde e internações hospitalares, estando nestes aspectos em consonância com as pesquisas citadas anteriormente.

À luz do que foi exposto, vejamos como se configura hoje o SUS para os idosos no estado do Rio de Janeiro.

Segundo o IBGE<sup>10</sup> no final de 2002 o SUS contava com os serviços de 376 hospitais no estado, que em conjunto ofereciam quase 50.000 leitos, o que dá uma média de 3,4 leitos/1000 habitantes.

Em relação ao atendimento ambulatorial geral, o SUS contava com 3005 unidades credenciadas divididas da seguinte forma: 350 postos de saúde, 685 centros de saúde e 53 pronto-socorros. Entretanto, quando avaliamos por atendimento especializado, no caso em geriatria, verificamos que poucos municípios no estado estão fornecendo este tipo de atendimento pelo SUS. São eles: Araruama, Barra Mansa, Carapebus, Carmo, Cordeiro, Itaguaí, Niterói, Petrópolis, Pinheiral, Piraí,

---

<sup>10</sup> Estatísticas da Saúde: Assistência Médico-Sanitária 2002 – [http:// www.ibge.gov.br](http://www.ibge.gov.br)

Quatis, Resende, Rio de Janeiro, São João de Meriti, Tanguá, Vassouras e Volta Redonda. Ou seja, pelas informações disponíveis no *site* da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro (SES – RJ), apenas 18% dos municípios do estado possuem serviços de atendimento especializado para idosos.

Buscando avaliar melhor esta situação a equipe técnica da Assessoria de Saúde do Idoso (SES-RJ), da qual faço parte, enviou um ofício às Secretarias Municipais de Saúde de todos os municípios do estado, solicitando que fossem relatadas todas as ações e atividades desenvolvidas com relação à assistência ao idoso. Infelizmente nosso índice de resposta foi extremamente baixo e não mostrou muita diferença em relação aos dados anteriores.

Alguns municípios apresentavam ações ligadas à área de ação social, mas não possuíam atendimento clínico especializado em geriatria, como foi o caso do relatório enviado por São Fidélis e Nova Friburgo. No entanto este último relatou uma importante alternativa ao asilamento de idosos, que foi o projeto Casa-Lar onde viviam alguns idosos sem vínculo familiar. Outros, como Itaboraí, Quatis e Rio Claro, contavam com o atendimento de um médico geriatra para ações de referência e contra-referência, mas sem possuir um serviço multidisciplinar de atenção integral à saúde do idoso. Pelo relato das próprias secretarias municipais de saúde os municípios que contavam com este tipo de serviço eram: Angra dos Reis, Araruama, Japeri, Macaé e Volta Redonda. Particularmente os programas de Araruama (Programa de Saúde da Terceira Idade) e de Volta Redonda (Programa de Atenção Integral à Saúde do Idoso) mostraram-se, pela descrição, bastante amplos, contando inclusive com Centro-dia para atendimento de idosos dependentes (Araruama) e com um programa de internação domiciliar e curso para cuidadores de idosos (Volta Redonda). De um modo geral todos os municípios contavam com grupos de convivência de idosos, que desenvolviam ações recreativas, de educação e em alguns casos de prevenção e promoção de saúde.

O município do Rio de Janeiro nos respondeu enviando o seu projeto para atenção à saúde do idoso, porém não relatou ações concretas que já estivessem acontecendo nesta área. Contudo, através da publicação do Ministério da Saúde, *Experiências Inovadoras no SUS – Relatos de Experiências: Novas Tecnologias Assistenciais*

(2002), constatamos que a Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro está desenvolvendo um programa de treinamento de cuidadores de idosos, no qual em uma primeira etapa<sup>11</sup> foram treinados 39 profissionais multiplicadores que posteriormente se encarregariam de estar realizando cursos de treinamento para a comunidade e/ou instituições visando à formação de cuidadores e treinamento para o autocuidado. Nesta segunda etapa estavam previstos dez cursos por ano, um por Área de Planejamento (AP) para 40 cuidadores informais, perfazendo um total de 400 cuidadores por ano. De acordo com as informações registradas na SES – RJ<sup>12</sup>, o atendimento em geriatria no município é realizado nas seguintes instituições: Hospital Municipal Rocha Maia (Botafogo), P.A.M. Hélio Pellegrino (Praça da Bandeira), P.A.M. Manoel G. Silveira Fº (Bangu), P.A.M. Oswaldo Cruz (Centro), P.A.M. Rodolpho Rocco (Del Castilho), Centro Municipal de Saúde Clementino Fraga (Irajá), Instituto Municipal de Geriatria Miguel Pedro (Vila Isabel), Hospital Universitário Pedro Ernesto (Vila Isabel) e P.A.M. S.F. Xavier/Pol. Piquet Carneiro (Maracanã), estes dois últimos pertencentes à Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Neste ponto merece ser feita uma alusão especial aos serviços existentes nas universidades situadas no estado. Refiro-me a Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), a Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) e a Universidade Federal Fluminense (UFF). Nestas instituições, além de serem oferecidos serviços multidisciplinares de atenção à saúde do idoso, também existem cursos de formação profissional em Geriatria e Gerontologia, em nível de residência e especialização respectivamente. Além disso, possuem serviços especializados no diagnóstico, tratamento e acompanhamento do paciente portador de demência, bem como de seus familiares. Apesar de importantes, sabemos que definitivamente estes serviços não são capazes de dar conta da demanda existente.

Se levarmos em conta que não apenas os idosos portadores de distúrbios cognitivos necessitariam de uma assistência integral, mas que muitos outros, portadores de

---

<sup>11</sup> De acordo com o relato da experiência, a primeira etapa do Treinamento foi realizada no período de 03 de abril a 23 de maio de 2002, e a segunda etapa teve início em 01 de julho com término previsto para 30 de agosto de 2002.

<sup>12</sup> [http://www.saude.rj.gov.br/Guia\\_cidadao/consultas.asp](http://www.saude.rj.gov.br/Guia_cidadao/consultas.asp)

outras doenças potencialmente incapacitantes, que determinam limitações em suas vidas e atividades, também precisam de um atendimento diferenciado, podemos inferir que o SUS, conforme se configura hoje, não tem capacidade para atender a toda a demanda existente no estado.

Pelos dados do Censo 2000, a população de idosos com idade igual ou superior à 80 anos, é de 1.832.105 pessoas, o que corresponde à 12,6% do total de idosos e à 1,07% da população total. Baseado neste percentual e nos números do Censo 2000, teríamos no estado do Rio de Janeiro cerca de 194.135 pessoas com 80 anos de idade ou mais. No estudo desenvolvido por Veras, foi encontrado que aproximadamente 5% deste contingente populacional era dependente para realizar até mesmo as atividades da vida diária mais simples, como comer, vestir-se, deitar-se e levantar-se da cama. Assim, com base nestes dados, teríamos cerca de 9.707 idosos em todo o estado que estariam necessitando de cuidados e assistência permanente para a manutenção de sua vida. Este número é maior do que a população de muitas cidades do estado como Macuco (4.886 hab.), São João de Ubá (6.413 hab.), Laje do Muriaé (7.909 hab.), Rio das Flores (7.625 hab.), Varre-Sai (7.854 hab.), Comendador Levy Gasparian (7.924 hab.), Aperibé (8.018 hab.), São Sebastião do Alto (8.402 hab.) e Carapebus (8.666 hab.)<sup>13</sup>. Como não são apenas estes idosos que merecem serem acompanhados em serviços especializados e multidisciplinares, mas também aqueles portadores de múltiplas patologias e sob um grande risco de desenvolver incapacidades, sem dúvida nenhuma este número é ainda muito maior.

Com relação à demanda espontânea então, teríamos números ainda mais expressivos. Como no estudo de Veras cerca de 35% dos entrevistados haviam procurado um serviço de assistência à saúde nos 3 meses que antecederam a entrevista, poderíamos, baseado neste percentual, calcular uma demanda espontânea de aproximadamente 540.000 idosos. Como atender a toda esta demanda com os serviços disponíveis hoje? Sem dúvida nenhuma este se constitui em um grande desafio para os planejadores de saúde, principalmente porque a demora em se encontrar uma solução ou mesmo um caminho ser seguido, poderá

---

<sup>13</sup> Fonte: Censo 2000.

levar a um aumento na demanda por uma assistência asilar e neste caso a situação pode ficar ainda mais difícil, principalmente para o idoso.

Aqui cabe ressaltar que o estado do Rio de Janeiro ainda não elaborou uma Política Estadual de Saúde do Idoso, conforme determinado pela Política Nacional de Saúde do Idoso.

#### **4. MAPEANDO CENÁRIOS, ATORES E AÇÕES NO COTIDIANO DAS INSTITUIÇÕES DE ATENÇÃO AOS IDOSOS NO RIO DE JANEIRO**

Ao analisarmos o papel das práticas assistenciais institucionalizadas de atenção ao idoso e a política assistencial existente no âmbito do estado, buscaremos atingir o objetivo geral desse trabalho, que consiste em analisar as práticas institucionais de assistência e atenção à saúde do idoso no estado do Rio de Janeiro. Isto será feito a partir do exame dos resultados apresentados pela Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI do Idoso), verificando sua relação com a Política Nacional do Idoso e com a Política Nacional de Saúde do Idoso do Ministério da Saúde.

Além disso, teremos como objetivos específicos: a) compreender os significados e sentidos atribuídos nessas práticas à velhice e à atenção integral à saúde do idoso; b) apreender as incoerências, contradições e resistências existentes entre a Política Nacional de Saúde do Idoso e as políticas de saúde que são desenvolvidas ao nível estadual e municipal, no estado do Rio de Janeiro; e c) identificar as dificuldades e possibilidades que as práticas institucionalizadas de assistência existentes têm em garantir a integralidade das ações, no que concerne ao acesso às medidas de reabilitação, prevenção e integração social do idoso.

Para alcançarmos esses objetivos, optamos por uma abordagem híbrida, quantitativa e qualitativa. Uma das bases deste trabalho será a análise de instituições proposta por Luz (1986), que traz uma importante contribuição para estudos sobre as instituições e suas práticas, numa perspectiva especificamente política. Esta proposta analítica, de acordo com Luz, possibilita ir além da descrição dos sistemas de informações e decisões institucionais ou até mesmo traçar uma historiografia do funcionamento das instituições. Em suma, esta abordagem, diferentemente da análise institucional convencional, transcende o caráter descritivo desta, permitindo mapear nas instituições os elementos constitutivos de uma política, no que concerne aos modos de poder de um modo de produção social (LUZ, 1986:23).

Nesse sentido, consideramos esses elementos a base empírica para a nossa análise dos documentos formulados por representantes políticos da sociedade civil – o Poder Legislativo do Estado do Rio de Janeiro - que à luz da literatura consultada, nos auxiliará no cumprimento dos objetivos propostos por este trabalho.

Tais documentos constituem-se no Relatório Final da CPI do Idoso e em seus Anexos, assim divididos: Anexo 1 – Denúncias efetuadas através do Disque-Idoso; Anexo 2 – Relatórios das vistorias realizadas pelas equipes técnicas; Anexo 3 – Demonstrativo do encaminhamento aos Municípios das denúncias contra pessoas físicas; Anexo 4 – Reportagens dos principais jornais do Estado do Rio de Janeiro, no período de janeiro a abril de 2001, que falam sobre os asilos denunciados e/ou vistoriados pela CPI.

Desta forma julgamos necessário detalhar os contextos em que se inserem os fatos investigados por essa comissão, destacando o cenário em que se deu o aparecimento das primeiras denúncias de maus-tratos a idosos institucionalizados em asilos, os atores que atuaram neste cenário e contribuíram para o estado da assistência institucional a esta população e as ações decorrentes da apuração das denúncias feitas à CPI do Idoso.

#### **4.1 CPI do Idoso – Cenário, atores e ações**

O ano de 2001 começou com notícias estarrecedoras sobre as condições de vida a que estavam submetidos os idosos de várias instituições asilares no estado do Rio de Janeiro. Logo nos primeiros meses do ano os principais jornais do estado estampavam em manchetes e fotografias as condições sub-humanas em que estavam vivendo estes idosos. Notícias como as transcritas abaixo se tornaram rotina:

*“Asilo de pastor maltratava idosos.” (O DIA, 23/02/01- CPI do Idoso, Anexo 4)*

Diante deste quadrourgia que uma resposta fosse dada à sociedade, e principalmente aos idosos, vítimas do descaso das políticas públicas no país. Uma destas respostas veio do Poder Legislativo, e foi então instituída em 22 de fevereiro daquele ano, através da Resolução Nº 490, a *Comissão Parlamentar de Inquérito para Apurar Tratamento Dispensado aos Cidadãos da Terceira Idade nos abrigos e Clínicas Geriátricas do Rio de Janeiro* – CPI do Idoso. Além dos deputados que compunham a CPI, inicialmente também fizeram parte das equipes de inspeção membros do Ministério Público, da Delegacia do Idoso, da Vigilância Sanitária Estadual e Municipal do Rio de Janeiro e do Conselho Estadual de Defesa dos Direitos da Pessoa Idosa. Posteriormente, devido ao grande número de denúncias recebidas foram formadas duas equipes técnicas compostas por membros dos Conselhos Regionais de Enfermagem, Serviço Social e Nutricionistas, 2 médicas geriatras e estagiárias dos cursos de Enfermagem, Serviço Social e Nutrição da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), além de assessores de deputados e uma estagiária da Comissão de Assuntos da Criança, do Adolescente e do Idoso da ALERJ.

Este processo descortinou um cenário de profunda desigualdade social, desamparo e falta de assistência adequada às especificidades da clientela idosa, que requer uma atenção compatível com suas necessidades. Nesse sentido se faz necessário realizar uma breve narrativa desse cenário, dos atores envolvidos e das ações realizadas.

#### 4.1.1 O Cenário

O Estado do Rio de Janeiro, está situado na região Sudeste do Brasil e possui uma extensão territorial de 43.864,3 Km<sup>2</sup>, onde estão distribuídos 91 municípios. De acordo com o Censo 2000 sua população é de 14.391.282 habitantes, sendo que 10,7% deste total, ou seja 1.540.754, é formado por pessoas com 60 anos ou mais

de idade. Alguns municípios do Estado, como Rio de Janeiro e Petrópolis chegam a ter mais de 12% de sua população com idade igual ou superior a 60 anos.

Com a cobertura dada pela imprensa, o Disque–Idoso da ALERJ, passou a receber denúncias de todo o Estado. O maior número era proveniente da região metropolitana, mas em todas as regiões do Estado pelo menos uma instituição denunciada foi vistoriada por uma das equipes técnicas, como pode ser visto no Quadro 4.1.

QUADRO 4.1 Número de denúncias verificadas / Região e Cidade do Estado do Rio de Janeiro

<b>Região/Cidade</b>	<b>Nº de Denúncias Verificadas</b>
<b>Região Metropolitana</b>	<b>83</b>
Rio de Janeiro	56
Belford Roxo	1
Duque de Caxias	3
Itaboraí	7
Nova Iguaçu	2
Niterói	8
São Gonçalo	5
São João de Meriti	1
<b>Região Noroeste Fluminense</b>	<b>1</b>
Itaocara	1
<b>Região Norte Fluminense</b>	<b>3</b>
Campos dos Goytacazes	1
Macaé	1
São João da Barra	1
<b>Região Serrana</b>	<b>19</b>
Carmo	1
Nova Friburgo	2
Petrópolis	14
Sumidouro	1

Teresópolis	1
<b>Região das Baixadas Litorâneas</b>	<b>3</b>
Araruama	1
Cabo Frio	1
Casemiro de Abreu	1
<b>Região do Médio Paraíba</b>	<b>6</b>
Barra Mansa	1
Pinheiral	1
Resende	1
Volta Redonda	3
<b>Região Centro-Sul Fluminense</b>	<b>1</b>
Vassouras	1
<b>Região da Costa Verde</b>	<b>2</b>
Itaguaí	1
Parati	1
<b>Asilos fechados ou não encontrados ou inexistentes</b>	<b>9</b>
<b>Total</b>	<b>127</b>

Fonte: CPI do Idoso – Anexo 2

Como se pode ver, a região metropolitana destaca-se entre as demais regiões, concentrando 65,3% dos asilos visitados pelas equipes técnicas. O município do Rio de Janeiro lidera com o maior número de denúncias, representando 44% do total das instituições asilares vistoriadas no estado.

A maioria das instituições asilares visitadas na cidade do Rio de Janeiro situava-se em locais distantes, de difícil acesso e baixo nível socioeconômico. Cerca de 53,5% das instituições vistoriadas pelas equipes técnicas situava-se na zona Oeste (Quadro 4.2). Geralmente, eram casas ou construções horizontais, que não apresentavam as adaptações arquitetônicas preconizadas pelo Ministério da Saúde. Por várias vezes nos deparamos com locais miseráveis, com péssimas condições de

higiene, quentes e sem privacidade para os idosos, ou seja, com pouca ou nenhuma possibilidade de se viver com dignidade.

QUADRO 4.2 Instituições Asilares vistoriadas na cidade do Rio de Janeiro

<b>Bairros da cidade do Rio de Janeiro/Área Geográfica e Área de Planejamento</b>	<b>Número de Instituições Vistoriadas</b>
<b>Zona: Centro AP 1.0</b>	<b>3</b>
Caju	1
Rio Comprido	1
São Cristóvão	1
<b>Zona: Sul AP 2.1</b>	<b>2</b>
Botafogo	1
Leblon	1
<b>Zona: Norte AP 2.2</b>	<b>21</b>
Tijuca	4
Vila Isabel	1
<b>AP 3.1</b>	
Penha	1
Jardim América	1
<b>AP 3.2</b>	
Higienópolis	1
Cachambi	1
Encantado	1
Engenho de Dentro	2
Méier	2
Piedade	1
Riachuelo	1
<b>AP 3.3</b>	
Cascadura	1
Guadalupe	1
Irajá	1
Quintino Bocaiúva	1
Rocha Miranda	1
<b>Zona: Oeste AP 4.0</b>	<b>30</b>
Jacarepaguá	6
Vila Valqueire	2
<b>AP 5.1</b>	
Realengo	2
<b>AP 5.2</b>	
Campo Grande	5
Cosmos	1
Inhoaíba	2
<b>AP 5.3</b>	

Paciência	3
Santa Cruz	3
Sepetiba	6
<b>Total</b>	<b>56</b>

Fonte: CPI do Idoso – Anexo 2

Cabe um breve relato que retrata esse quadro. Em uma de nossas vistorias chegamos a um asilo clandestino em Paciência. Uma casa de 6 cômodos, que além dos idosos, ainda abrigava a família do proprietário, na qual encontramos uma idosa em estado crítico de saúde, comatosa, conforme descrito no relatório da CPI:

*“Há 13 idosos residentes, o local é quente, com higiene muito precária, contando apenas com um banheiro, que é utilizado pelos idosos e pelos moradores da casa, as instalações arquitetônicas são completamente inadequadas. Os idosos apresentam higiene corporal ruim, muitos deles encontram-se demenciados. Não é recebido qualquer tipo de assistência médica no local e nem são acompanhados de forma regular em alguma outra instituição de saúde. Não existem prontuários ou prescrições médicas. Assim que chegamos ao local, a proprietária nos informou que uma idosa estava muito mal e nos levou até ela. Verificamos uma senhora idosa, na faixa de 70-80 anos, comatosa, não respondendo as solicitações verbais, com má distribuição hídrica, edema importante de membros superiores e dorso, taquidispneica, taquicárdica (120 bpm), (...) estava também com uma sonda nasogástrica, mal posicionada, através da qual estava recebendo alimento e água. (...) Além de tudo isso, ainda possuía uma escara sacra extensa, grau IV, infectada, que estava sendo “tratada” com maisena, e mais outras duas escaras, na região escapular direita e calcâneo esquerdo. (...) No mesmo cômodo, em uma cama próxima, estava um senhor idoso, restrito ao leito com seqüela de AVC, desnutrido e também com higiene corporal precária.*

*Segundo a proprietária os idosos recebem 5 refeições diárias, (...). Observou-se que havia insetos na cozinha e que as condições higiênico-sanitárias estavam péssimas no momento da visita.” (CPI do Idoso, Anexo 2:41-42).*

Este cenário de miséria, desrespeito e falta de cuidado se repetiu em vários momentos, mas podemos dizer que ele foi predominante nas áreas mais pobres e afastadas, com acesso aos serviços de saúde também bastante limitado, fosse público ou privado. Entretanto, mesmo em áreas consideradas de melhor padrão de vida, como Tijuca e Vila Isabel, nos deparamos com situações também críticas do

ponto de vista do não cumprimento das normas estabelecidas pelo Ministério da Saúde, no que concerne ao funcionamento de asilos e clínicas geriátricas.

Além dos problemas de estrutura física, outro cenário comum era a falta de profissionais devidamente habilitados a prestar um cuidado adequado aos idosos. Muitas vezes, como descrito no exemplo acima, este cuidado ficava a cargo de pessoas sem qualificação profissional, sobretudo quando a instituição era clandestina. Haja vista a constatação do uso de maisena para realização de curativo em úlceras de pressão, assim como a presença de idosos infestados por sarna e outros com seqüelas de AVC sem receber nenhum tipo de terapia de reabilitação.

#### 4.1.2 Os Atores

Neste cenário podemos identificar alguns dos principais atores, que contribuíram para a proliferação de instituições asilares sem a menor condição de funcionamento, onde os idosos são “depositados”, privados do afeto e do cuidado de seus familiares, quando os possuem, e na ausência da família, do cuidado e da atenção do próprio Estado. Afinal de contas está disposto no Artigo 230 da Constituição Federal:

*“A família, a sociedade e o Estado tem o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhes o direito a vida.”*

A família passou por inúmeras modificações de estrutura e função ao longo do século XX, tornou-se menor, mas uma de suas atribuições não sofreu alteração. Continua sendo ela a principal responsável pelo cuidado das crianças e dos mais velhos. Contudo, as condições socioeconômicas do país e a emancipação feminina, que levaram a mulher para o mercado de trabalho, dentre vários outros motivos, tornaram mais difícil a manutenção desta função, uma vez que tradicionalmente sempre coube à mulher a tarefa de cuidar dos outros membros da família.

Do mesmo modo, a diminuição do número de membros que compõem o núcleo familiar fez com que menos pessoas pudessem estar disponíveis para cuidar dos mais velhos. Muitas vezes a morte dos filhos ocorre antes da morte dos pais e assim o idoso passa a necessitar de outras redes de apoio quando se torna doente e/ou dependente. Se estas redes não existem, resta-lhe apenas o asilamento em uma instituição para idosos como opção de sobrevivência. Em outras ocasiões, são os próprios filhos que internam os pais nestas instituições, e muitas vezes lá os abandonam. Infelizmente como podemos constatar nem sempre estas instituições estão aptas a prestar um atendimento de boa qualidade.

Com relação à sociedade, vemos que ainda hoje muitas vezes persiste a idéia de velhice como tempo de perdas (econômicas, sociais, afetivas, biológicas, etc), solidão, doenças, recolhimento (ao lar ou ao asilo), intransigências ("o velho rabugento") e como uma grande carga econômica, tanto para a família, quanto para a sociedade e o Estado. Contraditoriamente, esta não é a visão que as pessoas idosas muitas vezes têm de si mesmas, como relata Uchôa (2002) quando descreve o pensamento de mulheres idosas de Bambuí em relação ao envelhecimento:

*"Para a grande maioria dos informantes-chave<sup>14</sup>, ser velho significa ser só, viver precariamente, ser inútil, dependente, desamparado, marginalizado e doente. Nenhuma das mulheres bambuienses se reconhece nesse discurso. O conjunto de suas histórias de vida mostra, ao contrário, que perdas e limitações existem, mas que isso não é específico da velhice e que, além disso, o impacto real de tais perdas pode ser mediado por diferentes elementos do contexto." (UCHÔA, 2002: 32)*

Esta visão negativa da velhice pode acabar levando à exclusão não apenas social dos idosos, mas também dos processos políticos, da assistência à saúde, da economia e, sobretudo, a exclusão cultural. Sim, pois vivemos hoje no Ocidente, uma cultura que privilegia o que é novo e moderno, desprezando totalmente aquilo que se torna velho e obsoleto, e infelizmente isso não vale apenas para objetos e equipamentos, vemos isto acontecer também com seres humanos. O idoso que seria o depositário vivo da história e da cultura de um povo é muitas vezes colocado

---

<sup>14</sup> No estudo citado eram pessoas adultas com idade entre 35 e 45 anos.

de lado, e tem sua voz calada porque simplesmente ninguém mais se dispõe a ouvi-lo. Assim, como já disse Simone de Beauvoir :

*“...os homens eludem os aspectos de sua natureza que lhes desagradam. E, estranhamente, a velhice. (...) Há apenas pessoas menos jovens do que outras, e nada mais. Para a sociedade, a velhice aparece como uma espécie de segredo vergonhoso, do qual é indecente falar. (...) fora das obras especializadas, as alusões à velhice são muito raras. (...) Com relação às pessoas idosas, essa sociedade não é apenas culpada, mas criminosa. Abrigada por trás dos mitos da expansão e da abundância, trata os velhos como párias. (...) Para conciliar esta barbárie com a moral humanista que professa, a classe dominante adota a posição cômoda de não considerar os velhos como homens. Se lhes ouvíssemos a voz, seríamos obrigados a reconhecer que é uma voz humana...”*  
(BEAUVOIR, 1990: 7)

Os donos de asilos foram identificados pela imprensa como os principais responsáveis por esta situação calamitosa se tornaram os grandes vilões da história. Alguns chegaram a ser presos, acusados de crimes de apropriação indébita, tortura e manutenção de paciente em cárcere privado, conforme noticiado nos jornais:

*“O dono do abrigo Casa de Repouso Fonte da Vida, em Campo Grande, foi preso ontem à tarde por manter uma paciente em cárcere privado. (...) A paciente trancada estava machucada e havia marcas de sangue no chão. Policiais do Grupo de Apoio a Promotores (GAP), que acompanham as ações do Ministério Público, prenderam o dono do abrigo, José Carlos Rodrigues Souza. Ele vai ser acusado também de maus-tratos e tortura.”* (O GLOBO, 17 de fevereiro de 2001)

Como se isto desse um fim à história, pois os culpados haviam sido encontrados e punidos, nem a imprensa, nem a sociedade e muito menos as famílias daqueles idosos, voltaram a questionar as reais causas e conseqüências deste tipo de atenção que vem sendo prestada à população idosa.

Com relação ao Estado verificamos lacunas importantes nas políticas implementadas, na medida que suas responsabilidades não são assumidas nas suas diferentes instâncias de atuação, nos poderes executivo, legislativo e judiciário.

De acordo com o disposto no capítulo V, art. 10º, da Política Nacional do Idoso, que trata das ações governamentais, são competências dos órgãos e entidades públicos:

- **Na área de promoção e assistência social:** “- prestar serviços e desenvolver ações voltadas para o atendimento das necessidades básicas do idoso, mediante participação das famílias, da sociedade e de entidades governamentais e não governamentais; - estimular a criação de incentivos e de alternativas de atendimento ao idoso, como centros de convivência, centros de cuidados diurnos, casas-lares, oficinas abrigadas de trabalho, atendimentos domiciliares e outros; - promover capacitação de recursos para atendimento ao idoso.”
- **Na área da saúde:** “- garantir ao idoso a assistência à saúde nos diversos níveis de atendimento do SUS; - prevenir, promover, proteger e recuperar a saúde do idoso, mediante programas e medidas profissionais; - adotar e aplicar normas de funcionamento às instituições geriátricas e similares, com fiscalização pelos gestores do SUS; - criar serviços alternativos de saúde para o idoso.”
- **Na área da justiça:** “- promover e defender os direitos da pessoa idosa; - zelar pela aplicação das normas sobre o idoso determinando ações para evitar abusos e lesões a seus direitos.”

Uma das principais questões em relação a estas lacunas diz respeito ao lapso de tempo que existe entre a formulação e a implementação das políticas e normas. A Lei nº 8.842, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso foi sancionada em 4 de janeiro de 1994, entretanto somente foi regulamentada em 3 de julho de 1996, através do Decreto nº 1.948. Por sua vez, a Política Nacional de Saúde do Idoso só foi definida e estabelecida em 10 de dezembro de 1999, através da Portaria GM/MS nº 1.395. Finalmente em 10 de maio de 2001 foram estabelecidas novas “Normas de Funcionamento de Serviços de Atenção ao Idoso no Brasil”, através da Portaria SEAS/MPAS nº 073. Entretanto, o fato de existir um discurso institucional que garante assistência social e à saúde do idoso de forma ampla, não significa que na prática estas ações estejam realmente sendo implementadas. Pelo menos no Estado do Rio de Janeiro estas ações ainda são incipientes e muitas vezes feitas de forma isolada, sem que haja a devida integração intersetorial.

Quanto à esfera legislativa, no nível federal, podemos ver sua omissão quando constatamos que o Projeto de Lei nº 3561 que dispõe sobre o Estatuto do Idoso, circula naquela instituição desde 1997, sem que tenha sido votado até hoje. O Estatuto do Idoso, destina-se a regular os direitos especiais das pessoas maiores de sessenta anos. *“Dispõe sobre os direitos fundamentais e de cidadania do idoso, quais sejam os relativos à vida e saúde; habitação, alimentação e convivência familiar e comunitária; profissionalização e trabalho; educação, cultura, esporte e lazer; previdência e assistência social e assistência judiciária. Institui o Conselho Nacional do Idoso e seus congêneres nos Estados, Distrito Federal e Municípios, atribuindo-lhes competência para formulação, coordenação, supervisão e avaliação da política do idoso. Atribui à União a coordenação da Política Nacional do Idoso, bem como da proposta orçamentária da área, ouvido o Conselho Nacional respectivo. Prevê a punição, na forma da lei, de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade ou opressão aos direitos fundamentais do idoso, impondo a todo cidadão o dever de denunciar a ocorrência dessas práticas. Define os crimes de discriminação, preconceito ou constrangimento praticados contra os idosos, por agentes públicos ou privados, sujeitando o infrator à pena de reclusão, na forma da lei. Assegura o acesso à Defensoria Pública, ao Ministério Público e ao Poder Judiciário; a tramitação preferencial dos processos; bem como a isenção de custas para os idosos que sejam isentos do Imposto de Renda.”*

Por sua vez, o Poder Legislativo Estadual, representado pelos deputados que fizeram parte da CPI do Idoso, somente entrou em cena após as primeiras denúncias veiculadas pela imprensa. Diante do grande número de denúncias recebidas pelo Ligue Idoso-Ouvidoria da SEASC (Secretaria de Estado de Ação Social e Cidadania) e pela própria ALERJ, formaram-se equipes de inspeção para averiguação das denúncias mais graves constituídas por membros do Ministério Público, da Delegacia do Idoso, da Vigilância Sanitária Estadual e Municipal do Rio de Janeiro, do Conselho Estadual de Defesa dos Direitos da Pessoa Idosa (CEDEPI) e Deputados. Após a criação da CPI, com a designação dos componentes e com a disponibilização do Disque-Idoso, o número de denúncias aumentou de forma

importante. Foram formadas as equipes técnicas para realizar as vistorias e os deputados então passaram a realizar inspeções apenas esporádicas, quando julgavam necessário e importante uma maior cobertura da mídia, para manter “acesa a chama da notícia”.

Foram as equipes técnicas que realizaram a grande maioria das inspeções às instituições denunciadas. Cada equipe contava com uma médica geriatra, uma fiscal dos Conselhos Regionais de Enfermagem, Serviço Social e Nutricionistas e uma estagiária da Faculdade de Serviço Social da UERJ. Por desistência de duas estagiárias, uma das equipes contava com uma estagiária de Enfermagem e a outra com uma estagiária de Nutrição, também da UERJ. De algumas vistorias participaram assessores dos deputados que compunham a comissão.

Na área da justiça, a Política Nacional do Idoso determina que as ações governamentais devem “*defender e promover os direitos da pessoa idosa e zelar pela aplicação das normas sobre o idoso determinando ações para evitar abusos e lesões a seus direitos*”. O Estado do Rio de Janeiro instituiu em 18 de dezembro de 1993, através da lei nº 2.200 a Delegacia Especial de Atendimento às Pessoas de Terceira Idade, iniciativa anterior à promulgação da Política Nacional do Idoso (PNI). Sua função seria atender exclusivamente aos cidadãos de terceira idade, recebendo denúncias, promovendo investigações e encaminhando ao Ministério Público suas conclusões. Em concordância com o determinado pela PNI, em 1998 foi instituída pelo poder Executivo, a Defensoria da Pessoa Idosa, dentro da estrutura organizacional da Defensoria do Estado do Rio de Janeiro (lei nº 3084 de 22 de outubro de 1998).

Embora a imprensa tenha tido um papel importante na configuração deste cenário ao mostrá-lo com todas as suas mazelas aparentes, algumas vezes com manchetes que chegavam a ser sensacionalistas, não houve um aprofundamento sobre as causas, conseqüências e responsabilidades que resultaram nessa situação. E como quase sempre acontece com os meios de comunicação, quando o assunto foi considerado esgotado e sem capacidade de mobilizar o grande público ele foi sendo progressivamente “esquecido”.

Caso semelhante aconteceu em 1996, quando veio à tona o escândalo da Clínica Santa Geneveva, também no Rio de Janeiro, em que foram extensivamente veiculadas na imprensa imagens de idosos abandonados, desnutridos e sem receber assistência adequada. Naquela época o fato que deflagrou o escândalo foi a morte de mais de 100 idosos em um período de três meses. A Clínica que possuía convênio com o Sistema Único de Saúde (SUS), destinava-se a atender “pacientes fora de possibilidade terapêutica” (FPT)<sup>15</sup> e “pacientes sociais”. Portanto, a Santa Geneveva não tinha apenas pacientes idosos. Segundo um relatório elaborado pela Secretaria Estadual de Saúde, dos 264 pacientes internados na clínica, apenas 5% seriam realmente fora de possibilidade terapêutica. Dos restantes, 51% necessitavam apenas de acompanhamento médico, 12% estavam internados para curar fraturas e 22% pensavam estar em um asilo. No conjunto de pacientes existiam além dos idosos, deficientes físicos e doentes mentais (GROISMAN, 1997).

Progressivamente o foco das notícias foi sendo deslocado para maus tratos e negligência na assistência aos pacientes. O caso levou a grande mobilização da opinião pública e a uma pressão intensa para que as autoridades tomassem uma posição em relação à Clínica. Neste ponto começou um grande “jogo de empurra” em que as autoridades sanitárias estaduais e federais não se entendiam sobre qual delas recaía a responsabilidade pela fiscalização de instituições como a Santa Geneveva. Finalmente em junho de 1996 o Ministério da Saúde manda fechar a Clínica e foi como se isto desse um fim à questão, que no entanto revelou apenas a ponta do “iceberg” de um profundo e complexo problema da sociedade brasileira.

#### 4.1.3 As Ações

Como dito anteriormente, mesmo antes da formação das equipes técnicas alguns membros da Assembléia Legislativa do Rio de Janeiro, em conjunto com técnicos da Vigilância Sanitária do Estado e do Município do Rio de Janeiro, Ministério Público,

---

<sup>15</sup> Sigla utilizada pelo SUS para designar pacientes terminais.

Conselho Estadual de Defesa dos Direitos da Pessoa Idosa e Delegacia do Idoso, já estavam realizando vistorias em asilos denunciados por maus-tratos a idosos na cidade do Rio de Janeiro. No dia 22 de fevereiro do mesmo ano foi criada a CPI do Idoso e, a partir do dia 7 de março de 2001 foi iniciado o trabalho de verificação das denúncias feitas a partir do Disque-Idoso da Assembléia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro, pelas equipes técnicas. Era um trabalho desgastante, tanto do ponto de vista físico quanto emocional. Em primeiro lugar eram relacionadas as denúncias por ordem de gravidade, segundo o relato do denunciante. Depois era feito o mapeamento por área geográfica destas denúncias e então era realizada a divisão das mesmas pelas equipes.

Saíamos às 8 horas da ALERJ com o planejamento de averiguar no mínimo 3 instituições a cada dia de trabalho, o que nem sempre era possível, algumas vezes devido à dificuldade em encontrar o endereço citado, e em outras devido ao grande número de irregularidades encontradas. As vistorias eram feitas tendo como base a Portaria 810/89 do Ministério da Saúde, que normatiza o funcionamento de instituições asilares. Todas as instituições em que a equipe técnica encontrava irregularidades eram relacionadas e posteriormente era enviado um relatório resumido à Presidência da CPI, para que a Vigilância Sanitária Estadual fosse colocada a par da situação e tomasse as providências necessárias, uma vez que a equipe não tinha o poder de determinar a intervenção ou o fechamento da instituição. Quando a equipe concluía ser a situação de extrema gravidade em termos de maus-tratos ou infringência às normas do MS, o gabinete da Presidência da ALERJ era imediatamente contatado para que as medidas cabíveis pudessem ser tomadas.

Durante o trabalho pudemos constatar a ignorância dos donos de asilos a cerca das normas a serem seguidas por estas instituições. Em algumas instituições, principalmente naquelas que tinham vínculo religioso, geralmente evangélicas, apesar da não obediência às normas, não podíamos caracterizar maus-tratos, os idosos apresentavam-se bem nutridos, limpos, recebendo assistência médica e cuidados de enfermagem adequados. Quando isto ocorria, procurávamos orientar o responsável pela instituição sobre a Portaria 810/89, fornecendo-lhe uma cópia, e

orientando-o a procurar a Vigilância Sanitária a fim de regularizar sua situação. Como sempre, o caso era comunicado à Relatora e ao Presidente da CPI, deputados Tânia Rodrigues e Sérgio Cabral respectivamente.

Em outros momentos entretanto, era necessária inclusive a interferência policial, devido à constatação de maus-tratos e/ou utilização de medicamentos vencidos, o que levava à apreensão dos mesmos e registro formal de denúncia contra a instituição na Delegacia de Polícia.

Desde que surgiram as primeiras denúncias, e no decorrer das inspeções várias instituições foram interditadas por não oferecerem condições mínimas de funcionamento, quais sejam:

- Lar da Terceira Idade – Abrigo Meu Recanto – Sepetiba - Rio de Janeiro.
- Casa de Repouso Recanto dos Pássaros - Sepetiba - Rio de Janeiro.
- Abrigo Evangélico Morada do Ancião em Campo Grande – Campo Grande – Rio de Janeiro
- Lar Evangélico Monte Sinai – São Gonçalo
- Recanto da Paz – Campo Grande - Rio de Janeiro
- Asilo Sem Nome – Méier – Rio de Janeiro
- Instituto Social Abrigo Jesus Reina – Anchieta - Rio de Janeiro
- Casa de Repouso e Abrigo Recanto de Sepetiba - Rio de Janeiro
- Orfanato Lírio do Vale e Cantinho do Ancião – Duque de Caxias
- Asilo Pousada do Ancião (clandestino) – Campo Grande - Rio de Janeiro

Também foram verificados vários crimes no decorrer das vistorias, conforme transcrito abaixo (Relatório Final – CPI do Idoso):

- Lei nº 2.848/40, Código Penal – Apropriação indébita.
- Art. 133 do Decreto-Lei 2.848/40. Código Penal – Abandono de Incapaz
- Art. 135 do Decreto-Lei 2.848/40. Código Penal – Omissão de Socorro
- Art. 136 do Decreto-Lei 2.848/40. Código Penal – Maus Tratos
- Art. 146 do Decreto-Lei 2.848/40. Código Penal – Constrangimento Ilegal
- Art. 148 do Decreto-Lei 2.848/40. Código Penal – Cárcere Privado
- Lei Federal nº 9.455/97 – Tortura

- Art 37 da Lei nº 8.078/90. Código de defesa do consumidor – Propaganda Enganosa
- Art 399, Parágrafo único do Código Civil – No caso de pais que, na velhice, carência ou enfermidade, ficaram sem condições de prover o próprio sustento, principalmente quando se despojaram de bens em favor da prole, cabe, sem perda de tempo e até em caráter provisional, aos filhos maiores e capazes, o dever de ajudá-los e ampará-los, com a obrigação irrenunciável de assisti-los e alimentá-los até o final de suas vidas.

O trabalho de verificação de denúncias durou de março a setembro de 2001, e durante o mês de outubro foi elaborado o Relatório Final da CPI do Idoso, com a compilação de todas as vistorias no Anexo 2. Com a votação e aprovação do Relatório Final, o Poder Legislativo elaborou alguns projetos de lei que posteriormente foram aprovados e transformados em lei, são elas: a Lei Nº 3869, de 24 de junho de 2002 – Cria o Programa Integrado de Atendimento Domiciliar para Idosos; Lei Nº 3875, de 24 de junho de 2002 – Regula o Funcionamento das Instituições Asilares de Caráter Social no Estado e dá outras providências e a Lei Nº 3876, de 24 de junho de 2002 – Cria o Programa República, de atendimento a idosos no Estado do Rio de Janeiro e dá outras providências.

A Vigilância Sanitária Estadual não forneceu nenhum retorno à CPI sobre as instituições vistoriadas por ela após indicação da equipe técnica e portanto não existem nos documentos oficiais da CPI relatos sobre o destino destas instituições.

Diante do exposto, constatamos com esses documentos que as práticas assistenciais institucionalizadas de atenção idoso prestadas no estado do Rio de Janeiro, revelaram-se não integrais, em face da insuficiência das políticas de atenção à saúde oferecidas a esta clientela. Tal constatação tem nos relatórios da Comissão Parlamentar de Inquérito do Idoso, um conjunto de elementos que tanto denunciam práticas não integrais de atenção ao idoso, como apontam aspectos relevantes para a compreensão dos sentidos e significados atribuídos à velhice pela sociedade civil em suas diferentes formas de expressão.

## 5. A CPI DO IDOSO NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO: UM CASO DE POLÍTICA OU NÃO POLÍTICA? AS PRÁTICAS DE NÃO INTEGRALIDADE DAS AÇÕES E SERVIÇOS NA ATENÇÃO À SAÚDE NA TERCEIRA IDADE.

Tendo em vista a diversidade e a pluralidade dos contextos em que os fatos relatados se inserem, a análise sobre essas práticas asilares foi construída a partir de três dimensões distintas, mas não excludentes entre si: **a dimensão institucional, a dimensão assistencial-terapêutica e a dimensão relacional.**

Na primeira dimensão analisaremos o modo como se desenvolveu a institucionalização da prática asilar no estado do Rio de Janeiro, e como ela se configura hoje, a partir dos relatórios feitos pelas equipes técnicas que atuaram na CPI do Idoso e das normas, leis e portarias que regulamentam a atenção à saúde do idoso. Na segunda dimensão, analisaremos as práticas assistenciais realizadas nestas instituições tendo como categoria analítica a assistência interdisciplinar à saúde do idoso. Por fim analisaremos na dimensão relacional, que tem como categoria de análise a família, como os aspectos sócio-culturais e as percepções da sociedade civil sobre a velhice desnudam os limites e possibilidade de novas práticas assistenciais em saúde na atenção ao idoso.

Estas dimensões nos permitiram elaborar categorias discursivas (conceitos, temas, diretrizes) que, temáticas específicas, expressam um discurso institucional hegemônico de exclusão social progressiva do papel do idoso na sociedade, no qual as relações de poder se mostram assimétricas com ampla desvantagem para os mesmos.

A partir dessas dimensões discutiremos uma das práticas assistenciais prevalentes de atenção ao idoso no estado do Rio de Janeiro – o asilamento, verificando seus limites e possibilidades de garantir a integralidade das ações preconizadas pela Política Nacional de Saúde do Idoso, destacando as repercussões da (não) Integralidade no cuidado e na atenção à saúde dos idosos.

## 5.1 Dimensão institucional

Na dimensão institucional selecionamos como categoria temática o asilo como termo recorrentemente utilizado pelos atores e nos documentos examinados, para designar um conjunto de práticas assistenciais institucionalizadas, destinadas à prestação da atenção social e à saúde das pessoas na terceira idade.

Asilo vem do grego *Asylon*, através do latim *asylum*, cujo significado é o de refúgio, local onde a pessoa se sente amparada, protegida, ao abrigo de possíveis agravos e danos de qualquer natureza. Na etimologia da palavra não está explícito que asilo significa instituição assistencial, no entanto, sua definição refere-se a um “espaço local”, onde a pessoa se sente amparada e protegida, podendo ser tanto uma família, uma cidade ou um país, ou até mesmo um hospital. Partindo do pressuposto que o hospital constitui-se hoje em um espaço local de produção e reprodução de saberes e práticas institucionais no campo da saúde, passaremos a realizar uma reflexão sobre alguns aspectos relacionados à sua função social ao longo da história. Aspectos que acreditamos poder nos auxiliar na compreensão sobre a execução da política de atenção a essa clientela específica e sobre sua permanência, até os dias atuais como um dos principais meios de assistência à saúde dos mais velhos.

Segundo Foucault, ao menos até o século XVIII, o papel institucional de prover assistência era desempenhado pelo hospital. Desse modo ele seria uma instituição importante e essencial para a vida urbana do Ocidente, embora não se caracterizasse como uma instituição médica, até mesmo porque a medicina naquela época não se constituía em uma prática hospitalar. O hospital era primordialmente uma instituição de assistência aos pobres, mas funcionava também como meio de exclusão e separação, pois como portador de doenças potencialmente transmissíveis, o pobre era perigoso. Assim, além de recolhê-lo e prestar-lhe assistência, o hospital também deveria proteger os outros membros da sociedade do perigo que ele encarnava. Portanto, sua função essencial não era a cura, mas a assistência material e espiritual a quem se deveriam dar os últimos cuidados e o

último sacramento. Dizia-se na época que o hospital era um morredouro, “*um lugar onde morrer*” (Foucault, 1979: 101-102).

O hospital geral, lugar de internamento, onde se misturavam doentes, loucos, devassos, prostitutas etc, permaneceu, até o início do século XVIII, como uma espécie de instrumento misto de exclusão, assistência e transformação espiritual, onde a função médica não aparecia. Ao longo daquele século foram ocorrendo transformações que levaram o hospital a ser medicalizado e a medicina a se tornar hospitalar. Em primeiro lugar se procurou purificá-lo dos efeitos nocivos e da desordem que ele acarretava. Desordem esta representada não só pelas doenças que ele podia suscitar nas pessoas internadas e espalhar pelos arredores, mas também a desordem econômico-social de que era foco. A reorganização do hospital teve como ponto de partida não uma técnica médica, mas a disciplina, e foi a introdução dos mecanismos disciplinares no espaço confuso do hospital que possibilitou sua medicalização. Entretanto, a formação de uma medicina hospitalar deveu-se não apenas à disciplinarização do espaço hospitalar, mas também à transformação, nesta época do saber e da prática médicas.

Quando então a palavra asilo passou a designar instituições que deveriam prover assistência e cuidado aos indivíduos? Falando da institucionalização da loucura e se reportando ao surgimento dos primeiros hospitais psiquiátricos, Foucault usa por diversas vezes a palavra asilo para designar este tipo de instituição:

*“Assim se estabelece a função muito curiosa do hospital psiquiátrico do século XIX: lugar de diagnóstico e de classificação (...). O grande médico do asilo (...) é ao mesmo tempo aquele que pode dizer a verdade da doença pelo saber que dela tem, e aquele que pode produzir a doença em sua verdade e submetê-la, na realidade, pelo poder que sua vontade exerce sobre o próprio doente.” (FOUCAULT, 1979: 122)*

Ainda quanto ao surgimento das instituições psiquiátricas, Foucault relata:

*“Quando no começo do século XIX foram instaladas as grandes estruturas asilares, estas eram justificadas pela maravilhosa harmonia entre as exigências da ordem social que pedia proteção contra a desordem dos loucos, e as necessidades da terapêutica, que pediam o isolamento dos doentes.(...) Sob as justificações de um internamento que permitiria, num lugar purificado, constatar o que se passa e intervir onde, quando e como se deve, ela faz aparecer as*

*relações de dominação próprias à relação institucional: “o puro poder do médico, diz Basaglia, (...) aumenta tão vertiginosamente quanto diminui o poder do doente; este, pelo simples fato de estar internado, passa a ser um cidadão sem direitos, abandonado à arbitrariedade dos médicos e enfermeiros, os quais podem fazer dele o que bem entendem, sem que haja possibilidade de apelo”. (FOUCAULT, 1979: 126).*

Não podemos afirmar que neste período existia a separação do idoso como "elemento perigoso" à sociedade e portanto, merecedor desse tipo de assistência. Entretanto, se observarmos as descrições sobre as formas de funcionamento do hospital, antes do século XVIII e, sobretudo, as práticas institucionais dos hospitais ou asilos psiquiátricos no início do século XIX, é possível constatar diversas semelhanças dessas práticas com as práticas desenvolvidas nas instituições destinadas a prestar assistência aos idosos, ainda nos dias de hoje. Exclusão, dominação e isolamento ou simplesmente “*um lugar para morrer*” ainda são, no século XXI, algumas das principais características de instituições que se propõem a prestar assistência a idosos, principalmente aos mais pobres. São questões como estas que estaremos discutindo ao longo deste trabalho, como os elementos constitutivos dessas práticas, reunidos no que se denomina em nossa sociedade atual de asilo de velhos, com seus vários eufemismos, levaram à institucionalização da velhice e a práticas institucionalizadas de assistência.

#### 5.1.1 Breves considerações sobre a criação do asilo de velhos e a institucionalização da velhice...

Como se deu o surgimento dos asilos de velhos no Brasil, e em particular no Rio de Janeiro? Esta é uma pergunta de difícil resposta, pois a literatura acerca do tema é extremamente escassa (Groisman, 1999). Para entender como a velhice se tornou alvo de uma prática assistencial institucionalizada, talvez tenhamos que analisar como se deu a evolução do tratamento destinado à pobreza urbana. Para tanto, e muito resumidamente, iremos examiná-lo em três momentos distintos ao longo do século XIX.

Em um primeiro momento, no início do século XIX, a caridade era o principal norteador das ações sobre a pobreza. A partir da segunda metade daquele século, seria a vez da filantropia e da medicina social embasarem o Estado no desenvolvimento de suas práticas de repressão e institucionalização desta população. Mas é somente no final do século XIX e início do século XX que os critérios para diferenciação e institucionalização das chamadas “classes perigosas” seriam melhor delineados. É portanto neste terceiro momento que, emerge uma nova categoria, a *velhice desamparada*, passando a diferenciar e a separar determinados indivíduos do aglomerado de tipos que compunham a mendicância urbana. Para esta nova categoria seria então destinado um *lócus* privilegiado de assistência: o asilo de velhos:

*“Na virada do século, ao mesmo tempo em que a velhice se tornava objeto de estudo da medicina e a questão das aposentadorias começava a ser debatida, a velhice também seria diferenciada no contexto das práticas institucionais de assistência à população. O surgimento dos asilos de velhos separaria os velhos dos outros tipos sociais, como órfãos, loucos e doentes, num processo em que a “velhice” parece ter recoberto a “pobreza”. ”.(GROISMAN, 1999: 21)*

*...”A fundação do asilo de velhos representa o reconhecimento da velhice como alvo de uma prática institucional”.(GROISMAN, 1999: 22)*

Em 1890 é então fundado o Asilo São Luiz para a Velhice Desamparada, sendo esta a primeira instituição exclusivamente voltada para a assistência a idosos no Rio de Janeiro, e talvez uma das primeiras também no Brasil. Quando de sua fundação, a instituição possuía os seguintes fins:

*“...receber os velhos de ambos os sexos, sem distinção de cor ou nacionalidade, provavelmente desamparados, aos quais dá casa, sustento, vestuário, médico e farmácia, e por morte, modesto mas decente enterramento”.(JORNAL DO COMMERCIO, 1899, apud GROISMAN 1999: 44)*

A criação do asilo parece ter funcionado não apenas como um novo modelo assistencial, mas também ter favorecido a atribuição de novos significados sociais para a velhice. Frente à sociedade a instituição trabalhava para que os velhos fossem identificados como uma população com características específicas, procurando torná-la visível e fazer dela um alvo das preocupações sociais embora,

muitas vezes, isto levasse à criação de imagens estereotipadas da velhice. Algumas dessas imagens representavam os velhos como inerentemente bons, e acabavam por “sacralizar” a velhice, despindo-lhe de sua humanidade. Outras, entretanto, migravam para o extremo oposto, e passavam a representar a velhice como um tempo de perdas: do vigor e da beleza física, da capacidade intelectual, e até mesmo da afetividade. Auxiliando esta concepção estava o saber médico, que listava sinais externos e lesões internas como sintomas de um processo patológico inerente ao envelhecimento, transformando a velhice em um mal incurável, e o velho em um moribundo (Groisman, 1999).

O asilo ao que parece funcionava também como um mundo à parte, isolado do que acontecia no restante da cidade. Lá os idosos acabavam por perder o contato com o mundo externo, que passava a ser mediado pela instituição. O ingresso no asilo representava, portanto, um rompimento dos laços sociais (Groisman, 1999).

Desde o seu surgimento, os asilos têm-se constituído em uma prática hegemônica de institucionalização e assistência, sendo destinados àqueles idosos que são recolhidos por não terem parentes que os assistam ou porque seus familiares não podem ou não querem cuidar dos mesmos. Palavras como abandono, pobreza e rejeição familiar parecem resumir as causas, até os dias atuais, pelas quais esses idosos são excluídos do convívio social, sendo em muitos casos “depositados”, tanto em instituições de caridade, como em estabelecimentos públicos ou privados, e o que é pior, muitas vezes em asilos clandestinos sem a menor condição de funcionamento. Esta modalidade de assistência cresceu ao longo do século XX praticamente sem nenhum tipo de controle ou regulamentação, até que nos últimos anos desse século começaram a surgir as primeiras normas de funcionamento para este tipo de instituição. Tais normas têm como objetivos a organização, ordenação e fiscalização da assistência ao idoso, no que concerne à qualidade dos serviços prestados e aos recursos materiais, informacionais e técnicos utilizados.

É isto o que passaremos a analisar agora.

### 5.1.2 A Normatização da Assistência Asilar: Portarias, Leis e Decretos...

Somente em 1989, ou seja 99 anos depois da criação de um dos primeiros asilos de velhos do Brasil, é que o Ministério da Saúde “*aprova normas e padrões para o funcionamento de casas de repouso, clínicas geriátricas e outras instituições destinadas ao atendimento de idosos, a serem observados em todo o território nacional*”, através da Portaria Nº 810, de 22 de setembro daquele ano.

Neste documento, são consideradas como instituições específicas para idosos:

*“os estabelecimentos, com denominações diversas, correspondentes aos locais físicos equipados para atender pessoas com 60 anos ou mais de idade, sob o regime de internato ou não, mediante pagamento ou não, durante um período indeterminado e que dispõem de um quadro de funcionários para atender às necessidades de cuidados com a saúde, alimentação, higiene, repouso e lazer dos usuários e desenvolver outras atividades características da vida institucional”.*<sup>16</sup>

Além do item **Definição**, a Portaria contém outros 3 itens com suas respectivas subdivisões, quais sejam:

#### **- Organização**

Englobando Administração (estatutos e regulamento; direção técnica); e Funcionamento (alvará; registro de informações e dados – registro de admissão, prontuário e relatórios).

Durante as vistorias, pudemos constatar que a quase totalidade das instituições denunciadas, legais ou clandestinas, funcionava de forma precária, sem cumprir a Portaria. A grande maioria das instituições vistoriadas era clandestina, não possuía estatutos e regulamentos ou direção técnica. Os registros de admissão e relatórios mensais sobre o estado de saúde dos internos eram inexistentes ou incompletos.

Segundo a Portaria 810, “*as instituições que têm entre suas finalidades prestar atenção médico-sanitária aos idosos devem contar em seu quadro funcional com um coordenador médico*”. Na prática vimos que esta separação existe somente na

---

<sup>16</sup> Portaria MS/GM Nº 810, de 22 de setembro de 1989.

teoria, pois durante as visitas verificamos que quase todas as instituições possuem idosos com grandes déficits funcionais e totalmente dependentes para as atividades básicas da vida diária, demandando portanto, cuidados integrais. Isto é demonstrado no Quadro 5.1, que se refere à Organização, e demonstra o percentual de instituições visitadas pela equipe técnica, que cumpriam ou não as determinações do MS.

QUADRO 5.1 Percentual de instituições que cumprem as determinações do MS quanto à Organização- Portaria 810/89

<b>Organização</b>	<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>
Alvará	38%	62%
Estatutos e Regulamentos	21%	79%
Direção Técnica	26%	74%
Coordenação Médica	31%	69%
Registro de Admissão	49%	51%
Prontuário	51%	49%
Prescrição	48%	52%

Fonte: CPI do Idoso – Relatório Final

### **- Área Física e Instalações**

Neste item, a Portaria exige que “as instituições específicas para idosos deverão funcionar, preferencialmente em construções horizontais de caráter pavilhonar. Quando dotadas de mais de um plano e não dispuserem de equipamento adequado como rampa ou elevador para a circulação vertical, estas instituições só poderão atender pessoas imobilizadas no leito e com problemas locomotores ou psíquicos, no pavimento térreo”.

São determinadas normas quanto à: Acessos; Portas e Esquadrias; Circulação Interna – horizontal e vertical (escadas, rampas, elevadores e monta-cargas); Instalações Sanitárias (vaso sanitário, chuveiro, bacia sanitária); Iluminação, Ventilação, Instalações Elétricas e Hidráulicas; Áreas Mínimas (dormitório, sala para o serviço de nutrição e dietética, área de recreação e lazer; área para atividades de reabilitação); Limpeza e Higienização; Tipos de Materiais de Construção; Mobiliário e Equipamentos Básicos.

A regra era quase sempre encontrar instituições que descumpriam estas normas, mesmo tendo Alvará de funcionamento expedido pelas autoridades sanitárias com data posterior à publicação da Portaria 810, como pode ser visto no exemplo abaixo:

*“A equipe visitou a instituição Casa Geriátrica Frei Fabiano Ltda, em 04 de maio de 2001, localizada à Rua Conde de Bonfim, 497, Rio de Janeiro.(...) O estabelecimento apresentou alvará com inscrição municipal nº 00382876, processo nº 04.201.028/83, data de emissão 26/06/91.(...) O local conta com instalações arquitetônicas completamente inadequadas. Os quartos são pequenos, úmidos, pouco ventilados e escuros; os banheiros não possuem piso antiderrapante ou barras de apoio. Não existem rampas de acesso ao 2º andar, apenas duas escadas, estreitas, com barra de apoio de apenas um dos lados. Neste andar havia vários idosos com dificuldade para deambular, o que provavelmente os restringia, impedindo-os de descer as escadas para tomar banho de sol.” (CPI do Idoso – Anexo 2: 88 - 89)*

### **- Recursos Humanos**

Aqui não são feitas exigências claras pela Portaria 810. Determina-se que as instituições para idosos em geral devem contar com: assistência médica e de enfermagem, odontológica, nutricional, psicológica e farmacêutica, atividades de lazer e de reabilitação (fisioterapia, terapia ocupacional e fonoaudiologia), serviço social, apoio jurídico e administrativo e serviços gerais. Quanto ao dimensionamento da equipe multiprofissional necessária à assistência ao idoso, deverá se basear: “**(a)** nas necessidades da população atendida; **(b)** na disponibilidade de recursos humanos regionais ou locais; **(c)** nos critérios dos respectivos conselhos regionais de profissionais”.

Estas determinações pouco específicas podem acabar resultando em quadros insuficientes de profissionais habilitados para atender as necessidades dos idosos, pois como dito anteriormente quase todas as instituições possuíam internos com alto grau de incapacidade funcional e cognitiva. Isto pode ser confirmado no exemplo abaixo:

*“No posto de enfermagem observamos medicação com prazo de validade vencido, medicações fora do invólucro próprio, frascos de soro abertos, material para curativo, luvas sujas e soluções desaconselhadas pelo Ministério da Saúde (mercúrio cromo e mertiolate). A unidade encontra-se em total desorganização, com péssimas condições higiênico-sanitárias. (...) a profissional que*

*desenvolve ações de enfermagem não possui registro no COREN-RJ. Não existe profissional de enfermagem no quadro funcional. A casa abriga 41 idosos, 28 mulheres e 13 homens(...) a maioria dos homens necessitam de cuidados especiais e entre as mulheres, apenas 4 os necessitam. Os idosos não fazem qualquer tipo de atividade. A instituição conta com o serviço de 11 pessoas, todas elas são voluntárias. Não há nutricionista. As cozinheiras é que determinam o cardápio. (...) A instituição funciona em péssimas condições. O quadro de pessoal é insuficiente e faltam profissionais de saúde qualificados.” (CPI do Idoso, Anexo 2: 74 - 75).*

Na Portaria em nenhum momento é definido qual o órgão, de qual nível de gestão, é o responsável pela fiscalização destas instituições. No subitem *Alvará*, está descrito que *“todas as instituições específicas para idosos devem efetuar o registro no órgão sanitário a nível estadual ou municipal, ou no órgão correspondente no Distrito Federal”*, e que *“a partir da vigência destas normas, só será concedido registro às instituições que se adequarem às presentes disposições”*. Fala-se portanto, apenas na concessão de registro, mas não sobre o controle e fiscalização sobre o tipo de assistência que é prestada aos idosos institucionalizados. Além disso fica em aberto a responsabilidade sobre o controle de instituições clandestinas que se proliferam livremente em todo o estado. Esta “confusão” ficou evidente durante as primeiras denúncias e vistorias feitas em asilos clandestinos e cobertas pela imprensa, conforme demonstra reportagem do jornal “O GLOBO”:

*“Fezes de ratos na comida, alimentos com prazo de validade vencido e idosos com pneumonia sem receber nenhum tipo de tratamento médico foram alguns dos problemas encontrados ontem no Abrigo Evangélico Morada do Ancião, em Campo Grande. O asilo, clandestino, abrigava 18 idosos – que pagavam R\$ 195 por mês para viver amontoados nos três quartos da casa – e foi fechado ontem pela Secretaria Estadual de Saúde.(...) O presidente do Sindicato dos Médicos, Jorge Darze, encaminhará ao Ministério Público denúncia acusando de omissão a Vigilância Sanitária e os donos do Recanto da Paz. Segundo a coordenadora da Vigilância Sanitária, Maria de Lourdes Moura, o órgão não pode ser responsabilizado:*

*- Não temos como fiscalizar abrigos clandestinos. Trata-se de um caso de polícia.” (O GLOBO, 13/2/2001 – CPI do Idoso, Anexo 4)*

A quem então compete a fiscalização de instituições que prestam assistência asilar, e também à saúde, aos idosos? Na Constituição Federal de 1988, na seção referente à Saúde está descrito no Artigo 197:

*“São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.”*

Quanto às competências do Sistema Único de Saúde está disposto no Art. 200, inciso II:

*“ – executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador.”*

Mais tarde, em 1990, quando foram promulgadas a Lei Orgânica da Saúde, Lei nº 8080 de 19 de setembro, e a Lei nº 8142 de 28 de dezembro do mesmo ano, foram melhor definidas as atribuições de cada esfera de governo. Assim, à direção Estadual do SUS competiria entre outras atribuições *“coordenar, e em caráter complementar, executar ações e serviços de vigilância epidemiológica, vigilância sanitária, alimentação e nutrição, saúde do trabalhador.”* Por sua vez, a direção Municipal teria entre suas prerrogativas *“planejar, organizar, controlar e avaliar as ações e os serviços de saúde e gerir e executar os serviços públicos de saúde”*. Além disso, caberia aos municípios *“celebrar contratos e convênios com prestadores privados de serviços de saúde; controlar e fiscalizar os procedimentos dos serviços privados”*. Desta forma, tanto a esfera estadual, quanto a municipal são responsáveis pela fiscalização e controle de todas as instituições que prestam assistência à saúde, mas nem na Constituição Federal e nem nas leis 8080 e 8142, existe uma diretriz específica para a assistência asilar prestada ao idoso.

Esta questão começará a ser delineada com maior clareza na Política Nacional do Idoso<sup>17</sup> (PNI), onde no capítulo IV que trata das ações governamentais, está disposto que na área da saúde é de competência dos órgãos e entidades públicos *“adotar e aplicar normas de funcionamento às instituições geriátricas e similares, com fiscalização pelos gestores do Sistema Único de Saúde”*. Além disso, em suas diretrizes dispõe em parágrafo único que *“é vedada a permanência de portadores de doenças que necessitem de assistência médica ou de enfermagem permanente em instituições asilares de caráter social”*. Como dito anteriormente, na prática não

---

<sup>17</sup> Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994.

observamos esta diferenciação entre instituição asilar de caráter social e instituição voltada para o atendimento clínico-geriátrico. Salvo raríssimas exceções o que vimos foram instituições de caráter social, ou instituições clandestinas, onde eram atendidos todos os tipos de idosos, desde aqueles completamente independentes e com uma capacidade funcional preservada, até aqueles portadores de limitações físicas e cognitivas severas e totalmente dependentes de cuidados integrais. Algumas instituições realizavam inclusive procedimentos médico-hospitalares sem que tivessem estrutura e/ou fossem habilitados para isso, como podemos ver no relatório de uma das inspeções feitas pelas equipes técnicas:

*“No posto de enfermagem encontramos imersos em solução para desinfecção tubo orotraqueal, uma sonda naso-enteral e uma sonda vesical, produtos que deveriam ser utilizados e descartados, não podendo em hipótese nenhuma ser reaproveitados. (...) Verificou-se no livro de ordens e ocorrências a internação de pacientes em fase terminal; havia também procedimentos médico-hospitalares como: entubação orotraqueal, dissecação venosa, alimentação por sonda naso-enteral, hidratação venosa, uso de oxigênio. (...) Concluimos que a instituição aceita pacientes graves, mas que não tem condições de atendimento adequado. Reforçamos a importância da instituição se adequar às normas preconizadas pelo Ministério da Saúde, bem como contratar profissionais de enfermagem.” (CPI do Idoso, Anexo 2: 121)*

A presente Política somente foi regulamentada, através do Decreto nº 1.948, dois anos e meio após ter sido sancionada. Neste Decreto são definidas as competências dos órgãos e entidades públicas na implementação da PNI. Entre as atribuições do Ministério da Previdência e Assistência Social, além da coordenação das ações relativas a PNI, merecem destaque no contexto desta discussão:

- Promover a capacitação de recursos humanos para atendimento ao idoso;
- Fomentar junto aos Estados, Distrito Federal, Municípios e organizações não-governamentais a prestação da assistência social aos idosos nas modalidades asilar e não asilar;

No Art. 3º a modalidade asilar de assistência é definida como: “atendimento, em regime de internato, ao idoso sem vínculo familiar ou sem condições de prover à própria subsistência de modo a satisfazer as suas necessidades de moradia, alimentação, saúde e convivência social”. Em seu parágrafo único define que este

tipo de assistência deve ocorrer “no caso da inexistência do grupo familiar, abandono, carência de recursos financeiros próprios ou da própria família”. Se a institucionalização do idoso ocorre por carência de recursos financeiros podemos inferir que a mesma deveria ocorrer em uma instituição pública ou filantrópica, onde não fosse exigido nenhum tipo de pagamento. Não foi este o quadro observado durante a CPI do Idoso. O que vimos foi um grande número de instituições clandestinas que geralmente cobravam uma mensalidade de 1 a 2 salários-mínimos, e forneciam apenas moradia e alimentação, assim mesmo em precárias condições. Até mesmo as instituições de caráter filantrópico exigiam pagamento dos internos, existindo apenas um pequeno percentual de idosos que realmente eram atendidos gratuitamente para justificar a filantropia.

Em seu Art. 9º, inciso IX, o Decreto nº 1.948, determina que compete ao Ministério da Saúde, por intermédio da Secretaria de Assistência à Saúde, em articulação com as Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios *“adotar e aplicar normas de funcionamento às instituições geriátricas e similares, com fiscalização pelos gestores do sistema Único de Saúde”*. Entretanto, foi somente em 10 de maio de 2001, através da Portaria SEAS/MPAS Nº 073, que instituía “Normas de Funcionamento de Serviços de Atenção ao Idoso no Brasil”, que foram estabelecidas e definidas novas modalidades de assistência (ou atendimento) integral institucional ao idoso. Nesta Portaria o atendimento integral institucional é definido como:

*“aquele prestado em uma instituição asilar, prioritariamente aos idosos sem família, em situação de vulnerabilidade, oferecendo-lhes serviços nas áreas social, psicológica, médica, de fisioterapia, de terapia ocupacional, de enfermagem, de odontologia e outras atividades específicas para este segmento social. Tratam-se de estabelecimentos com denominações diversas, correspondentes aos locais físicos equipados para atender pessoas com 60 anos ou mais, sob regime de internato, mediante pagamento ou não, durante um período indeterminado e que dispõe de um quadro de recursos humanos para atender às necessidades de cuidados com assistência, saúde, alimentação, higiene, repouso e lazer dos usuários e desenvolver outras atividades que garantam a qualidade de vida. São exemplos de denominações: abrigo, asilo, casa de repouso, clínica geriátrica, ancianato”*.

Os estabelecimentos são divididos em 3 modalidades de acordo com o tipo de idoso que é atendido e a especialização do atendimento:

- Modalidade I – Instituição destinada a idosos independentes para as Atividades da Vida Diária (AVD), mesmo que requeiram o uso de algum equipamento de auto-ajuda. A capacidade máxima recomendada para este tipo de instituição é de 40 pessoas, com 70% de quartos para 4 idosos e 30% para 2 idosos.
- Modalidade II – Instituição destinada a idosos dependentes e independentes que necessitam de auxílio e de cuidados especializados e que exijam controle e acompanhamento adequado de profissionais de saúde. Não serão aceitos idosos portadores de dependência física acentuada e de doença mental incapacitante. Capacidade máxima recomendada: 22 pessoas, com 50% de quartos para 4 idosos e 50% de quartos para 2 idosos.
- Modalidade III – Instituição destinada a idosos dependentes que requeiram assistência total, no mínimo, em uma atividade da vida diária. Necessita de uma equipe interdisciplinar de saúde. Capacidade máxima recomendada: 20 pessoas, com 70% de quartos para 2 idosos e 30% para 4 idosos.

Além de definir o tipo de instituição de acordo com o perfil de idoso atendido, esta Portaria determina ainda o quadro de recursos humanos de acordo com a modalidade de assistência, o que pode ser considerado um avanço em relação à Portaria 810, como pode ser visto no quadro abaixo:

QUADRO 5.2 Recursos Humanos / Modalidade Assistencial

RH	Atendimento Integral Institucional (horas/dia)		
	Mod. I	Mod. II	Mod. III
Médico	0	4	8 (e plantão à distância as outras 16 horas)
Fisioterapia	0	8	12
Fonoaudiologia	0	6	8
Terapia Ocupacional	0	8	12
Psicólogo	0	4	6

RH	Atendimento Integral Institucional (horas/dia)		
	Mod. I	Mod. II	Mod. III
Pedagogo	4	6	0
Assistente Social	2	6	8
Enfermeira	0	8	24
Auxiliares de Enfermagem	0	24	48
Cuidadores	0	48	72
Farmacêutico	0	8	8
Odontólogo	0	2	2
Limpeza	16	24	32
Segurança	24	24	24
Copa/Cozinha	16	16	16
Síndico/gerente/coordenador	01	01	01
Nutricionista	01	04	04

Fonte: Portaria SEAS/MPAS 073

As características do projeto arquitetônico, assim como a área mínima a ser construída, também é definida de acordo com a modalidade de assistência. Aqui vale ressaltar que estas normas estão em acordo com as disposições da Portaria 810 e com a NRB 9050 da Associação Brasileira de Normas Técnicas. Existe ainda a recomendação para que estas instituições estejam localizadas dentro da malha urbana, com facilidade de acesso por transporte coletivo e, preferencialmente, próxima à rede de saúde, comércio e demais serviços, de modo a favorecer a integração do idoso à comunidade.

Tais recomendações podem significar uma mudança na percepção e abordagem da assistência asilar ao idoso, uma vez que diferentemente do que aconteceu no começo do século XX, quando surgiram os primeiros asilos de velhos no Estado, existe a preocupação com a integração do idoso na comunidade e não no seu afastamento. O asilo deve deixar de ser um lugar de recolhimento, ou um mundo à parte. Entretanto, como demonstrado anteriormente, o que se vê na prática é a proliferação de asilos, principalmente clandestinos, em regiões afastadas e com infra-estrutura de transporte e serviços extremamente precária. Aliás, estas instituições surgem e se estabelecem sem que haja a menor obediência às normas vigentes.

No Estado do Rio de Janeiro, foi promulgada em 24 de junho de 2002, a Lei nº 3875 que regula o funcionamento das instituições asilares de caráter social no Estado. Está disposto na presente lei:

*Art. 1º - Cada unidade asilar pública ou privada, localizada no Estado do Rio de Janeiro poderá atender até 60 idosos.*

*Art. 2º - É proibida a permanência de idosos portadores de doenças que exijam assistência médica permanente ou assistência de enfermagem intensiva, cuja falta possa agravar ou por em risco sua vida ou a de terceiros, nas unidades asilares.*

*Art. 3º - A instituição prestadora de serviços deverá dispor de equipe técnica formada por geriatra, psicólogo, assistente social e nutricionista em plantões com carga horária mínima de 08 horas semanais.*

*Art. 4º - Os serviços de enfermagem serão prestados por uma auxiliar de enfermagem, com carga horária de 06 horas diárias.*

*Art. 5º - A equipe de apoio prestará serviços diariamente na proporção de um atendente para cada grupo de 10 idosos.*

*Art. 6º O horário noturno deverá dispor de no mínimo 2 atendentes.*

*Art. 7º - O prédio deverá estar adaptado ao uso e disponibilizar equipamentos que favoreçam a higienização e segurança dos internos.*

*Art. 8º - A Direção e equipe técnica deverão estimular o contato freqüente com familiares e amigos dos internos na perspectiva de evitar o isolamento social.*

*Art. 9º - As Instituições em funcionamento no Estado terão o prazo de 06 meses a partir da data de publicação desta Lei para adequarem-se à mesma.*

*Parágrafo Único – As Instituições que não cumprirem a determinação contida nesta Lei, sofrerão intervenção da equipe técnica, com o referido apoio estadual, por período suficiente à regularização ou suspensão do atendimento.*

Menos detalhada que a Portaria 073 e abrangendo apenas as instituições asilares de caráter social, esta lei apresenta basicamente determinações já existentes em outras Portarias e Decretos. Preconiza um número de internos por instituição maior que a Portaria 073 e também determina os profissionais que deverão fazer parte da equipe mínima a atuar na instituição. Em seu parágrafo único, diz que a instituição

que não cumprir a lei sofrerá intervenção “da equipe técnica”, sem no entanto especificar quem forma e de onde provém esta equipe. Faz menção a apoio estadual, sem especificar mais uma vez como será este apoio.

Podemos ver nos documentos analisados até o momento uma crescente preocupação com as particularidades e demandas da população idosa. A Portaria 810, apesar de não conter especificações quanto ao quantitativo e ao tipo de profissional que deve atuar nas instituições asilares, deixando isto à cargo da entidade fiscalizadora e de acordo com a disponibilidade local de mão de obra, traz determinações quanto à área física fundamentais para a segurança e conforto do idoso. A Portaria 073, um documento bem mais recente, já demonstra um avanço ao dividir as instituições por modalidade assistencial de acordo com o perfil do idoso a ser atendido, determinando para cada modalidade os profissionais que deverão atuar bem como o número de horas trabalhadas por cada um deles. A Política Nacional do Idoso (Lei nº 8.842) e o Decreto nº 1.948 que a regulamenta, quando abordam a assistência asilar preconizam esta modalidade de atenção apenas para *“aqueles idosos que não possuam condições que garantam sua própria sobrevivência”*, determinando que estes idosos tenham a assistência asilar assegurada pela União, pelos Estados, pelo Distrito Federal e pelos Municípios, na forma da lei. Além disso, proíbe a permanência em instituições asilares de caráter social de idosos portadores de doenças que exijam assistência médica ou de enfermagem permanentes. No entanto, no Estado do Rio de Janeiro as instituições públicas que têm por finalidade fornecer este tipo de assistência estão quase que totalmente em desacordo com as normas vigentes. Se já era assim tendo por base a Portaria 810, agora com a Portaria 073 fica ainda mais difícil o enquadramento destas instituições dentro das normas preconizadas pelo Ministério da Saúde e pela Secretaria de Estado de Ação Social. Isto acontece não apenas pelo aspecto físico-arquitetônico, mas principalmente pela questão da assistência prestada aos idosos. É justamente este ponto que passaremos a analisar a partir de agora.

## 5.2 Dimensão Assistencial-Terapêutica

Nesta dimensão a discussão foi nucleada pela categoria temática **assistência terapêutica interdisciplinar**. Sobre esse tema se faz necessário tecer alguns comentários sobre o histórico e o campo da assistência geriátrico-gerontológica, os quais apresentam nexos constitutivos com as práticas institucionais apresentadas no item anterior.

Ao contrário do que pode parecer, o processo de envelhecimento e sua consequência natural, a velhice, são preocupações da humanidade desde o início da civilização. Na área médica, a preocupação com o velho e a velhice vem desde Hipócrates, na Grécia antiga, passando pela “teoria dos humores e do calor interno” de Galeno, no século II; pelos “regimes de saúde e longevidade” da Idade Média – Escola de Salerno e de Montpellier; pelos estudos anatômicos, na Renascença; pelas teorias racionalistas e mecanicistas e pelo vitalismo dos séculos XVIII e XIX; pela relação entre os estudos fisiológico e clínico e pela medicina preventiva do século XIX (Beauvoir 1976:19-25, *apud* Martins de Sá, 2002: 225-226). No entanto, foi no século XX que ocorreram grandes avanços na ciência do envelhecimento e, definitivamente, se firmou a importância do estudo da velhice. Segundo Papaléo Netto (2002), tal fato se deu por um lado, devido à natural tendência de crescimento do interesse em pesquisar e estudar o processo de envelhecimento, e por outro devido à pressão passiva que o aumento do número de idosos em todo o mundo exerceu sobre o desenvolvimento desse campo.

Foi no início do século XX que a gerontologia e a geriatria surgiram enquanto especialidades e novos campos de pesquisa. Em 1903, Elie Metchnikoff, médico do Instituto Pasteur e seguidor de Charcot, defendeu a idéia da criação de uma nova especialidade, a gerontologia, em um texto chamado *The Nature of Man* (Groisman, 1999:18-19). Este autor propunha, na verdade, um campo de investigação dedicado ao estudo exclusivo do envelhecimento, da velhice e dos velhos. Surge então o interesse em criar uma nova especialidade na medicina, que se dedicaria a tratar das doenças dos idosos e da própria velhice. Em 1909, o médico vienense radicado

nos Estados Unidos, Ignatz L. Nascher, passa a denominar esta especialidade de geriatria em um artigo escrito para o *New York Medical Journal*, sendo por isso considerado o fundador desta especialidade. Entretanto, o que é considerado o início da geriatria é a publicação de seu livro *Geriatrics: the diseases of old age and their treatments*, em 1914 (KATZ, 1996, apud GROISMAN, 1999:17-18).

Contudo, foi somente no início dos anos 1930, com o trabalho desenvolvido por Marjory Warren é que começaram a ser delineados os primórdios da avaliação multidimensional e a importância da interdisciplinaridade. Essa estudiosa, ao assumir a responsabilidade por um asilo que abrigava centenas de pessoas, muitas das quais idosas e doentes, sem diagnóstico médico e sem nenhum tipo de tratamento de reabilitação, começou a promover uma revisão sistemática desses pacientes, iniciando mobilização ativa e reabilitação seletiva. Com este método de trabalho fez com que muitos doentes pudessem locomover-se e que alguns pudessem até mesmo ter alta para seus domicílios (PAPALÉO NETTO, 2002: 3).

Martins de Sá (1999) no entanto diz que a origem da gerontologia e da geriatria não pode ser explicada apenas através da história linear e da evolução das ciências médicas, pois elas são também produtos ou reflexos, da realidade social mais abrangente e das relações sociais nas quais se tornam possíveis e necessárias. No caso da gerontologia, seu surgimento estaria atrelado a um momento que solicitava a colocação de conhecimentos a serviço da aplicação em campos inéditos de problemas. De acordo com esta autora, a “razão de ser” da gerontologia para a sociedade estaria condicionada a questões sociais expressivas como:

- *O aumento da expectativa de vida, fruto do progresso contínuo na luta contra a mortalidade dos últimos séculos, e um aumento no número de pessoas que chegam à velhice, o que acarreta sérias implicações na dinâmica demográfica, nas políticas sociais de saúde, previdência e assistência social;*
- *O modo de produção econômica (modelo econômico) e de produção social (relação social entre pessoas, entre classes sociais). A expectativa de vida difere de acordo com o grau de desenvolvimento de um país, as categorias socioprofissionais e as classes sociais no interior de uma mesma sociedade. A questão das desigualdades sociais é um desafio para a gerontologia;*

- *O exercício pleno da cidadania em qualquer fase da vida e em qualquer circunstância, de modo a permitir uma participação ampla e responsável e a luta permanente pela conquista e conservação dos direitos fundamentais. (MARTINS DE SÁ, 1999:226-227)*

Papaléo Netto define a gerontologia como uma disciplina científica multi e interdisciplinar, cujas finalidades são o estudo das pessoas idosas, as características da velhice enquanto fase final do ciclo de vida, o processo de envelhecimento e seus determinantes biopsicossociais. Segundo Martins de Sá a gerontologia em sua constituição incorpora subsídios científicos e técnicos de outros ramos que lhe são afins, transcendendo-os. Isto ocorre porque o seu objeto de estudo e de ação engendra dimensões biológicas, psíquicas, sociais, culturais e estéticas. Como não pode fragmentar o objeto, porque a parte que ela isola ou arranca do contexto originário do real – o velho e o processo de envelhecimento - só pode ser explicada efetivamente na integridade de suas características, a gerontologia passa a desenvolver um trabalho interdisciplinar em sua própria gênese e no fundamento da própria produção do saber e da própria ação interventiva. Desta forma, estabelecem-se elos orgânicos entre as ciências envolvidas, um convívio democrático e plural e um processo de realimentação, de reciprocidade. Nas palavras da autora:

*“Essa interdisciplinaridade constitutiva e emergente, situada na gênese, nos fundamentos da gerontologia, que permite o deslocamento, a transposição de um sistema construído para outro, não se dá apenas de fora para dentro. Existe uma relação de mão dupla, fazendo jus ao “inter”. Se o médico, o assistente social, o sociólogo saem livremente de seu modo de pensar e agir, vertendo o seu construto para outro contexto – o gerontológico - , ao se abeberar dessa fonte, rica em contribuições, apresentam um conhecimento mais completo, com novas descobertas, nova visão e novas possibilidades de ação.” (MARTINS DE SÁ, 1999: 229)*

A Ciência do Envelhecimento<sup>18</sup>, englobando as áreas de gerontologia social, gerontologia biomédica e geriatria, tem a responsabilidade de ser o centro do qual emanam essas ramificações, que em conjunto atuam sobre os múltiplos aspectos do fenômeno do envelhecimento e suas conseqüências. Por definição, a **gerontologia social** compreende o estudo dos aspectos antropológicos, psicológicos, legais,

<sup>18</sup> O reconhecimento desta área do conhecimento científico e a justificativa de sua importância e de sua denominação foram defendidas no II Encontro das Universidades, realizado na cidade do Recife em 2000. (Papaléo Netto, 2002)

sociais, ambientais, econômicos, éticos e políticos da saúde. A **geriatria** está voltada para os aspectos curativos e preventivos da atenção à saúde e, por isso, mantém estreita relação com disciplinas da área médica como neurologia, cardiologia, psiquiatria, pneumologia, etc, e também com disciplinas não pertencentes ao currículo médico, embora profundamente relacionadas a este, como nutrição, enfermagem, fisioterapia, terapia ocupacional, psicologia, fonoaudiologia, odontologia e assistência social. A **gerontologia biomédica**, por sua vez, tem como eixo principal o estudo do fenômeno do envelhecimento, do ponto de vista molecular e celular (biogerontologia), enveredando pelos caminhos de estudos populacionais e de prevenção de doenças associadas, buscando respostas a questões sobre como e por que envelhecemos (PAPALÉO NETTO, 2002: 7 e 8).

#### 5.2.1 Considerações sobre o processo de envelhecimento, suas repercussões nos indivíduos e suas formas de avaliação...

O envelhecimento é conceituado como um processo dinâmico e progressivo, no qual há modificações morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas que determinam perda da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, ocasionando maior vulnerabilidade e maior incidência de processos patológicos que terminam por levá-lo à morte (Papaléo Netto, 1996). O envelhecimento ainda é um mistério, assim como o câncer, a hereditariedade, o desenvolvimento e as infecções foram um dia e a cognição ainda é: um processo tão pobremente compreendido que nós ainda não estamos certos de como procurar uma explicação. O impacto do envelhecimento na saúde e no bem-estar do indivíduo torna pequeno o impacto de qualquer categoria isolada de doença, porque o envelhecimento é por si só, o principal fator de risco para as mais importantes patologias.

O processo fundamental que controla a taxa na qual cada pessoa envelhece e que pode explicar como o envelhecimento leva ao aparecimento de doenças características da velhice continua essencialmente desconhecido. Existem várias

teorias biológicas que tentam explicar este fenômeno, entretanto, ainda falta muita investigação para se chegar a um consenso sobre os conceitos básicos que possam definir o processo de envelhecimento.

Com o envelhecimento, ocorrem modificações anatômicas e funcionais no organismo que não podem ser consideradas patológicas, mas que determinam uma menor capacidade de adaptação, tornando o idoso mais vulnerável a quaisquer estímulos, seja traumático, infeccioso ou psicológico. Como exemplo de modificações anatômicas podemos citar as modificações que ocorrem na coluna vertebral, como as lesões osteoporóticas e discoartróticas das vértebras, que causam redução na estatura, principalmente entre as mulheres. A composição do corpo também é modificada, ocorrendo um aumento de tecido adiposo e perda de massa óssea e tecido muscular, havendo concomitantemente redução da quantidade de água corporal, entre 13 e 15%. A boca também sofre modificações em todas as suas estruturas: a cavidade oral perde a elasticidade das mucosas, que se tornam secas e atróficas; a língua sofre perda de papilas gustativas, que por sua vez levam à perda do paladar, o que pode estar ligado à inapetência; os dentes se desgastam, devido ao atrito ao longo da vida, ocorre um aumento na incidência de doença periodontal, sendo elevada a percentagem de idosos que utilizam prótese dentária.

Entre as modificações funcionais mais significativas estão as do aparelho locomotor, que levam a uma redução da amplitude dos movimentos, modificando a marcha, que passa a se caracterizar por passos curtos e mais lentos. O centro de gravidade corporal se adianta e a base de sustentação se amplia, na busca de maior segurança e equilíbrio. O envelhecimento também está associado a alterações degenerativas das estruturas anatômicas do olho, ocasionando prejuízo da visão. Ocorre diminuição da acuidade visual, aumento da sensibilidade à luz, perda da nitidez das cores e da capacidade de adaptação noturna e, algumas vezes, redução do campo visual. A disfunção de qualquer um dos componentes do sistema auditivo pode ocasionar perda de audição. A presbiacusia é um fenômeno freqüente no envelhecimento, em geral é bilateral e pode evoluir para a perda da discriminação dos sons mais baixos.

A presença de tantas modificações leva a um outro questionamento em relação ao processo de envelhecimento e diz respeito ao conceito de normalidade quando se faz referência à população idosa. Isto se deve a grande heterogeneidade existente entre os idosos, seja nos aspectos morfológicos e funcionais ou psicológicos e sociais. A grande amplitude desta faixa etária que começa aos 60 anos<sup>19</sup> e pode atingir 100 anos de vida ou mais, associado ao fato de que o ritmo de declínio das funções orgânicas varia de um órgão para outro e mesmo entre idosos com a mesma idade, justifica a impressão de que os fatores determinantes do envelhecimento produzem efeitos deletérios diferentes de uma pessoa para outra.

Hoje, admitem-se duas formas distintas de envelhecimento: o usual ou comum e o bem-sucedido ou saudável. Na forma de envelhecimento comum, os fatores extrínsecos tais como sedentarismo, tipo de dieta, tabagismo e causas psicossociais, atuam intensificando os efeitos adversos que ocorrem naturalmente com o passar dos anos, ao passo que na forma de envelhecimento saudável estes não estariam presentes ou, quando existentes seriam de pequena importância. As principais condições associadas à velhice bem sucedida seriam: baixo risco de doenças e de incapacidades funcionais relacionadas às doenças, funcionamento mental e físico excelentes e envolvimento ativo com a vida (Papaléo Netto, 2002).

Visando avaliar o idoso de uma forma ampla e com isso identificar deficiências ou habilidades dos pontos de vista médico, funcional e psicossocial, utiliza-se a Avaliação Geriátrica Global<sup>20</sup>, definida como um processo diagnóstico multidimensional, usualmente interdisciplinar, constituído por um conjunto de instrumentos de avaliação – procedimentos, regras, técnicas e escalas de avaliação funcional e cognitiva. Este tipo de avaliação tem como objetivo principal a obtenção de um diagnóstico multidimensional que possibilite o desenvolvimento de um plano de tratamento e reabilitação que permita impedir ou retardar a progressão da doença, evitar incapacidade funcional ou promover a recuperação de capacidades funcionais perdidas ou alteradas. Com as informações obtidas também se espera ter maior facilidade no gerenciamento dos recursos necessários para o tratamento.

---

<sup>19</sup> Este limite é ditado no Brasil pela Política Nacional do Idoso, Lei nº 8.842.

<sup>20</sup> Este termo é derivado do inglês *Comprehensive Geriatric Assessment*.

Vários estudos sobre a Avaliação Geriátrica Global têm demonstrado os benefícios deste processo, incluindo aumento da acurácia diagnóstica, melhora do estado funcional, afetivo e cognitivo, diminuição da mortalidade, do número de internações hospitalares e do índice de institucionalização. Reduções no número de medicamentos utilizados e nos custos médicos também têm sido relatadas (REUBEN, 1999).

Como dito no capítulo 2, entre as diretrizes da Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI) está a **assistência às necessidades de saúde do idoso**, que deverá ocorrer nos âmbitos ambulatorial, hospitalar e domiciliar. No âmbito ambulatorial, a base desta assistência seria a consulta geriátrica, que deverá ter como fundamento a Avaliação Geriátrica Global. Entretanto, pelo descrito no texto da PNSI toda a avaliação seria realizada pelo médico, cabendo a este, uma vez detectadas as alterações, o encaminhamento do paciente para a equipe multiprofissional e interdisciplinar. O médico deverá ainda estar atento para as questões sociais eventualmente envolvidas no bem-estar do paciente, fornecer orientações terapêuticas que incluam mudanças no estilo de vida e evitar excessos na prescrição e uso de fármacos com elevado potencial iatrogênico.

No âmbito hospitalar, a assistência estará voltada para a identificação dos pacientes que se enquadram no conceito de maior vulnerabilidade, ou fragilidade. Seriam aqueles pacientes classificados como total ou parcialmente dependentes e portadores de múltiplas patologias, e que por isto estariam mais sujeitos a internações prolongadas, reinternações sucessivas e pior prognóstico. A este grupo seria direcionada uma atenção diferenciada, pautada na participação de outros profissionais, além de médicos e enfermeiros, tais como assistentes sociais, nutricionistas, fonoaudiólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais e psicólogos. Desde o início da internação, deverão ocorrer ações voltadas para a reabilitação e recuperação da capacidade funcional. Segundo a presente Política a implantação desta forma diferenciada de assistência ao idoso deverá ser gradual, priorizando-se hospitais universitários e públicos estatais. Conforme demonstrado no capítulo 3, estas ações no Estado do Rio de Janeiro ainda hoje são bastante limitadas, passados praticamente 4 anos desde a sua publicação.

Quanto à assistência domiciliar, muito pouco é dito na PNSI sobre a forma como a mesma deverá ser implementada. Ela é colocada como uma alternativa menos onerosa que a internação hospitalar prolongada e portanto como uma importante medida estratégica para diminuir o custo da internação. Como forma intermediária de atendimento, entre a internação hospitalar e a assistência domiciliar, encontra-se o hospital-dia geriátrico, cuja implantação é estimulada pela PNSI. Este serviço teria como objetivo viabilizar a assistência técnica adequada para pacientes cuja necessidade terapêutica – hidratação, uso de medicação intravenosa, quimioterapia e reabilitação – e de orientação para cuidadores não justifiquem a permanência em hospital.

A **reabilitação da capacidade funcional comprometida** constitui outra diretriz da PNSI e um importante foco de ações voltadas para a saúde desta população. Esse trabalho também envolverá uma equipe multiprofissional e deverá ser instituído precocemente, buscando-se prevenir a evolução e recuperar uma perda funcional incipiente. No caso daquelas limitações já avançadas, buscar-se-á, na medida do possível, sua amenização. Além disso, um conjunto de ações relacionadas à reabilitação, como prescrição adequada de órteses e próteses (óculos, aparelhos auditivos, próteses dentárias, andador, bengalas, etc), deverão estar disponíveis em todos os níveis de atenção ao idoso, principalmente nos postos e centros de saúde. A detecção precoce e o tratamento de pequenas limitações funcionais, integrarão as atribuições dos profissionais e técnicos que atuam nesses níveis de atenção.

Vimos até agora algumas características e particularidades do processo de envelhecimento que fazem com que as necessidades de assistência do idoso sejam amplas e não possam ser vistas e avaliadas de modo desvinculado do contexto socioeconômico e cultural. Do mesmo modo, precisam ser levados em conta, quando se avalia um paciente idoso, aspectos de sua vida emocional, bem como sua capacidade funcional e cognitiva, que têm correlação direta com a manutenção da independência e da autonomia. Desta forma faz-se necessária uma abordagem especializada, multidimensional e interdisciplinar para que todos estes aspectos sejam avaliados e uma proposta terapêutica adequadamente elaborada. Entretanto, existe uma longa distância entre o que está relatado na literatura, ou o que está

preconizado na Política Nacional de Saúde do Idoso, e o que acontece na prática, em relação à assistência que é prestada a esta população, principalmente àqueles idosos que se encontram institucionalizados.

### 5.2.2 Relatos e Retratos da Assistência Asilar no Estado do Rio de Janeiro

Passaremos agora a analisar a assistência que é prestada aos idosos institucionalizados no Estado do Rio de Janeiro a partir das reportagens vinculadas nos principais jornais do Estado no período que vai de janeiro a abril de 2001 e dos relatórios sobre as vistorias realizadas pelas equipes técnicas da CPI do Idoso, no período de março a setembro de 2001.

O jornal O GLOBO de 13/02/01 trazia o seguinte título em uma de suas reportagens:

*“Terceira idade maltratada – Estado fecha asilo ilegal em Campo Grande onde 80% dos pacientes tinham sarna.”*

Independente de qualquer outra informação que o texto pudesse conter, esta frase já nos traz à mente duas questões: falta de higiene e de assistência à saúde. No entanto, como a maioria das reportagens que tratam de temas de grande mobilização emocional, a mesma continha descrições e depoimentos detalhados sobre a situação do local e dos pacientes:

*“No primeiro dos três quartos da casa havia uma mulher, identificada como Helena da Silva, jogada em uma cama, prostrada. Os médicos não precisaram de muito tempo para fazer um diagnóstico parcial. Magra, sem falar, gemendo, Helena estava desnutrida, desidratada e, como quase todos com sarna.” (O GLOBO 13/02/01- CPI do Idoso, Anexo 4)*

*“A falta de atendimento médico era uma das queixas de outra paciente, Zélia Rezende”:*

*- “Estou aqui há três anos sem ver o sol, sem ir à rua, deitada na cama. Quando tive um derrame, uma amiga, que recebe a minha pensão, me mandou para cá. Fiquei jogada. Minhas pernas não se mexem, tenho coceiras no corpo. Neste tempo, nenhum médico veio*

*me ver. A médica só nos cumprimenta da porta e vai ver o livro onde escrevem todos os dias a nossa pressão arterial. É só o que ela faz. Não tem enfermeira nos atendendo. Ficamos entregues às faxineiras.” (Idem).*

Ao ler estes trechos uma das primeiras questões que fica evidente é a falta de assistência médica, entretanto, existe muito mais a ser analisado. O título da reportagem já deixa claro que o asilo era clandestino, e a partir daí é difícil pensar que o mesmo tivesse algum tipo de obediência às normas técnicas do Ministério da Saúde para este tipo de instituição. Entretanto, pelo depoimento colhido havia um médico que prestava, ou pelo menos deveria prestar, atendimento aos idosos. Pelo que foi exposto esta atenção era extremamente precária ou até mesmo inexistente, pois se limitava apenas a aferição da pressão arterial. Conceitos como capacidade funcional, reabilitação e atenção integral e interdisciplinar à saúde do idoso passam ao largo da assistência fornecida no asilo.

Desta forma, vemos uma pessoa com seqüelas de um acidente vascular cerebral e limitações severas da capacidade funcional, completamente dependente, sem receber nenhum tipo de tratamento ou terapia de reabilitação. Temos ainda o relato de uma paciente com quadro de desnutrição e desidratação, ou seja, nem o mais básico da assistência que é alimentar e dar de beber a uma pessoa estava sendo feito. Aqui não se trata apenas de falta de integralidade na atenção, mas de negligência e maus-tratos.

O relatório feito por uma das equipes técnicas da CPI do Idoso, após a visita ao Hospital Nossa Senhora do Perpétuo Socorro, instituição filantrópica pertencente à Santa Casa de Misericórdia, deixa evidente como é realizada a assistência aos idosos institucionalizados:

*“Ao todo são 125 internos, apesar da capacidade ser para 160 idosos. (...) existem no prédio um total de 8 enfermarias, sendo 4 masculinas, 3 femininas e 1 mista. Esta última é composta por quartos individuais. Em todas elas existe um grande número de pacientes completamente ou parcialmente dependentes, vários deles demenciados e/ou restritos ao leito, ou em cadeiras de rodas. Apesar disso, existe apenas uma auxiliar de enfermagem lotada em cada enfermaria, com a responsabilidade da higiene, da medicação e da alimentação, segundo informação da própria diretora médica do local. A instituição não desenvolve nenhuma atividade fisioterápica ou recreativa com os idosos. (...) Há apenas um profissional de*

*Enfermagem (auxiliar) para 20 pacientes e um enfermeiro diarista, acarretando déficit de recursos humanos; seria necessário contratar no mínimo mais 4 enfermeiros e 2 auxiliares para cada enfermaria.” (CPI do Idoso, Anexo 2: 170-171)*

Analisando este texto, vemos que tal instituição encontra-se completamente em desacordo tanto com a Portaria GM/MS 810/89 quanto com a Portaria SEAS 073/01, no que diz respeito ao número e qualificação dos profissionais que atuam na instituição, bem como no tipo de assistência prestada. Para o perfil de idosos atendidos, que varia desde aqueles com capacidade funcional e autonomia intactas, até aqueles totalmente dependentes, uma equipe multiprofissional deveria estar atuando no hospital a fim de avaliar os idosos e traçar um plano de tratamento e reabilitação que respondesse a todas as necessidades detectadas. Além disso, atividades educativas, de recreação e de integração com a família e a comunidade também estão previstas nestas normas e fazem parte de um atendimento integral, e mais uma vez não são fornecidas.

Em um universo de instituições asilares que em nada atendiam às normas estabelecidas pelo Ministério da Saúde ou à noção de integralidade na atenção, encontramos algumas exceções que merecem ser destacadas para mostrar que é possível realizar tal tipo de assistência:

*“Há 40 idosos no local, a maioria é do sexo feminino, com idades que variam de 70 a 90 anos. Todos possuem família e recebem visita freqüentemente. As atividades realizadas com os internos são: terapia ocupacional, trabalhos em grupo, passeios turísticos, musicoterapia, missas (SIC). (...) A casa apresenta boas condições estruturais e de higiene; os idosos aparentaram ser bem tratados. (...) Esta clínica geriátrica tem uma característica especial (...) Os idosos aqui internados são fundamentalmente portadores de alguma síndrome demencial (cerca de 80%) e, geralmente, totalmente dependentes para as atividades da vida diária. Apesar deste perfil de atendimento, no momento de nossa visita, aproximadamente às 9:30hs, não havia nenhum idoso restrito ao leito, estando inclusive a maioria fora de seus quartos e sentados nas salas de estar. (...) As visitas médicas são diárias, realizadas pelo clínico. Os prontuários estavam corretamente preenchidos, contendo história clínica, exame físico e evolução dos idosos. (...) A clínica dispõe ainda de uma unidade de cuidados semi-intensivos, bem montada, com 8 leitos, para onde são levados os pacientes que necessitam de cuidados médicos mais elaborados. (...) a fisioterapia é paga pela família do idoso. A nutricionista (...) estava presente na clínica no momento de nossa visita. (...) Havia cardápio carimbado e assinado pela*

*profissional e várias orientações para dietas especiais e/ou individualizadas. A casa possui equipe de enfermagem completa, com 4 auxiliares de enfermagem por plantão e uma enfermeira diarista. O posto de enfermagem estava organizado, com escala, e livro de ordens e ocorrências.” (CPI do Idoso, Anexo 2: 163-164)*

Podemos dizer que esta instituição prestava um atendimento adequado aos idosos nela internados, tanto do ponto de vista médico, como de cuidados gerais, estando aí incluídos a assistência nutricional, cuidados de enfermagem e abordagem fisioterápica e de reabilitação. Também se procurava atender as necessidades de lazer e espirituais dos internos. Portanto, temos no mínimo uma tentativa de atender integralmente a todas as demandas da clientela atendida, e não apenas aquelas referentes às suas patologias. Contudo, toda essa atenção tinha um preço, e elevado, pois a clínica destinava-se ao atendimento de idosos das classes A e B, e cobrava mensalidades que variavam de R\$2.500,00 a R\$3.000,00.

Tanto através das reportagens dos jornais, quanto dos relatórios das equipes técnicas, é possível constatar que a assistência à saúde do idoso ainda é vista pelos idosos e pelos donos ou administradores de instituições asilares basicamente como assistência médica. As outras dimensões, além da avaliação clínica, que compõem a avaliação geriátrica global, quase nunca são levadas em conta. Assim, aspectos da vida social e psicológica dos idosos raramente são abordados. Isso fica ainda mais evidente quando são quantificados os profissionais responsáveis pelo atendimento aos idosos que constavam no quadro de funcionários das instituições avaliadas pelas equipes técnicas. Enquanto 65% das instituições vistoriadas contavam com médicos, apenas 17% possuíam fisioterapeuta, 21% assistente social e 32% nutricionista.

A qualidade da assistência prestada era igualmente questionável, podendo ser classificada em grande parte das instituições vistoriadas como sendo de péssima, má ou apenas de razoável qualidade. O Relatório Final da CPI recomenda a fiscalização de 22 instituições pela Vigilância Sanitária com vistas ao seu fechamento, por entender que estas não possuíam condições de funcionamento. Conclui ainda que *“algumas instituições expuseram um número significativo de idosos a riscos de saúde, utilizando medicamentos vencidos, alimentação*

*inadequada e muitos eram contidos em seus leitos*”. Ou seja, não se trata apenas de não fornecer uma assistência de qualidade adequada e que atenda integralmente as demandas dos idosos. Trata-se de não fornecer assistência, expor idosos a riscos, negligência e maus-tratos.

### 5.3 Dimensão Relacional

Na dimensão relacional a categoria central encontra-se no tema **família**, o elemento condicionante das duas dimensões anteriormente discutidas, o que requer uma análise sobre os aspectos socioculturais e de visão de mundo da sociedade civil em relação à velhice.

Classe social, etnicidade, arranjos de moradia, visões e conceitos sobre a velhice e outros tantos fatores conferem dimensões tão específicas ao envelhecimento que dificilmente poderíamos pensar nesta fase da vida sem especificar os grupos aos quais estamos nos referindo. Por este motivo iniciaremos nossa análise desta dimensão abordando como a sociedade e os velhos vêem e vivenciam este processo. A seguir discutiremos as repercussões destes fatores nas relações sociais e familiares, e finalmente abordaremos o papel da família como um dos principais fornecedores de cuidados aos idosos.

#### 5.3.1 Visões e Atitudes em Relação à Velhice

Envelhecer, no sentido biológico, é um fato. Todos os seres vivos têm um ciclo de vida onde os processos de envelhecimento celular são inexoráveis. Portanto, é certo que todos nós, seres humanos, iremos envelhecer um dia, ou melhor, estamos envelhecendo a cada dia. Envelhecer é inevitável. Então o que há para ser discutido sobre o envelhecimento? Neste caso, não é o envelhecimento como processo biológico que está em questão, mas como estes processos repercutem nos indivíduos, como influenciam suas vidas, como a “sociedade” vê e vivencia o envelhecimento. Veras (1994) questiona: *Quando uma pessoa se torna velha? Aos 50, 60, 65 ou 70 anos? Nada flutua mais do que os limites da velhice em termos de complexidade fisiológica, psicológica e social. Uma pessoa é tão velha quanto suas*

*artérias, seu cérebro, seu coração, seu moral ou sua situação civil? Ou é a maneira pela qual outras pessoas passam a encarar certas características que classifica as pessoas como velhas?* (VERAS, 1994:25)

A velhice enquanto idéia, ou conceito, não é determinada apenas pela natureza, mas também se mostra impregnada de conotações políticas, ideológicas e culturais. Como então é vista a velhice? De acordo com Veras (1994), do ponto de vista cultural, ela será percebida diferentemente em países com elevada expectativa de vida como o Japão ou a Austrália e em países onde a expectativa de vida não ultrapassa os 40 anos de idade, como Serra Leoa. Mesmo dentro de um único país ou de uma cidade, a velhice será uma vivência distinta para pessoas que residem em favelas ou em bairros de infra-estrutura precária e pessoas que residem em casas confortáveis e contam com ampla rede de transporte, lazer e assistência à saúde. Em um país de marcantes desigualdades sociais como o Brasil estes fatores se tornam extremamente relevantes quando nos propomos a analisar uma questão tão ampla quanto a velhice.

As pessoas ditas idosas, ou velhas, podem ser arbitrariamente classificadas por um critério de idade, > 60anos, >65anos ou >75 anos, de acordo com o país ou com o interesse estatístico, ou como pré-requisito para reivindicação de aposentadorias e benefícios. Esta é apenas uma classificação possível, mas talvez seja uma das mais utilizadas, pois se pode dizer que possui limites bem definidos e independe de condição física, afetiva ou social.

Como se sente então um indivíduo que atingiu a idade classificatória limite, e de um dia para o outro pode mudar de categoria, e deixar de ser considerado uma pessoa madura para ser considerado um velho? Como ele passa a se ver e a ser visto pela sociedade? Aqui, corremos o risco de cair em uma visão simplista, ou reducionista da questão, se não levarmos em conta outros fatores como classe social, nível sócio-econômico e educacional, local de moradia (grandes centros urbanos, cidades do interior ou meio rural), trabalho etc.

Beauvoir (1990) afirma que o estatuto da velhice é imposto ao homem pela sociedade à qual pertence, é ela que destina ao velho seu lugar e seu papel, sendo

o indivíduo condicionado pela atitude prática e ideológica da sociedade em relação a ele. Esta autora chama a atenção para a relação dialética entre o próprio ser e o outro e à consciência que cada indivíduo toma de si através do outro, dizendo:

*“Em mim, é o outro que é idoso, isto é, aquele que sou para os outros: e esse outro sou eu. Geralmente nosso ser para outrem é múltiplo como o próprio outrem. Qualquer palavra sobre nós pode ser recusada, em nome de um juízo diferente. Nesse último caso, nenhuma contestação é permitida; as palavras “um sexagenário” traduzem para todos um mesmo fato. Elas correspondem a fenômenos biológicos que poderiam ser detectados através de um exame. Entretanto, nossa experiência pessoal não nos indica o número de anos que temos. Nenhuma impressão cenestésica nos revela as involuções da senescência. Aí está um dos traços que distinguem a velhice da doença. (...) a velhice aparece mais para os outros, do que para o próprio sujeito; ela é um novo estado de equilíbrio biológico: se a adaptação se opera sem choques, o indivíduo que envelhece não a percebe.” (BEAUVOIR, 1990: 348)*

Essa mesma autora destaca que a velhice é diferente de acordo com o contexto social em que viveu e vive o indivíduo. Sendo assim, não existe apenas uma velhice, mas uma velhice masculina e outra feminina, a velhice dos ricos, potenciais consumidores em larga escala e a dos velhos aposentados que, mesmo recebendo uma quantia insuficiente para o seu sustento adequado, muitas vezes se tornam os principais provedores do sustento familiar. Ou ainda daqueles velhos que não possuem nenhuma fonte de renda e que, quando se vêem sem condições físicas para continuar provendo o próprio sustento, passam a depender completamente do suporte familiar ou do Estado quando não possuem família. Desta forma, dependendo da categoria em que o velho esteja inserido, a velhice poderá ter para ele e para a família implicações diferentes.

De acordo com Neri, Cachioni e Resende (2002) as atitudes em relação à velhice fazem parte de um campo conceitual que inclui as crenças, os preconceitos e os estereótipos, e seria adequado dizer que existe uma relação recíproca entre estes e o contexto social e científico onde aparecem. Segundo estas autoras, hoje é consensualmente aceita a noção de atitude como predisposição socialmente aprendida para o comportamento, assim como sua função orientadora em relação às ações.

Em 1985 Néri e Wagner realizaram um estudo pioneiro com 360 moradores da cidade de São Paulo, todos não idosos e com idades entre 14 e 45 anos, onde aplicaram um questionário de 12 itens cobrindo os temas: caracterização dos velhos por critérios biológicos, sociais e cronológicos; relações sociais e familiares; estereótipos; expectativas em relação à própria velhice. Os principais dados obtidos neste trabalho foram: A velhice significa principalmente perdas, dependência e necessidade de amparo e cuidados. O velho deve morar de preferência com seus familiares, por quem deve ser ajudado, respeitado e ouvido. Entretanto, para os sujeitos mais velhos os velhos devem morar sozinhos. Os homens, mais do que as mulheres, valorizam o trabalho na velhice. As respostas dos sujeitos mais jovens enfatizaram os estereótipos e as dos mais velhos, as perdas da velhice. Os sujeitos mais jovens foram menos restritivos quanto aos padrões de comportamento social permitidos para os mais velhos. Os homens enfatizaram mais as perdas que as mulheres, e estas, mais do que os homens, tenderam a ver a velhice como um *estado de espírito*. Os sujeitos tenderam a usar o critério cronológico para demarcar o início da velhice (60 anos), porém mais mulheres do que homens indicaram um marco mais tardio (70 anos ou mais). Os homens tenderam a se ver como independentes e participantes na velhice, mas nas expectativas das mulheres sobressaíram sentimentos positivos e de autogratisação. Independentemente do gênero, da idade ou da escolaridade, os sujeitos deram opiniões conservadoras sobre os papéis do velho na família, enfatizando o cuidado com os netos e o apoio afetivo.

Em uma outra pesquisa realizada em cidades das cinco regiões do país, com pessoas na mesma faixa etária, os dados mostraram que independentemente de classe social, idade, gênero, escolaridade e local de residência, os sujeitos mostraram atitudes positivas em relação ao idoso e expectativas ainda mais positivas em relação à própria velhice. Houve uma tendência de avaliar positivamente os idosos que se mantêm ativos, produtivos e envolvidos socialmente. Por outro lado, a dependência, a doença e o afastamento social, passíveis de acontecer na velhice, foram avaliados de forma moderadamente negativa, assim

como a associação entre velhice, morte, solidão e perdas (NERI, 1988 e 1991, apud NERI, CACHIONI e RESENDE, 2002).

Ambos os estudos foram realizados com pessoas de idades iguais ou inferiores a 45 anos, portanto jovens e adultos em fase produtiva. Neles é possível constatar uma associação entre as idéias de velhice e perdas, apesar dos sujeitos apresentarem atitudes positivas em relação aos idosos e expectativas também positivas em relação à própria velhice. Entretanto, podemos ver que estas atitudes e expectativas positivas dizem respeito a idosos e a uma velhice vista como produtiva, independente e engajada socialmente. As idéias de dependência, doença, afastamento ou exclusão social permanecem como negativas e são constantemente repugnadas pelos sujeitos.

Uchôa, Firmo e Lima-Costa (2002) através de entrevistas com informantes-chave (adultos com idades entre 35 e 45 anos) encontraram a associação de velhice e envelhecimento com diferentes níveis de problemas. No campo da saúde, há referência ao aparecimento de doenças crônicas e ao declínio funcional, que leva à incapacidade progressiva de exercer as atividades cotidianas e à perda da autonomia. Na área econômica, há referência à diminuição da renda e a um concomitante aumento dos gastos, particularmente em função dos problemas com a saúde. No âmbito das relações sociais, há referência a um comprometimento da inserção social; mortes de parentes e amigos e aposentadoria favorecem a diminuição da rede social, a perda de papéis sociais, a marginalização e o isolamento. A imagem da velhice desenhada pelos informantes-chave é portanto bem negativa: carência afetiva, econômica, inutilidade, dependência, desamparo, marginalização e deterioração da saúde aparecem como elementos constitutivos dessa fase da vida.

Como se pode ver, não existe apenas uma atitude em relação à velhice, antes elas são dependentes do contexto social, cultural e econômico em que são abordadas. Desta forma, o ambiente de trabalho em organizações industriais tem sido apontado como local de excelência para o cultivo de atitudes e práticas pouco favoráveis ao trabalhador mais velho. Em 1996 Aguinaldo A. Néri desenvolveu uma pesquisa com 28 profissionais de recursos humanos de empresas de grande porte na região

metropolitana de São Paulo. Os resultados mostraram a predominância de atitudes moderadamente negativas em relação aos funcionários mais velhos, principalmente nos domínios referentes ao funcionamento cognitivo e social destes. Simultaneamente, os mesmos sujeitos mostraram ter expectativas muito positivas e idealizadas em relação à própria velhice. Os dados também mostraram que em pouquíssimas dessas empresas são planejadas e implementadas práticas de treinamento e reciclagem para os indivíduos mais velhos o que, segundo o autor, sugere a existência de ambientes pouco amigáveis à manifestação e ao desenvolvimento de suas competências.

Evidenciando que nem sempre as manifestações verbais sobre o próprio comportamento são preditivas das ações ou do envolvimento com o objeto da atitude, Pavarini (1997, apud Neri, Cachioni e Resende, 2002) verificou, em um estudo observacional com cuidadoras de idosos institucionalizados, que embora estas dissessem que cuidassem “por” e “com amor”, elas dificilmente estimulavam ou permitiam que os idosos fossem independentes, mesmo que não precisassem de ajuda total. A autora observou ainda que entre as cuidadoras predominavam associações de velhice com dependência e desta com doença, sendo ambas vistas como conseqüências naturais do envelhecimento.

E quanto aos idosos, como eles se vêem e quais são suas atitudes em relação à própria velhice? Novamente é necessário analisar os estudos realizados sobre o assunto levando-se em conta a inserção sócio-cultural dos sujeitos avaliados e também a metodologia utilizada. Quando a abordagem das atitudes em relação à velhice, bem como da imagem que os sujeitos fazem dela, se dá através da reconstrução de histórias de vida dos idosos, são encontrados resultados bem mais positivos conforme evidenciado por Uchôa, Firmo e Lima-Costa (2002). Independente de características socioeconômicas e culturais, os idosos não reconhecem seus momentos de vida como inteiramente negativos ou definidos apenas por limitações e perdas. Muito mais importante do que a existência de problemas, seja de ordem econômica ou de saúde, o fundamental para esses sujeitos parece ser a existência ou não de recursos para solucioná-los, incluídos aí o suporte familiar e/ou comunitário e os recursos financeiros.

Pesquisas realizadas com idosos freqüentadores de *Universidades da Terceira Idade*, mostraram que de uma maneira geral os idosos apresentam uma visão positiva sobre o que é ser velho. Para a maioria dos sujeitos as principais motivações para freqüentar tais programas eram a vontade e a necessidade de aumentar conhecimentos, a busca de desenvolvimento pessoal, a necessidade de aumentar o contato social e a busca por uma ocupação do tempo livre de forma útil. De uma maneira geral, as mulheres se apresentavam mais satisfeitas com sua situação do que os homens, e os mais velhos mais do que os mais jovens.

Um cenário comumente apontado como favorável ao desenvolvimento de atitudes negativas em relação aos idosos é a família, principalmente quando há mais de uma geração compartilhando o mesmo domicílio. Entretanto, à luz da atual situação socioeconômica do país é necessário avaliar a conformação familiar um pouco mais detalhadamente para podermos compreender melhor as atitudes e ações em relação aos idosos no interior das famílias.

Os estudos apresentados mostram a grande heterogeneidade de atitudes em relação aos idosos e à velhice existentes na atualidade. Se por um lado a velhice é vista como tempo de perdas e decrepitude, sendo pensada como uma carga econômica, seja para a família, a sociedade ou o Estado, por outro ela apresenta perspectivas positivas como um período ainda produtivo do ciclo da vida onde as pessoas podem continuar a adquirir conhecimentos e permanecer ativos e atuantes socialmente.

Entretanto, ainda podemos constatar uma prevalência de conceitos e atitudes não apenas negativos, mas que demonstram até mesmo uma certa intolerância à condição dos velhos. Com isso, acabam sendo geradas práticas segregacionistas, com restrição de oportunidades e tratamento desigual. Como exemplo destas atitudes podemos citar a atribuição dos déficits da previdência e do sistema de saúde ao aumento da população idosa. Ou a visão de que os problemas de saúde são decorrentes apenas de práticas e estilos de vida adotados pelos indivíduos, passando a qualidade de vida na velhice a ser vista como decorrente de escolhas pessoais.

### 5.3.2 Relações Sociais e Familiares e suas repercussões na vida do idoso

Segundo Erbolato (2002) o comportamento social é regulado por normas, que muitas vezes estão atreladas aos diversos papéis sociais desempenhados ao longo da vida. Regras de comportamentos e expectativas acerca dos outros são aprendidas, experimentadas e constantemente reformuladas. As diversas formas de relacionamento, investidas ou não de afeto, constroem-se e desfazem-se no decorrer da existência dos indivíduos, e devem ser analisadas e compreendidas na perspectiva do curso de vida.

Definidos como formas de comportamento socialmente prescritas, que influenciam os relacionamentos e servem como base para a percepção que o indivíduo tem de si mesmo, os papéis sociais descrevem e identificam quem os desempenha (Erbolato, 2002). Como o envelhecimento populacional é um fenômeno relativamente recente, principalmente nos países em desenvolvimento como o nosso, podemos dizer que ainda não foi definido um papel social específico para o idoso, e sendo assim novos papéis podem surgir e se estabelecer.

Entretanto, podemos distinguir alguns papéis que podem ser perdidos e outros que são mantidos, adquiridos ou modificados ao longo da vida. Assim, a aposentadoria pode determinar a perda do papel profissional, algumas vezes significando também uma certa perda de status social e afastamento de relacionamentos desenvolvidos no ambiente de trabalho. O papel de cônjuge permanece até a morte de um deles ou no caso de divórcio. Da mesma forma papéis de irmão são preservados e podem vir a ter importância fundamental na vida de indivíduos idosos, pois os irmãos constituem importantes cuidadores secundários, e algumas vezes até mesmo primários. Os papéis parentais nunca se extinguem, mas se modificam, principalmente nos casos em que o idoso, por problemas de saúde ou financeiros, se torna dependente dos cuidados dos filhos. Não podemos nos esquecer do papel de avós, que independente de suas implicações afetivas tem sofrido modificações principalmente devido à conjuntura econômica. Assim, em muitos casos os avós passam a ser os principais responsáveis não só pelo provento financeiro dos netos

como também por sua educação, pois os pais necessitam trabalhar e ficam a maior parte do dia ausentes, e esta situação pode se tornar uma grande geradora de conflitos na família.

Desta forma, torna-se necessária uma outra abordagem para se poder entender a inserção social do idoso e como esta influencia sua vida como um todo. Neste ponto entram as tarefas ligadas a determinados papéis sociais ao longo do curso da vida de um indivíduo, que constam de obrigações para com seus complementares, e as tarefas normativas, que são definidas como expectativas de mudanças ou de aquisições associadas a determinadas posições. As tarefas normativas refletem o modo como se organizam e como ocorrem, no tempo, as transições do papel de adulto. Elas podem ser tanto de ordem pessoal, como por exemplo a revisão de vida, quanto sociais como a procura de novos papéis, os ajustes à perda de parcerias, a afiliação a grupos de pares, etc. A resolução “em dia” das tarefas normativas tem ligações com o bem estar subjetivo, pois resulta numa avaliação positiva de si, da própria vida e da própria competência para corresponder às expectativas sociais. Cabe ressaltar que são os outros que dão ao indivíduo indicações de estar ou não em dia com suas realizações, o que pode resultar na busca, sempre que possível, de relacionamentos que facilitem tais comparações.

Os relacionamentos sociais podem ser definidos como sendo interações freqüentes, dotadas de certa durabilidade no tempo e certo padrão, que abrangem sentimentos negativos e positivos, percepção de si e do outro, diferentes graus de envolvimento afetivo e intermináveis intercâmbios (DACEY e TRAVERS, 1991, apud ERBOLATO, 2002). Os intercâmbios ou suportes sociais podem assumir duas formas: instrumental ou psicológico/emocional. A primeira se refere ao sistema de suporte formal, representado por profissionais e instituições de apoio diversas, públicas ou privadas, que fornecem ajuda prática, bens e serviços. A segunda consiste em trocas afetivas e de informações, confidências, conselhos e etc, e ao modo como o indivíduo percebe os membros de sua rede social: o que pode esperar deles, as possibilidades de comunicação, de reafirmação da auto-imagem, de confirmação de valores, etc. Envolve pois mecanismos cognitivos, que são as expectativas de trocas (ANTONUCCI e JACKSON, 1989, apud ERBOLATO, 2002).

O “dar e receber” suportes é descrito como reciprocidade. Essas trocas ocorrem ao longo da vida e tem características que são determinadas pelos fatores temporal (duração) e contextual (conteúdo do suporte e função). As diferenças nos conteúdos dos suportes parecem estar ligadas ao grau de intimidade e à duração dos relacionamentos. Desta forma, a ajuda de um vizinho pouco íntimo pode exigir uma retribuição imediata ou em curto prazo, enquanto prover cuidados a um filho, ao longo dos anos, gera expectativa de retorno no futuro. Entretanto, o fato de que na velhice avançada receber ajuda de qualquer tipo possa ser mais freqüente não significa que o idoso não forneça também algum tipo de assistência. Como citado anteriormente, muitas vezes são os pais idosos que fornecem ajuda financeira a seus filhos adultos, ou os recebem de volta à casa quando ocorrem separações. Da mesma forma muitas vezes eles são responsáveis pelo cuidado dos netos enquanto os filhos trabalham.

Dentre todos os tipos de relacionamentos que um indivíduo pode desenvolver durante o curso de sua vida, a família sem dúvida apresenta um papel de extrema importância e ao mesmo tempo se caracteriza por ser uma organização social diferente de todas as outras. Além do mais, está sujeita a constantes influências pelo contexto sócio-cultural, que por sua vez podem gerar mudanças em sua conformação, valores e padrões de relação entre seus componentes.

Entretanto, uma característica importante dos papéis familiares é que apesar de serem acompanhados de direitos e deveres como qualquer outro, o não cumprimento de responsabilidades dificilmente significa exclusão do meio familiar, muito embora possa vir acompanhado de sanções sociais. Apesar dos conflitos que podem ser vividos no interior da família, a afeição entre seus membros e o senso de obrigação que permeia tais vínculos pode garantir ao indivíduo trocas continuadas de suportes instrumental e psicológico/emocional.

Alguns trabalhos de cunho histórico, como o de Thompson *et alii* (1991, apud Debert, 1999) mostram que ao longo dos últimos 150 anos houve poucas mudanças no quadro de relações familiares. As relações entre avós e netos são muito semelhantes e os filhos continuam sendo a principal fonte de apoio esperada. Kosberg (1992, apud Caldas, 2002) assinala que existem muitas explicações para o

cuidado familiar dos idosos, entre elas estão os imperativos culturais e os preceitos religiosos. Assim, ainda hoje a família é tida como a principal fonte de suporte e cuidados fornecidos aos seus membros mais velhos. Morar com os filhos adultos, em momentos de crise, ainda é a solução preferida numa extensão bem maior do que os dados estatísticos tendem a sugerir. Da mesma forma, o ideal de independência representado pela recusa dos pais idosos em morar com os filhos, quando gozam de boa saúde, vigora há mais tempo do que em geral se imagina.

Na velhice, a manutenção da autonomia e da independência está intimamente ligada à qualidade de vida, além de se constituir em excelente indicador de saúde, conforme já discutimos. Medeiros (2002) ressalta que os contextos aceitadores e respeitadores dos direitos de todos os cidadãos, e que, por isso, oferecem compensações e ajudas arquitetônicas, ergonômicas, estéticas e educacionais a cada um segundo a sua singularidade, têm maior capacidade para garantir a autonomia e a independência de seus membros, entre eles os idosos.

Saad (1999, apud Aquino e Cabral, 2002) comenta que nos países desenvolvidos as funções familiares foram gradativamente sendo substituídas pelo setor público, reduzindo o papel central da família como suporte básico dos idosos, o que não é o caso dos países menos desenvolvidos. No Brasil, as redes sociais de apoio informal representadas pela família, vizinhos e amigos representam as principais fontes de cuidado para cerca de 90% dos idosos que necessitam de algum tipo de apoio. O cuidado formal, definido como o conjunto de ações de ajuda e proteção prestadas por profissionais e pela rede de serviços de saúde, pública ou privada, ao idoso com problemas eventuais ou permanentes de saúde, embora constitucionalmente garantido como dever do Estado, ainda é bastante precário. Tal situação acaba fazendo com que recaia sobre as redes informais quase toda a responsabilidade pelo cuidado dos idosos, como já assinalado.

O fato de a família ainda ser o principal agente fornecedor de cuidados assume especial importância em conjunturas socioeconômicas mais deficitárias como a nossa, onde o idoso pode passar a ser visto como uma sobrecarga para a família, principalmente nos meios de mais baixa renda. Assim, existem idosos cujas famílias são muito pobres e não possuem condições para provê-los de cuidados adequados

ou aqueles cujos familiares precisam trabalhar em horário integral e não possuem disponibilidade para cuidar deles. Muitas vezes estas são questões que podem determinar a institucionalização de um idoso.

Caldas (2002) chama a atenção para outras razões pelas quais a família não deve ser vista como a única estrutura para o cuidado das pessoas idosas, citando a qualidade do relacionamento entre os parentes. Esta autora relata que muitos dos argumentos em favor da obrigação que os filhos têm de cuidar dos pais são baseadas na crença de que existe um bom relacionamento entre as gerações, mas que no entanto tal suposição pode ser facilmente desafiada pela existência de conflitos permanentes no interior da família. Debert (1999) também chama a atenção para o fato de que viver com os filhos não é garantia da presença de respeito, de cuidados adequados e muito menos da ausência de maus-tratos, citando que as denúncias de violência física contra idosos aparecem nos casos em que diferentes gerações convivem na mesma unidade doméstica.

Pelo que foi exposto até o momento, vemos que apesar de ainda se constituir na principal fonte de cuidado e amparo aos mais velhos, a família vem passando por modificações constantes ao longo do tempo, o que pode acabar determinando profundas alterações nessas relações de apoio. As mudanças decorrentes do processo de urbanização e da queda da fecundidade, que em última instância levaram à transformação das famílias extensas em famílias nucleares, determinaram entre outras coisas a diminuição do número de parentes disponíveis para cuidar dos idosos. Além disso, no Brasil de hoje talvez seja mais adequado falar em interdependência geracional, como sugere Camarano (2002), e não somente em dependência por parte do idoso em relação à família.

Cabe ressaltar a importância da ação governamental, não só no que concerne ao apoio e cuidado aos idosos que não possuem família, mas também aos familiares e cuidadores de idosos dependentes. Podemos constatar algumas iniciativas nesse sentido como o incentivo à criação e implementação de cursos de formação para cuidadores de idosos, instalação de centros e hospitais-dia onde são fornecidos cuidados a pacientes dependentes e ao mesmo tempo orientações a familiares de como prestar uma assistência adequada aos seus parentes. Entretanto essas ações

ainda são incipientes e isoladas, carecendo de uma maior articulação entre as diversas instâncias de poder governamental e destas com a sociedade civil, para que possamos realmente almejar alcançar um nível adequado de respeito e atenção para com aqueles que atingiram a velhice.

O cuidado a ser fornecido pela família vem imbuído de várias conotações e implicações na dependência do contexto em que se desenvolve. Desta forma, segundo Caldas (2002) um cuidado pode se apresentar de forma inadequada, ineficiente ou mesmo inexistente em situações nas quais os membros da família não estão dispostos, estão despreparados ou sobrecarregados por essa responsabilidade, podendo em tal contexto ser perpetrados abusos e maus-tratos. Essa relação entre cuidado, idoso e família merece portanto uma abordagem mais detalhada e a seguir analisaremos dentro do contexto sócio-histórico em que se desenvolveu a CPI do Idoso.

### 5.3.3 A Família e o Cuidado ao Idoso

Segundo as palavras de Leonardo Boff: “O que se opõe ao descuido e ao descaso é o cuidado. Cuidar é mais que um ato, é uma atitude. Portanto, abrange mais que um momento de atenção, de zelo e de desvelo. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro.” (*L.Boff, 1999:33*). Essa definição da “atitude de cuidar” representa como deve se desenvolver o cuidado a ser prestado aos idosos, principalmente àqueles que apresentam grandes perdas funcionais, sendo portanto altamente dependentes para realizar suas atividades básicas da vida diária, ou até mesmo para sobreviver. Essa atitude não se limita somente aos cuidados prestados pela família, mas deve estar presente na conduta dos profissionais responsáveis pela assistência desses indivíduos e também nos meios executivos onde são geradas as políticas de atenção social e à saúde.

Vimos no capítulo 2 que a Política Nacional do Idoso recomenda que o atendimento a essa parcela da população deve ser feito através de suas próprias famílias, em detrimento do atendimento asilar. No decorrer do texto vimos também as mudanças estruturais que ocorreram nas famílias ao longo dos últimos anos, e como a atual conjuntura econômica está repercutindo sobre ela. Apesar de todas essas modificações, a família continua sendo a principal fonte de cuidados e assistência à população idosa. Contudo, tornou-se imperativo a existência de uma rede de suporte formal para que essa família, hoje nuclear e passando por várias dificuldades de ordem econômica, possa prestar esse cuidado de forma adequada. Infelizmente podemos dizer essa rede de suporte ainda não existe em nosso país e que essa ausência de suporte aos familiares e cuidadores pode ser um dos determinantes do asilamento dos idosos.

A grande maioria dos idosos internados nos asilos visitados pelas equipes técnicas da CPI do Idoso raramente recebia visitas, seja de familiares ou de amigos. É verdade que muitos estavam ali justamente por não possuírem família, entretanto mesmo aqueles que a possuíam, não recebiam visitas. Este abandono pode ser evidenciado tanto nas reportagens de jornal que cobriram a CPI do Idoso quanto nos relatórios das equipes técnicas:

*“Durante a operação, a administração do abrigo ligou para as famílias dos idosos pedindo que os internos fossem retirados no prazo máximo de uma hora, caso contrário seriam removidos para um abrigo da prefeitura. Poucos compareceram. E quem foi ver de perto, deixou que as equipes da prefeitura e do estado assumissem a responsabilidade.”* (O GLOBO, 14/02/01 – CPI do Idoso, Anexo 4)

*“(...) as assistentes sociais realizam um trabalho direcionado à família, tentando entrar em contato com os familiares dos idosos que não aparecem no Abrigo para visitá-los.(...) Relatou ainda que grande parte dos internos não possui família, e mesmo os que possuem não recebem visitas com frequência.”* (CPI do Idoso, Anexo 2: 46)

*“A interna Vânia Ferreira, de 76 anos, confirmou o abandono: “Aqui não tenho atenção, queria que minha família viesse me buscar”, lamentou.”* (JORNAL DO BRASIL, 13/02/01– CPI do Idoso, Anexo 4)

*“(...) Houve, ainda, uma tentativa de devolver o segundo idoso abandonado, um ex-policia militar, à família, mas nenhum dos*

*parentes quis aceitá-lo.” (O GLOBO, 20/02/01 - CPI do Idoso, Anexo 4)*

Em alguns momentos durante o desenrolar da CPI do Idoso a questão da responsabilidade da família pelo idoso chegou a ser abordada pelas autoridades. Entretanto, seguindo a linha da responsabilização sem questionamento da causa, o assunto foi abordado apenas do ponto de vista da responsabilidade civil e até mesmo criminal:

*“O chefe da Polícia Civil, delegado Álvaro Lins, afirmou ontem que os familiares de idosos encontrados nos asilos interditados serão indiciados. Segundo o delegado (...), os parentes responderão por crime de abandono e danos materiais, já que alguns usam os benefícios previdenciários sem autorização das vítimas.” (O DIA, 14/03/01– CPI do Idoso, Anexo 4)*

Longe de querer eximir a família de suas responsabilidades formais e legais, pois como já vimos, está definido na Constituição Federal que a família e os filhos passam a ser responsáveis por parentes idosos que não sejam mais capazes de prover o próprio sustento, considero que devemos analisar a questão com maior detalhamento antes de efetuar qualquer julgamento.

Em um país de marcantes desigualdades sociais como o Brasil olhar o envelhecimento populacional como um processo homogêneo constitui um grave erro. As dificuldades econômicas vividas por grande parte da população pode acabar determinando ou intensificando um processo de fragilização da saúde do indivíduo, principalmente dos idosos. Associado a isto vemos aumentar a incidência e a prevalência de doenças crônico-degenerativas, como as demências, que podem determinar grandes perdas funcionais e gerar dependência. O impacto destas afecções sobre a dinâmica familiar e, principalmente, sobre o cuidador principal<sup>21</sup> de um idoso que desenvolve um processo demencial pode ser devastador.

O estudo desenvolvido por Caldas (2002) com cuidadores de pacientes portadores de demência, teve por objetivo compreender o significado de cuidar nessa situação, com toda sua carga emocional, física, material e social. A autora concluiu que é

---

<sup>21</sup> O cuidador principal é aquele que tem a total ou a maior responsabilidade pelos cuidados prestados ao idoso. Os cuidadores secundários são os familiares, voluntários e profissionais, que realizam atividades complementares.

fundamental para a atenção ao idoso que seus familiares sejam vistos nas suas singularidades, e a partir daí, suas necessidades detectadas e atendidas. Ou seja, para fornecer um cuidado adequado ao idoso dependente, a família também precisa ser cuidada. Não basta apenas fornecer orientações e prescrições sobre como cuidar do paciente, é preciso que os profissionais de saúde estejam atentos para as demandas dos familiares e que os estimulem a participar das decisões sobre os rumos da assistência ao idoso. “O que os cuidadores revelam é que, mais do que compreensão, precisam de apoio estratégico e institucional, pois suas necessidades não são apenas de ordem emocional. São necessidades objetivas e subjetivas, como a de poder contar com estruturas confiáveis para acompanhar o seu familiar idoso e atender a eles próprios, que se esgotam e precisam de atenção. A solução seria a existência de estruturas sociais e institucionais para apoiar o cuidado ao seu familiar idoso.” (CALDAS, 2002:70).

Atualmente essas estruturas restringem-se a alguns serviços ligados à Universidades e a grupos voluntários e associações, onde os cuidadores promovem encontros com o objetivo de ajuda mútua. Como demonstrado anteriormente, no Estado do Rio de Janeiro não existe ainda uma rede de atenção à saúde do idoso capaz de dar conta das demandas dos idosos e seus familiares. Uma vez que essa rede não existe sobra espaço para o crescimento de uma forma institucionalizada de assistência, que além de não oferecer uma resposta adequada a todas as necessidades de atenção que o idoso apresenta, mostra-se também como um meio de exclusão do convívio social e familiar, que é o asilamento.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

No decorrer do trabalho vimos como as mudanças demográficas e epidemiológicas atuaram modificando o perfil populacional brasileiro. Como consequência temos hoje uma população idosa em constante expansão, o que vem provocando a necessidade de revisão de antigas políticas públicas de atenção social e à saúde, bem como a formulação de novas políticas, levando-se em conta as especificidades e demandas deste contingente populacional.

Podemos dizer que em matéria de quantidade de leis que garantam direitos aos idosos e também levando-se em conta o seu conteúdo, o Brasil está relativamente bem guarnecido. Não faltam leis que garantam transporte gratuito, acesso a teatros, estádios e museus públicos, prioridade no atendimento nos serviços públicos, bancos, supermercados, etc. A partir da Constituição Federal de 1988 também ficou estabelecido que nenhum benefício social ou aposentadoria teria valor inferior a um salário mínimo. Não que este montante seja o suficiente para garantir o suprimento de todas as necessidades do idoso, mas em um contexto de crise econômica, muitas vezes ele é o responsável pela sobrevivência não apenas do idoso, mas de toda sua família. Da mesma forma foi estabelecida a responsabilidade não apenas da família, mas do Estado e da sociedade como um todo, pelo bem estar da pessoa idosa. Entretanto sabemos que existe uma grande distância entre o que está preconizado na lei e o seu efetivo cumprimento. Para isso basta prestar um pouco mais de atenção ao que acontece diariamente nas ruas da cidade, onde os ônibus não param para os idosos, as calçadas não contam com rampas de acesso e/ou estão cheias de desníveis e buracos, as grandes filas existentes nos postos de saúde ou de atendimento da Previdência Social.

A promulgação da Política Nacional do Idoso pode ser considerada um grande avanço em termos de políticas públicas. Ali são definidas diretrizes importantes para a garantia dos direitos de cidadania dos idosos. A questão é mais uma vez fazer valer na prática o que está disposto no papel. No que concerne à saúde, a Política Nacional de Saúde do Idoso, lançada pelo Ministério da Saúde em 1999, contempla

em suas diretrizes o princípio da integralidade, ao menos nos seus sentidos definidos por Mattos (2001). Preconiza o atendimento a todas as necessidades do idoso, sejam elas físicas, emocionais ou sociais, privilegiando ações de prevenção e promoção de saúde. Da mesma forma, estabelece a reabilitação da capacidade funcional como uma das maneiras de manter o idoso independente e inserido em seu meio social. Estabelece a necessidade de se privilegiar a formação de profissionais especializados nos campos da Geriatria e Gerontologia e incentiva o desenvolvimento de pesquisas nessas áreas. Percebendo a família como um lócus primordial para o fornecimento de cuidados a idosos dependentes também determina o treinamento de familiares e cuidadores informais de idosos dependentes para que os mesmos possam ser adequadamente tratados em seus domicílios, não se esquecendo de destacar a importância de prestar assistência também a esses cuidadores.

Contudo, o atendimento asilar, que é o foco central deste estudo, é pouco abordado em ambas as Políticas. Na Política Nacional do Idoso é determinado que o atendimento à pessoa idosa deve ser realizado prioritariamente pela família, em detrimento do atendimento asilar, ficando este reservado para aqueles idosos que não possuam família ou que a mesma não tenha condições materiais para prover seu cuidado. Além disso, determina em seu parágrafo único que é vedada a permanência de idosos portadores de doenças que necessitem de assistência médica ou de enfermagem permanente em instituições asilares de caráter social. Esta Política determina ainda que no âmbito da saúde sejam adotadas e aplicadas normas de funcionamento às instituições geriátricas e similares, com fiscalização pelos gestores do SUS.

Na Política Nacional de Saúde do Idoso este tema é abordado apenas quando são definidas as responsabilidades dos gestores federal, estadual e municipal. Desta forma, caberia ao gestor federal a função de promover a revisão e o aprimoramento das normas de funcionamento de instituições geriátricas e similares (Portaria nº 810/89) e aos gestores estaduais o acompanhamento à cerca do cumprimento dessas normas, bem como de serviços hospitalares geriátricos. O gestor municipal por sua vez teria a função de aplicar, acompanhar e avaliar o cumprimento das

normas de funcionamento tanto das instituições geriátricas quanto dos serviços geriátricos da rede local.

Cabe ressaltar que até hoje não foi publicada nenhuma nova determinação do Ministério da Saúde no que tange ao funcionamento deste tipo de instituição. Em 2001 foi a Secretaria de Estado de Ação Social, ligada ao Ministério da Assistência e Previdência Social que publicou novas normas de funcionamento de serviços de atenção ao idoso, contemplando entre outras modalidades de assistência, o que denominou de atendimento integral institucional, como discutido anteriormente. Dividido em três modalidades assistenciais diferentes, de acordo com a clientela a ser atendida, este tipo de atendimento tem como objetivo *“garantir aos idosos em estado de vulnerabilidade serviços de atenção biopsicossocial, em regime integral, de acordo com as suas necessidades, priorizando sempre que possível, o vínculo familiar e a integração comunitária”*.

Apesar das leis, portarias, normas e responsabilidades constitucionais existentes, o que a realidade nos mostra é uma quase total inoperância do sistema quanto à aplicação de todas essas prerrogativas legais. Isso ficou evidente com a CPI do Idoso que mostrou a crua e porque não dizer, cruel, realidade da assistência asilar no estado do Rio de Janeiro. O grande número de instituições clandestinas denunciadas e vistoriadas deixou claro, no mínimo, a falta de respeito das autoridades e também da sociedade para com os idosos. Insistindo em fingir não saber do problema, e fechando os olhos para sua existência ambos se eximem da responsabilidade de apresentar soluções. Digo isso pois não é a primeira vez que vem à tona, e na forma de escândalo, a maneira como são tratados os idosos em instituições asilares. Em 1996, a Clínica Santa Genoveva já havia mostrado as mazelas desta forma institucionalizada de atenção ao idoso, tendo provocado à época uma grande mobilização nacional, e levantado, mesmo que de forma superficial, questionamentos sobre quem é o responsável por fiscalizar e normatizar este tipo de atendimento. Passado o “choque” inicial, o assunto caiu no esquecimento e nada mais foi falado até o aparecimento de um novo escândalo, que em 2001 resultou na CPI do Idoso.

A institucionalização de idosos é um fato inquestionável e não devemos ser ingênuos a ponto de pensar que algum dia este tipo de atenção irá desaparecer. Ao longo da maior parte do século XX esta foi praticamente a única forma institucionalizada de atenção fornecida ao idoso. Cresceu e se estabeleceu de maneira silenciosa, à margem da sociedade e das políticas públicas de saúde, isolada e excluída, do mesmo modo que os idosos que eram o alvo desse tipo de assistência. Somente nos últimos anos daquele século é que este contingente populacional se tornou visível aos olhos dos governantes e daí surgiram, muito por causa das pressões demográficas e dos movimentos sociais, políticas de atenção à saúde e aos direitos dos idosos.

Nem mesmo as instituições públicas que prestam este tipo de assistência podem ser consideradas de bom padrão, ou o que é pior, nem mesmo elas obedecem às normas vigentes. No estudo desenvolvido por Duarte (1991), em quatro instituições asilares de caráter público na cidade do Rio de Janeiro a atenção prestada aos idosos foi classificada como ruim em duas instituições, de ruim a razoável em outra e como péssima em outra. A autora identificou que as ações específicas de saúde eram desenvolvidas por uma força de trabalho desmotivada por um clima gerencial desfavorável. Apesar de contarem com a atuação de todas as categorias profissionais exigidas pelas normas do Ministério da Saúde, sua distribuição era inadequada, a divisão do trabalho desigual e o cumprimento da carga horária freqüentemente negligenciado. Os profissionais de todas as categorias, em geral, não identificavam e nem se consideravam responsáveis pela baixa resolutividade dos serviços. A admissão desses funcionários, em geral, era por concurso público ou por indicação, porém não havia programas de capacitação e treinamento específicos para assistência geriátrica e gerontológica.

Passados dez anos desde que Duarte (1991) desenvolveu sua pesquisa, as equipes técnicas da CPI do Idoso encontraram uma situação muito semelhante em uma dessas instituições públicas, que é o Centro de Promoção Social Abrigo do Cristo Redentor:

*“A instituição abriga 416 pessoas, mas há vagas para 430. A Casa divide-se em 08 pavilhões (...) A Instituição apresenta um reduzido número de profissionais de enfermagem; (...) Na Unidade de*

*Alimentação e Nutrição há vários problemas quanto aos equipamentos e à área física. O telhado que cobre a cozinha apresenta falhas que permitem a entrada de pombos. As telas das janelas da cozinha estão danificadas, as câmaras frigoríficas estão com problemas sérios por falta de manutenção e há equipamentos precisando de conserto. Segundo a responsável técnica há muitos animais roedores no local, inclusive estes entram na despensa. Foram observados pombos, gatos e cachorros espalhados pelos quartos dos internos e circulando pela parte externa dos pavilhões.(...) Os pavilhões que não passaram por obras funcionam precariamente. Alguns com aspecto de sujo, com mal cheiro, principalmente aqueles onde há acamados”. (CPI do Idoso, Anexo 2: 141-142)*

Outro fato importante que ocorreu durante a CPI do Idoso foi o não fechamento de instituições sem a mínima condição de funcionamento simplesmente por não existirem vagas em instituições públicas para onde os idosos pudessem ser transferidos, conforme descrito na reportagem:

*“(...) integrantes da CPI do Idoso, fizeram uma blitz, ontem pela manhã, na Casa de Repouso Recanto das Capoeiras, em Campo Grande. Eles constataram uma série de irregularidades, como superlotação, maus-tratos, falta de acompanhamento médico e utilização de remédios vencidos. (...) O presidente da Assembléia Legislativa, Sérgio Cabral Filho, que preside a CPI, disse que o abrigo só não foi fechado pela Vigilância Sanitária porque não havia para onde transferir os internos”. (O DIA, 06/04/01– CPI do Idoso, Anexo 4)*

Fica portanto evidente o cinismo das autoridades, nos diversos níveis de gestão, e também da sociedade, que aparentemente se choca com este tipo de situação mas que, no entanto, continua institucionalizando as pessoas idosas que não tem condições de garantir a própria sobrevivência em instituições que comprovadamente não tem condições de oferecer um atendimento adequado aos internos. Podemos concluir então que a cultura ocidental hoje, assim como ontem, porém ainda mais acentuadamente, rejeita o que é considerado velho. A mídia prega quase o tempo todo a necessidade de ser jovem e belo, juventude e vigor como sinônimos de saúde. Um belo corpo, um rosto sem rugas, agilidade, tudo isto é necessário para que alguém possa ser inserido no rol de “pessoas normais”.

Também não dá para fugir da realidade crua do capitalismo, onde tudo está baseado no lucro, e aí o “material” humano interessa apenas enquanto é capaz de produzir,

ou consumir. Velhos aposentados, pobres e doentes não interessam a ninguém, ao contrário, incomodam e, portanto, o melhor talvez seja escondê-los ou negar sua existência. Como se faz isso? É fácil, basta colocar estes velhos em asilos e os esquecer lá. Para as autoridades “competentes”, mas pouco comprometidas com o bem estar dos indivíduos, não poderia existir solução melhor, pois na grande maioria das vezes estes asilos são clandestinos, ou seja, se oficialmente não existem não é preciso ter nenhuma preocupação com eles, e muito menos tomar alguma providência para acabar com esta situação que, como vimos, em alguns casos chega a ser calamitosa. Isso vem demonstrar que em nossa sociedade de informação e consumo não existe um lugar para quem já está velho, incapaz de produzir ou consumir bens e que, ao contrário, necessita de cuidados para sobreviver.

Ao mesmo tempo mostra-se mais uma das incoerências existentes neste país, onde políticas públicas são elaboradas contemplando amplamente o princípio da integralidade na atenção à saúde, enquanto no cotidiano das instituições as práticas assistenciais mostram que em quase nenhum momento as necessidades do usuário, as normas vigentes ou até mesmo o bom desempenho profissional, são levados em conta. Como foi demonstrado no capítulo 5, na Dimensão Assistencial-Terapêutica, em raras instituições era fornecida uma assistência integral e interdisciplinar às necessidades de saúde do idoso, muito menos havia um programa de reabilitação da capacidade funcional comprometida, isso para não falar nas atividades de lazer e integração social.

Da mesma forma, não se observou na prática a diferenciação entre instituição asilar de caráter social e instituições que se propõem ao atendimento de pacientes portadores de doenças que demandem atenção médica e de enfermagem permanentes, ou seja, clínicas e hospitais geriátricos conforme definido pela Portaria 810/89. O que se viu foi uma profusão de idosos dependentes, algumas vezes realmente em estado grave de saúde, e que necessitavam de, pelo menos, atenção de enfermagem em tempo integral.

Ao abordar a questão do envelhecimento e da velhice da Dimensão Relacional, outras contradições entre atitudes e discursos da sociedade puderam ser

evidenciadas. Assim, ao mesmo tempo em que as pessoas de faixas etárias mais jovens, até 45 anos, vêem a velhice como um tempo de perdas e limitações, elas guardam expectativas positivas em relação ao próprio envelhecimento. As pessoas idosas por outro lado, apesar das limitações que podem ser provocadas pelo processo de envelhecimento e pelas doenças crônico-degenerativas, não encaram sua situação como inteiramente ruim. Mais do que o estado de saúde, o que importa para essas pessoas é a existência de recursos que os permitam enfrentar as dificuldades. Entre esses recursos, os principais são o apoio de familiares e amigos e o suporte financeiro.

A rede de suporte informal é a principal fornecedora de cuidados aos idosos em nosso país. Como vimos, esta rede é formada por familiares, vizinhos e pessoas que prestam trabalho voluntário. Dentre esses, sem dúvida nenhuma o principal papel é desempenhado pela família. Entretanto esta vem sofrendo várias mudanças devido ao processo de urbanização, à queda da fecundidade e às sucessivas crises econômicas que vem assolando o país nas últimas décadas. Hoje é amplamente reconhecido que para fornecer um cuidado adequado esta família precisa ser orientada, e mais que isso, o cuidador principal também necessita de assistência e suporte, tanto físico quanto emocional. Além disso, é imprescindível que existam serviços de assistência integral à saúde do idoso, onde este possa ser acompanhado e tratado, e onde a família possa receber orientações e suporte. Sem isso, podemos afirmar que a demanda por assistência asilar continuará a aumentar e, conseqüentemente, instituições clandestinas continuarão a surgir.

Como demonstramos no Capítulo 3, esse tipo de assistência ainda não está estabelecido de forma ampla e efetiva no estado do Rio de Janeiro. São poucas as instituições que fornecem serviços de atenção integral à saúde do idoso, inclusive com abordagem e tratamento específicos para pacientes portadores de doenças neurodegenerativas, como as demências. Atualmente, somente a Universidade Federal do Rio de Janeiro, Universidade Federal Fluminense e Universidade do Estado do Rio de Janeiro, fornecem este tipo específico de serviço. Formas de assistência alternativas ao asilamento ou à internação prolongada, como o

atendimento domiciliar, conforme preconizado pela Política Nacional de Saúde do Idoso também são escassas em todo o estado.

Não resta nenhuma dúvida de que a integralidade na assistência à saúde do idoso, seja em uma instituição asilar ou em um serviço público ou privado de saúde, se constitui em uma alternativa importante para tentarmos acabar com a exclusão social do idoso, pelo menos em um de seus vários aspectos. Contudo, é possível constatar que a maneira como é fornecida de um modo geral essa assistência no estado do Rio de Janeiro e, principalmente, nas instituições asilares, é de não integralidade.

Para que uma mudança no presente estado das coisas pudesse ser efetuada seria preciso em primeiro lugar que as autoridades estaduais e municipais entendessem a questão do fornecimento de um atendimento integral institucional de boa qualidade como um direito de cidadania dos idosos. Em segundo, que realmente fosse estabelecida uma Política Estadual de Saúde do Idoso, onde os vários aspectos (físicos, emocionais e sociais) da assistência a essa clientela pudessem ser contemplados, onde a articulação intersetorial com as demais Secretarias realmente fosse efetuada, em que os órgãos fiscalizadores realizassem vistorias freqüentes e rigorosas às instituições asilares, com vistas a se manter uma boa qualidade de atendimento. Não podemos esquecer uma questão fundamental que é a formação e capacitação de recursos humanos, tanto a nível profissional com cursos de especialização em Gerontologia e Geriatria, quanto a nível informal, com a criação de cursos para formação de cuidadores de idosos.

Por sua vez, a sociedade como um todo, tanto a civil quanto a política, precisa realmente entender que a questão do envelhecimento diz respeito a todos e não apenas àqueles que são velhos hoje. Apesar disso ser dito no texto da Política Nacional do Idoso que *“o processo de envelhecimento diz respeito à sociedade em geral, devendo ser objeto de conhecimento e informação para todos”*, não podemos dizer que a questão venha sendo abordada com a devida importância, haja vista a baixa reprodução, nas práticas assistenciais vigentes, das diretrizes preconizadas pela PNI e pela Política Nacional de Saúde do Idoso.

Para encerrar, cito novamente Simone de Beauvoir:

*“Paremos de trapacear, o sentido de nossa vida está em questão no futuro que nos espera; não sabemos quem somos se ignorarmos quem seremos: aquele velho, aquela velha, reconheçamo-nos neles. Isso é necessário se quisermos assumir em sua totalidade nossa condição humana. Para começar, não aceitaremos mais com indiferença a infelicidade da idade avançada, mas sentiremos que é algo que nos diz respeito. Somos nós os interessados.” (BEAUVOIR, 1990:12)*

## REFERÊNCIAS

- ALERJ, Lei Nº 3869, de 24 de junho de 2002 – Cria o Programa Integrado de Atendimento Domiciliar para Idosos. Assembléia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro.
- ALERJ, Lei Nº 3875, de 24 de junho de 2002 – Regula o Funcionamento das Instituições Asilares de Caráter Social no Estado e dá outras providências. Assembléia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro.
- ALERJ, Lei Nº 3876, de 24 de junho de 2002 – Cria o Programa República, de atendimento a idosos no Estado do Rio de Janeiro e dá outras providências. Assembléia Legislativa do Estado do Rio de Janeiro.
- AQUINO, F.T.M; CABRAL, B.E.S. O Idoso e a Família. In: FREITAS, E.V; PY, L; NERI, A L; CANÇADO, F.A.X; GORZONI, M.L; ROCHA, S.M (eds). *Tratado de Geriatria e Gerontologia*, 1ª edição, ed. Guanabara-Koogan, 2002. p. 1056 – 1060.
- BEAUVOIR, S.; *A Velhice*. Rio de Janeiro, Ed. Nova Fronteira, 1990. 711 p.
- BERGER, L; Contexto dos Cuidados em Gerontologia. In: BERGER, L; MAILLOUX-POIRIER, D. *Pessoas Idosas: Uma Abordagem Global*. Ed. LUSODIDACTA, 1995. p. 1 – 9.
- BERGER, L; Cuidados de Enfermagem em Gerontologia. In: BERGER, L; MAILLOUX-POIRIER, D. *Pessoas Idosas: Uma Abordagem Global*. Ed. LUSODIDACTA, 1995. p. 11 – 20.
- BERGER, L; Relação de Ajuda em Gerontologia. In: BERGER, L; MAILLOUX-POIRIER, D. *Pessoas Idosas: Uma Abordagem Global*. Ed. LUSODIDACTA, 1995. p. 21 – 62.
- BERQUÓ, E.; Considerações sobre o envelhecimento da população no Brasil. In: NERI, A.L. e DEBERT, G. (orgs) *Velhice e Sociedade*. Campinas, SP, Ed. Papyrus, 1999. p. 11 - 40
- BOFF, L. Saber Cuidar: Ética do humano – compaixão pela terra. Petrópolis, RJ: Vozes, 1999. 8ª ed. 199 p.
- BORN, T; BOECHAT, N.S; A Qualidade dos Cuidados ao Idoso Institucionalizado. In: FREITAS, E.V; PY, L; NERI, A L; CANÇADO, F.A.X; GORZONI, M.L; ROCHA, S.M (eds). *Tratado de Geriatria e Gerontologia*, 1ª edição, ed. Guanabara-Koogan, 2002. p.768 – 777.
- BRASIL / IBGE – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: Acesso e Utilização de Serviços de Saúde. Rio de Janeiro, IBGE, 2002. 96 p.
- BRASIL, Decreto nº 1.948, de 3 de julho de 1996: *Regulamenta a Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, e dá outras providências.*

BRASIL, Lei Nº 6.179 de 11 de dezembro de 1974 do Ministério da Previdência e Assistência Social – dispõe sobre a *Renda Mensal Vitalícia*.

BRASIL, Lei Nº 8.080 de 19 de dezembro de 1990. *Regulamenta o Sistema Único de Saúde*.

BRASIL, Lei Nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. *Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências*.

BRASIL, Lei Nº 8.742/93, *Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS*, 1993.

BRASIL, Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994: *Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências* - POLÍTICA NACIONAL DO IDOSO.

BRASIL, Portaria GM/MS nº 1.395, de 10 de dezembro de 1999: POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE DO IDOSO.

BRASIL, Portaria MS/GM nº 810, de 22 de setembro de 1989: NORMAS PARA O FUNCIONAMENTO DE CASAS DE REPOUSO, CLÍNICAS GERIÁTRICAS E OUTRAS INSTITUIÇÕES DESTINADAS AO ATENDIMENTO DE IDOSOS.

BRASIL, Portaria SEAS/MPAS nº 073, de 10 de maio de 2001: NORMAS DE FUNCIONAMENTO DE SERVIÇOS DE ATENÇÃO AO IDOSO NO BRASIL.

CALDAS, C.P. O idoso em Processo de Demência: o impacto na família. In: MINAYO, M.C.S. e COIMBRA Jr, C.E. (orgs.) *Antropologia, Saúde e Envelhecimento*. Rio de Janeiro, Editora FIOCRUZ, 2002. p.51 – 72.

CAMARANO, A A; Envelhecimento da População Brasileira: Uma Contribuição Demográfica. In: FREITAS, E.V; PY, L; NERI, A L; CANÇADO, F.A.X; GORZONI, M.L; ROCHA, S.M (eds). *Tratado de Geriatria e Gerontologia*, 1ª edição, ed. Guanabara-Koogan, 2002. p. 58 – 71.

CAMARANO, A. A.; *Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica*. IPEA, Texto para discussão nº 858, Rio de Janeiro, 2002.

CHAIMOWICZ, F.; *A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas*. Revista de Saúde Pública. São Paulo, USP, 31(2): 184-200, 1997.

CHAIMOWICZ, F.; *Dinâmica da institucionalização de idosos em Belo Horizonte, Brasil*. . Revista de Saúde Pública. São Paulo, USP, 33(5):454-464, 1999

CONSTITUIÇÃO FEDERAL BRASILEIRA, 1988.

COSTA, N.E; MENDONÇA, J.M; ABIGALIL, A. Políticas de Assistência ao Idoso: A Construção da Política Nacional de Atenção à Pessoa Idosa no Brasil. In: FREITAS, E.V; PY, L; NERI, A L; CANÇADO, F.A.X; GORZONI, M.L; ROCHA, S.M (eds). *Tratado de Geriatria e Gerontologia*, 1ª edição, ed. Guanabara-Koogan, 2002. p. 1077 – 1082.

DAGNINO, E.; Os movimentos sociais e a emergência de uma nova cidadania. . In: DAGNINO, E. (org.) *Os anos 90: política e sociedade no Brasil*. São Paulo, Ed. Brasiliense, 1994. p.103 - 115

DEBERT, G.G. A Construção e a Reconstrução da Velhice: Família, Classe Social e Etnicidade. In: NERI, A.L. e DEBERT, G. (orgs) *Velhice e Sociedade*. Campinas, SP, Ed. Papirus, 1999. p.41 – 68

DIOGO, M.J. Modalidades de Assistência ao Idoso e à Família: Impacto sobre a Qualidade de vida. In: FREITAS, E.V; PY, L; NERI, A L; CANÇADO, F.A.X; GORZONI, M.L; ROCHA, S.M (eds). *Tratado de Geriatria e Gerontologia*, 1ª edição, Ed. Guanabara-Koogan, 2002. p. 1065 – 1069.

DUARTE, M.J.R.S. Internação institucional do idoso: assistência à saúde em geriatria no setor público. Tese de Doutorado. Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 1991. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 1991.

ELIAS, N. , Scotson, J. L.; *Os Estabelecidos e os Outsiders: sociologia das relações de poder a partir de uma pequena comunidade*. Rio de Janeiro, Jorge Zahar Ed., 2000. 224 p.

ERBOLATO, R.M.P.L. Relações Sociais na Velhice. In: FREITAS, E.V; PY, L; NERI, A L; CANÇADO, F.A.X; GORZONI, M.L; ROCHA, S.M (eds). *Tratado de Geriatria e Gerontologia*, 1ª edição, Ed. Guanabara-Koogan, 2002. p. 957 – 964.

FERNANDES, F.S. A Velhice e a Justiça. In: FREITAS, E.V; PY, L; NERI, A L; CANÇADO, F.A.X; GORZONI, M.L; ROCHA, S.M (eds). *Tratado de Geriatria e Gerontologia*, 1ª edição, Ed. Guanabara-Koogan, 2002. p. 1069 – 1076.

GARRIDO, R; MENEZES, P.R. O Brasil está envelhecendo: boas e más notícias por uma perspectiva epidemiológica. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24(Supl. I):3-6, 2002.

GROISMAN, D. *A INFÂNCIA DO ASILO: a institucionalização da velhice no Rio de Janeiro na virada do século*. Dissertação de Mestrado, IMS/UERJ, 1999. 124 p.

GROISMAN, D. Instituição médica e velhice: o caso da Clínica Santa Genoveva. *Série Estudos em Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.1, nº157, set.1997.

GUERRA, H.L; BARRETO, S.M; UCHÔA, E; FIRMO, J.O.A; LIMA E COSTA, M.F.F. A morte de idosos na Clínica Santa Genoveva, Rio de Janeiro: um excesso de mortalidade que o sistema público de saúde poderia ter evitado. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 16(2):545-551, abr-jun,2000.

HERRERA Jr. E, CARAMELLI, P., NITRINI, R. Estudo epidemiológico populacional de demência na cidade de Catanduva, estado de São Paulo, Brasil. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 1998; 25: 70 - 73.

IBGE. Censo Demográfico 2000: Resultados do Universo. <http://www.ibge.gov.br>.

JACKSON, S.A. The Epidemiology of Aging. In: HAZZARD, W.R; BLASS, J.P; ETTINGER, Jr, W.H; HALTER, J.B; OUSLANDER, J.G (eds) *Principles of Geriatric Medicine and Gerontology*. 4th ed. International Edition. McGRAW-HILL, 1999. p.203 – 226.

JECKEL-NETO, E.A; CUNHA, G.L. Teorias Biológicas do Envelhecimento. In: FREITAS, E.V; PY, L; NERI, A L; CANÇADO, F.A.X; GORZONI, M.L; ROCHA, S.M (eds). *Tratado de Geriatria e Gerontologia*, 1ª edição, Ed. Guanabara-Koogan, 2002. p.13 – 19.

KALACHE, A; VERAS, R.P.; RAMOS, L.R.; *O envelhecimento da população mundial: um desafio novo*. Revista de Saúde Pública. São Paulo, USP, 21(3): 200-10, junho, 1987.

KLEIN, C.H; BLOCH,K.V. Estudos Seccionais. In: MEDRONHO, R.A. *et. al. Epidemiologia*. Ed Atheneu, 2002. p. 125 – 150.

LEMONS, n; MEDEIROS, S.L; Suporte Social ao Idoso Dependente. In: FREITAS, E.V; PY, L; NERI, A L; CANÇADO, F.A.X; GORZONI, M.L; ROCHA, S.M (eds). *Tratado de Geriatria e Gerontologia*, 1ª edição, Ed. Guanabara-Koogan, 2002. p.892 – 897.

LUZ, M.T. Instituições Médicas: uma estratégia de hegemonia. Rio de Janeiro: Graal, 1986.

MACHADO, J.C.B; Doença de Alzheimer. In: FREITAS, E.V; PY, L; NERI, A L; CANÇADO, F.A.X; GORZONI, M.L; ROCHA, S.M (eds). *Tratado de Geriatria e Gerontologia*, 1ª edição, Ed. Guanabara-Koogan, 2002. p.133 – 147.

MACHADO, L; QUEIROZ, Z.V; Negligência e Maus-tratos. In: FREITAS, E.V; PY, L; NERI, A L; CANÇADO, F.A.X; GORZONI, M.L; ROCHA, S.M (eds). *Tratado de Geriatria e Gerontologia*, 1ª edição, Ed. Guanabara-Koogan, 2002. p.791 – 797.

MAIA, C.A. Treinamento de Cuidadores de Idosos - SMS Rio de Janeiro (RJ). In: *Experiências Inovadoras no SUS: Relatos de Experiências / Novas tecnologias Assistenciais / Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde / Secretaria de Assistência à Saúde*. Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde. Projeto REFORSUS – Brasília: Ministério da Saúde, 2002. p. 85 – 90.

MARTINS DE SÁ, J.L. Gerontologia e Interdisciplinaridade: Fundamentos Epistemológicos. In: NERI, A.L. e DEBERT, G. (orgs) *Velhice e Sociedade*. Campinas, SP, Ed. Papirus, 1999. p.223 – 232

MATTOS, R. A, Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO,R. e MATTOS, R.A. *Os Sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro : UERJ, IMS: ABRASCO, 2001. p. 39 - 64

MILLER, R.A. Biology of Aging and Longevity. In: HAZZARD, W.R; BLASS, J.P; ETTINGER,Jr, W.H; HALTER, J.B; OUSLANDER, J.G (eds) *Principles of Geriatric Medicine and Gerontology*. 4th ed. International Edition. McGRAW-HILL, 1999. p. 3 - 20.

MONTEIRO,, D.M.R. Afetividade, Intimidade e Sexualidade no Envelhecimento. In: FREITAS, E.V; PY, L; NERI, A L; CANÇADO, F.A.X; GORZONI, M.L; ROCHA, S.M (eds). *Tratado de Geriatria e Gerontologia*, 1ª edição, Ed. Guanabara-Koogan, 2002. p.943 – 949.

MORENO, A.B; VERAS, R.P. O Idoso e as Instituições Asilares no Município do Rio de Janeiro. *Revista de Gerontologia*, v.7(4): 167-177, 1999.

NASCENTES, A.: Dicionário da língua portuguesa. Academia Brasileira de Letras, 1961-1967.

NERI, A L; CACHIONI, M; RESENDE, M.C. Atitudes em Relação à Velhice. In: FREITAS, E.V; PY, L; NERI, A L; CANÇADO, F.A.X; GORZONI, M.L; ROCHA, S.M (eds). *Tratado de Geriatria e Gerontologia*, 1ª edição, Ed. Guanabara-Koogan, 2002. p.972 – 980.

NERI, A L; LUCENA E CARVALHO, V.A.M. O Bem-Estar do Cuidador: Aspectos Psicossociais. In: FREITAS, E.V; PY, L; NERI, A L; CANÇADO, F.A.X; GORZONI, M.L; ROCHA, S.M (eds). *Tratado de Geriatria e Gerontologia*, 1ª edição, Ed. Guanabara-Koogan, 2002. p.778 – 790.

NERI, A.L; Teorias Psicológicas do Envelhecimento. In: FREITAS, E.V; PY, L; NERI, A L; CANÇADO, F.A.X; GORZONI, M.L; ROCHA, S.M (eds). *Tratado de Geriatria e Gerontologia*, 1ª edição, Ed. Guanabara-Koogan, 2002. p. 32 – 46.

PAPALÉO NETTO, M. O Estudo da Velhice no Século XX: Histórico, Definição do Campo e Termos Básicos. In: FREITAS, E.V; PY, L; NERI, A L; CANÇADO, F.A.X; GORZONI, M.L; ROCHA, S.M (eds). *Tratado de Geriatria e Gerontologia*, 1ª edição, Ed. Guanabara-Koogan, 2002. p. 2 –12.

PINHEIRO, R.; As práticas do Cotidiano na Relação Oferta e Demanda dos Serviços de Saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: PINHEIRO, R. e MATTOS, R.A. *Os Sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2001. p. 65 – 112.

PINHEIRO, R.S; TRAVASSOS, C. Estudo da desigualdade na utilização de serviços de saúde por idosos em três regiões da cidade do Rio de Janeiro. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 15(3):487-496. jul-set, 1999.

PORTARIA MPAS Nº 838/77, Circular Nº 01, de 21 de outubro de 1977 e PORTARIA MPAS Nº 08 de 21/03/78 – *transferem o Programa de Assistência ao Idoso do INPS para a LBA*.

RAMOS, L.R. e *Col*. Two-year follow-up study of elderly residents in S.Paulo, Brazil: methodology and preliminary results. *Revista de Saúde Pública*, 32 (5): 397-407, 1998.

RAMOS, L.R. Epidemiologia do Envelhecimento. In: FREITAS, E.V; PY, L; NERI, A L; CANÇADO, F.A.X; GORZONI, M.L; ROCHA, S.M (eds). *Tratado de Geriatria e Gerontologia*, 1ª edição, Ed. Guanabara-Koogan, 2002. p. 73 - 78.

RAMOS, L.R.; VERAS, R.P.; KALACHE, A; *Envelhecimento Populacional: uma realidade brasileira*. . *Revista de Saúde Pública*. São Paulo, USP, 21(3): 211-24, junho, 1987.

RAPP, S.R; REYNOLDS, D.L. Families, Social Support, and Caregiving. In: HAZZARD, W.R; BLASS, J.P; ETTINGER, Jr, W.H; HALTER, J.B; OUSLANDER, J.G (eds) *Principles of Geriatric Medicine and Gerontology*. 4th ed. International Edition. MCGRAW-HILL, 1999. p.333 -344.

- REUBEN, D.B. Principles of Geriatric Assessment. In: HAZZARD, W.R; BLASS, J.P; ETTINGER.Jr, W.H; HALTER, J.B; OUSLANDER, J.G (eds) *Principles of Geriatric Medicine and Gerontology*. 4th ed. International Edition. McGRAW-HILL, 1999. p.467 – 482.
- SAYEG, M.A; MESQUITA, R.A.V. Políticas Públicas de Saúde para o Envelhecimento. In: FREITAS, E.V; PY, L; NERI, A L; CANÇADO, F.A.X; GORZONI, M.L; ROCHA, S.M (eds). *Tratado de Geriatria e Gerontologia*, 1ª edição, Ed. Guanabara-Koogan, 2002. p.1083 – 1089.
- SOUZA, E.R.; MINAYO,M.C.S.; XIMENES, L.F.; DESLANDES, S.F. O Idoso sob o Olhar do Outro. In: MINAYO, M.C.S. e COIMBRA Jr, C.E. (orgs.) *Antropologia, Saúde e Envelhecimento*. Rio de Janeiro, Editora FIOCRUZ, 2002. p.191 – 209
- TELLES, V.S.; Sociedade Civil e a construção de espaços públicos. In: DAGNINO, E. (org.) *Os anos 90: política e sociedade no Brasil*. São Paulo, Ed. Brasiliense, 1994. p. 91 - 102
- UCHÔA, E., FIRMO, J., LIMA-COSTA, M.A, Envelhecimento e Saúde: experiência e construção cultural. In: MINAYO, M.C.S. e COIMBRA Jr, C.E. (orgs.) *Antropologia, Saúde e Envelhecimento*. Rio de Janeiro, Editora FIOCRUZ, 2002. p. 25 – 35.
- VERAS, R. P.; *País Jovem com Cabelos Brancos: A Saúde do Idoso no Brasil*. Rio de Janeiro, Ed. Relume Dumará, 1994. 224 p.
- VERAS, R.P.; Desafios e conquista advindas da longevidade da população: o setor saúde e suas necessárias transformações. In: *Velhice numa perspectiva de futuro saudável*. Rio de Janeiro, Ed. UnATI/UERJ, 2001.
- VERAS, R.P.; O Brasil envelhecido e o preconceito social. In: *Terceira Idade: alternativas para uma sociedade em transição*. Rio de Janeiro, Ed. Relume Dumará, 1999.
- VERAS, R.P.; COUTINHO, E. *Estudo de prevalência de depressão e síndrome cerebral orgânica na população de idosos em três distritos da cidade do Rio de Janeiro*. Revista de Saúde Pública, 25(3): 209-217, 1991.
- VERAS, R.P; RAMOS, L.R; KALACHE, A. *Crescimento da População Idosa no Brasil: Transformações e consequências na sociedade*. Revista de Saúde Pública. São Paulo, USP, 21(3): 225:33, junho, 1987.
- WILLIAMS, M.E. The Approach to Managing the Elderly Patient. In: HAZZARD, W.R; BLASS, J.P; ETTINGER.Jr, W.H; HALTER, J.B; OUSLANDER, J.G (eds) *Principles of Geriatric Medicine and Gerontology*. 4th ed. International Edition. McGRAW-HILL, 1999. p.249 -254.