

**UNIVERSIDADE DO EXTREMO SUL CATARINENSE – UNESC  
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GERONTOLOGIA**

**MARIA PEDRO INACIO**

**CONQUISTA DA QUALIDADE DE VIDA NUM CENTRO DE  
CONVIVÊNCIA DIURNO PARA IDOSOS**

**CRICIÚMA, MAIO 2011**

**MARIA PEDRO INACIO**

**CONQUISTA DA QUALIDADE DE VIDA NUM CENTRO DE CONVIVÊNCIA  
DIURNO PARA IDOSOS**

Monografia apresentada ao Setor de Pós- graduação da  
Universidade do Extremo Sul Catarinense- UNESC, para  
a obtenção do título de especialista em Gerontologia

**Orientador:** Prof. Msc. José Luiz Oliveira

**CRICIÚMA, MAIO 2011**

Às pessoas mais importantes da minha vida: meu porto seguro.  
Minha mãe Judite, e meu pai Pedro, que sempre me possibilitaram entender que ser  
idoso é...

Também amar mais, viver mais,  
Compreender mais... É enfim,  
Ser especial na sabedoria que nenhum  
Livro pode ensinar...

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus em primeiro lugar, dando-me força interior e coragem para a conclusão desse trabalho, iluminando minha mente nos momentos de dúvidas e de dificuldades e pela perseverança de não desistir nunca.

Aos meus filhos, Jéssica, Gabriela e Enzo, que sempre estiveram presente apoiando-me e tendo paciência nos momentos que mais precisei, no decorrer do meu trabalho.

Aos meus familiares pela força, acreditando em minha capacidade de realização de meus objetivos, incentivando na busca de novos conhecimentos.

Ao meu orientador José Luiz de Oliveira, minha gratidão, sempre esclarecendo minhas duvidas e proporcionando sugestões para a conclusão de meu trabalho.

Sendo este fruto de um rico embasamento teórico.

*E por último agradeço a todos aqueles que, de uma forma direta ou indiretamente, contribuíram para a conclusão de mais uma etapa de minha vida, pois me ensinaram a amar mais, sonhar mais e acreditar que, mesmo enfrentando inúmeras dificuldades, era capaz de vencer...*

## MENSAGEM DE UM IDOSO

Se meu andar é hesitante e minhas mãos trêmulas amparem-me...

Se minha audição não é boa e tenho de me esforçar para ouvir o que você está dizendo, procure entender-me...

Se minha visão é imperfeita e o meu entendimento é escasso, ajude-me com paciência...

Se minhas mãos tremem e derrubam comida na mesa ou no chão, por favor, não se irrite, tentei fazer o melhor que pude...

Se você me encontrar na rua, não faça de conta que não me viu, pare para conversar comigo, sinto-me tão só...

Se você na sua sensibilidade me vê triste e só, simplesmente partilhe um sorriso e seja solidário...

Se lhe contei pela terceira vez a mesma "história" num só dia, não me repreenda, simplesmente ouça-me...

Se me comporto como criança, cerque-me de carinho...

Se estou com medo da morte e tento negá-la, ajude-me na preparação para o adeus...

Se estou doente e sou um peso em sua vida, não me abandone um dia você terá a minha idade...

A única coisa que desejo neste meu final da jornada, é um pouco de respeito e de amor...

Um pouco...

Do muito que te dei um dia!

(Desconheço o Autor)

## RESUMO

O presente estudo foi realizado junto a Instituições de Longa Permanência para idosos, foi norteado pelo seguinte problema: Quais as necessidades dos idosos para desenvolver um plano de ação/ negócio para estruturação de um Centro de Convivência Diurno para idosos? E apresentou o seguinte objetivo Geral: Conhecer as necessidades dos idosos para melhoria de sua qualidade de vida e elaborar um plano de ação/negócio para a implantação de um Centro de convivência Diurno para idosos. E com os objetivos específico: Identificar o perfil dos idosos que poderiam frequentar o Centro de convivência Diurno; Identificar os profissionais necessários para a formação de uma equipe multidisciplinar e interdisciplinar para atuar no centro de convivência Diurna para idosos; Proporcionar a permanência diurna do idoso, desenvolvendo atividades físicas, laborativas, recreativas, culturais, associativas e de educação para a cidadania, embasando suas propostas em oficinas que possibilitam implantação de projetos para trabalhar as questões esportivas, de lazer, de assistência social e saúde, principalmente em seu caráter de prevenção do Centro de Convivência Diurno para Idosos, otimizando sua qualidade de vida; Detalhar as prioridades para o planejamento da estrutura física do Centro de convivências diurno para idosos. Especificar o número de funcionários para o desenvolvimento das atividades no Centro de convivência Diurno para idosos; Avaliar a viabilidade financeira e a programação orçamentária para implantação do Centro de Convivência Dia para idosos. A metodologia usada foi a de uma abordagem qualitativa sendo bibliográfica, exploratória, aberta e de campo. O estudo apresentou 18 pesquisados onde o resultado alcançado foi apresentado na forma de categorização e corroborou em parte com a revisão de bibliografia sendo que a dicotomia entre teoria X prática ficou evidente. Este estudo sugere a continuidade da discussão do assunto aprimorando o debate, otimizando e efetivando o Estatuto dos Idosos, buscando a formação de outros profissionais e estimulando os cuidadores a minimizar o sofrimento dos idosos, qualificando e profissionalizando as Instituições de Longa Permanência para Idosos elevando a qualidade de vida respeitando o aumento da expectativa de vida entendendo todo processo de envelhecimento.

**Palavras-chaves:** Idoso. Institucionalização. Qualidade de vida.

## ABSTRACT

This study was performed with the Long Term institutions for that the elderly has been guided by the following problem: What are the needs of older people to develop an action plan / business for structuring a Family Center Day for seniors? And made the following general objective: To understand the needs of the elderly to improve their quality of life and develop an action plan / business for the deployment of a Day Centre for elderly living. And with specific objectives: To identify the profile of older people who could attend the Day Center coexistence; Identify the professionals needed for the formation of a multidisciplinary team and to work in interdisciplinary center for the elderly living Diurnal; Provide the day stay of the elderly, developing physical activities, work, recreation, cultural, community and citizenship education, basing its proposals on workshops that enable deployment of projects to work on matters sporting, leisure, health and welfare, especially in his character to prevent Family Center for the Aged Day, optimizing their quality of life; Refine priorities for planning the physical structure of the Center for cohabitation day for seniors. Specify the number of staff development activities in Central Daylight living for the elderly; assess the financial viability and program budget to implement the Family Center Day for seniors. The methodology used was a qualitative approach with the literature, exploratory, and open field. The study showed 18 surveyed where the result achieved was presented in the form of categorization and corroborated in part to the review the literature that the dichotomy between Theory X practice was evident. This study suggests the continued discussion of the issue debate tweaking, optimizing and making effective the Statute of the Elderly, seeking the formation of stimulating other professionals and cares to minimize the suffering of the elderly, qualifying institutions and professionalizing the Long Term Elderly raising quality of life while respecting the increase in life expectancy around understanding the aging process.

**Keywords:** Elderly. Institutionalization. Quality of life.

## **LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS**

**IBGE**- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

**CIARTI**- Centro Integrado de Atividades Recreativas da Terceira Idade

**ANVISA** - Agencia Nacional de Vigilância Sanitária

**ILPIs** - Instituições de Longa Permanência para Idosos

**CNS**- Conselho Nacional de Saúde



## SUMÁRIO

<b>1.INTRODUÇÃO .....</b>	<b>10</b>
<b>1.1PROBLEMA .....</b>	<b>12</b>
<b>1.2 OBJETIVOS .....</b>	<b>13</b>
<b>1.2.1 Objetivo Geral .....</b>	<b>13</b>
<b>1.2.2 Objetivos Específicos .....</b>	<b>13</b>
<b>1.3 JUSTIFICATIVA.....</b>	<b>14</b>
<b>2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA .....</b>	<b>17</b>
<b>2.1 MUDANÇAS OCORRIDAS NO PROCESSO DO ENVELHECER.....</b>	<b>17</b>
<b>2.2 CENTROS DE COVIVENCIA DIURNO PARA IDOSOS.....</b>	<b>18</b>
<b>2.3 QUALIDADE DE VIDA DO IDOSO .....</b>	<b>21</b>
<b>2.4 SEXUALIDADE NA TERCEIRA IDADE .....</b>	<b>23</b>
<b>2.4.1 Carência de ofertas de espaços sociais para o idoso, abertura ou consolidação de alternativas para melhoria de qualidade de vida do idoso. ...</b>	<b>25</b>
<b>2.5 POLITICAS DE SAÚDE DO IDOSO .....</b>	<b>27</b>
<b>2.5.1 Políticas públicas de saúde.....</b>	<b>28</b>
<b>2.6 ESPAÇOS ALTERNATIVOS .....</b>	<b>34</b>
<b>2.6.1 Ações ou serviços prestados.....</b>	<b>37</b>
<b>2.7 COMUNICAÇÃO COM A PESSOA IDOSA.....</b>	<b>38</b>
<b>3. PLANO AÇÃO/ NEGÓCIOS .....</b>	<b>46</b>
<b>3.1 ORÇAMENTO:.....</b>	<b>46</b>
<b>3.2 ASPECTOS DO AMBIENTE EXTERNO.....</b>	<b>48</b>
<b>3.2.1 Estrutura Física para Atividades dos Idosos .....</b>	<b>50</b>
<b>4. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....</b>	<b>52</b>
<b>4.1 TIPOS DE PESQUISA .....</b>	<b>53</b>
<b>4.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA .....</b>	<b>55</b>
<b>4.3 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS .....</b>	<b>56</b>
<b>4.4 CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTUDOS.....</b>	<b>56</b>
<b>4.5 RESULTADOS DA COLETA DE DADOS .....</b>	<b>61</b>
<b>5. TEORIA QUE EMBASARÁ A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM .....</b>	<b>63</b>
<b>6. CATEGORIZAÇÃO DAS ENTREVISTAS EM ILPIs.....</b>	<b>68</b>
<b>6.1 ASPECTOS PRÁTICOS DA PESQUISA.....</b>	<b>82</b>
<b>7. ASPECTOS ÉTICOS.....</b>	<b>83</b>

<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>84</b>
<b>REFERENCIAS.....</b>	<b>87</b>

## 1.INTRODUÇÃO

O presente estudo elaborou de um plano de ação para planejar a implantação de um Centro de Convivência para os idosos.

Neste Centro de Convivência o idoso será estimulado a desenvolver práticas para a promoção, prevenção e reabilitação da saúde. Será um ponto de referência na melhoria de sua qualidade de vida. Visto que há um aumento exponencial da população idosa e que esta não é assistida por esse tipo de programa atualmente.

Segundo Moriguchi, 2009: no Brasil, a análise da evolução da relação idoso/criança mostra que a proporção de idosos vem crescendo mais rapidamente que a proporção de crianças: 15,9% em 1980 passaram para 21,0% em 1991 e atingiu 28, 9% no ano 2000. Em outras palavras, se em 1980 existiam 16 idosos para cada 100 crianças 20 anos depois essa relação praticamente dobra, passando para quase 30 idosos por 100 crianças. Comparando a proporção de idosos em diferentes épocas observamos que em 1980 as crianças menores do que 5 anos correspondiam a 11,20% da população e no mesmo ano os maiores de 60 anos representavam 8,71%. Já em 2005 os menores de 5 anos correspondem a 8, 42% da população e os maiores de 60 anos respondem por 10,38%. Em 2000 as pessoas de 80 anos ou mais somavam 1,8 milhão. Em 2050 elas serão 13,7 milhões. Há um século, o brasileiro vivia uma média de 40 anos. Hoje, vive 72 anos e projeções indicam uma vida média de 80 anos no ano 2050, ano que teremos 1.900 milhões de pessoas acima de 60 anos no mundo e aproximadamente 2,2 milhões de centenários. No Brasil, em 1991, havia 13.865 centenários. Em 2000, o numero de pessoas com 100 anos ou mais chegou a 24.576. No Rio Grande do Sul, existem mais de 1.000 indivíduos acima de 100 anos.

O mundo está envelhecendo, o crescimento da população idosa é uma realidade e está ocorrendo em um nível sem precedentes em todo o mundo, mas principalmente em países em desenvolvimento como o Brasil. A vida mais longa do ser humano é um das grandes conquistas da civilização. Alimentação adequada, melhoria das condições sanitárias nas cidades, avanços da medicina de diagnóstico e dos medicamentos, vacinas, diminuição da mortalidade infantil e diminuição da taxa de fecundidade contribuem para isso.

O envelhecimento é uma questão explorada por pesquisadores, epidemiologistas e estatísticos por meio de investigações científicas encontrada na literatura nacional e internacional, que revelam a projeção notória desta população de idosos. No panorama mundial, bem como nos países em desenvolvimento, a população idosa aumenta significativamente e o contraponto dessa realidade aponta que o suporte para essa nova condição não evolui com a mesma velocidade. Diante disto, a preocupação com esse novo perfil populacional vem gerando, nos últimos anos, inúmeras discussões e a realização de diversos estudos com o objetivo de fornecerem dados que subsidiem o desenvolvimento de políticas e programas adequados para essa parcela da população. Isto devido ao fato que a referida população requer cuidados específicos e direcionados às peculiaridades advindas com o processo do envelhecimento sem segregá-los da sociedade. (ACTA, 2005, p. 423)

A longevidade vem se afirmando como um dos temas centrais nas discussões contemporâneas. Não é somente o cotidiano do idoso que se apresenta de forma heterogênea, suas ações, atitudes e desejos também diferem conforme suas necessidades sociais. Diante desses fatos, cada País criou suas próprias legislações e políticas sociais de atendimento ao seguimento idoso. Torna-se importante que tanto os idosos, quanto a população em geral adquira conhecimento quanto às leis que podem garantir maior dignidade e cidadania à população que envelhece.

**Aumento da Expectativa de Vida:** Essa longevidade cada vez maior da população está acarretando uma situação ambígua, vivenciada por muitas pessoas idosas e jovens, ou seja, de um lado a tendência e o desejo de viver cada vez mais e ao mesmo tempo o medo de essa velhice seja acompanhada de doenças, incapacidades e dependência.

É importante que as pessoas saibam que essa longevidade com qualidade de vida é determinada cerca de 30% pela herança genética e 75% do ambiente, ou seja, do estilo de vida. Em 2025 o Brasil ocupará a 6ª colocação em número de idosos no mundo e será ultrapassado somente pela China, Índia, Comunidade dos Estados Independentes (ex-União Soviética), Estados Unidos e Japão. Nesse ano a população acima de 60 anos será superior a 30 milhões de habitantes.

A expectativa de vida do ser humano cresce no Brasil e em quase todo o planeta. Atualmente a grande preocupação da Geriatria e Gerontologia moderna não é só o prolongamento da vida, mas sim o prolongamento da vida saudável. A situação social da pessoa idosa no Brasil revela a necessidade de discussões mais aprofundadas sobre as relações do idoso na família e na sociedade, aspecto

ênfâtizado nas salas de aula, sobretudo na formaçãõ de profissionais da áreã de saúde e de educaçãõ. (MORIGUCHI, 2009).

As Políticas Públicas devem se concretizar através de uma atuação intersetorial, por meio de serviços, programas e projetos organizados em forma de rede, buscando efetivamente nos resultados e na gestão de recursos humanos e materiais, buscando divisão de responsabilidades entre Poder Público, Sociedade Civil, Setor Privado e Terceiro Setor. Quanto ao público, dentro desse paradigma, deve-se buscar uma intervenção que compreenda os indivíduos com suas histórias de vida, inseridos em seus contextos sócio-familiares e fazendo parte de coletividades que se entrelaçam heterogeneamente. Essa perspectiva de intervenção que vem sendo construída considera o local de residência do público alvo, a demanda, a modalidade e a capacidade de atendimento da rede disponível de serviços. A ação que se pretende é integradora e efetiva, buscando prestar assistência através de uma rede articulada. (MORAIS 2008, p. 665).

No Brasil o exercício de cidadania plena do idoso ainda se constitui num avanço a ser conquistado. Não há como ignorar que o idoso precisa continuar exercendo suas escolhas e continuar titulando direitos e deveres na sociedade. Garantir os direitos dos que estão envelhecendo agora é imprescindível para a efetivação do exercício de cidadania e melhoria da qualidade de vida do idoso. Dessa forma, a política social é muito importante para o idoso como possibilidade de garantia de direito. O entendimento da trajetória e a constituição da legislação podem levar pesquisadores e interessados na gerontologia social, a adquirir compreensão de como o processo de envelhecimento e o estabelecimento das políticas sociais vêm se constituindo na contemporaneidade.

## **1.1 PROBLEMA**

Quais as necessidades dos idosos para desenvolver um plano de ação/negócio para estruturação de um Centro de Convivência Diurno para idosos?

## 1.2 OBJETIVOS

### 1.2.1 Objetivo Geral

Apresentar um estudo buscando a melhoria da qualidade de vida para os idosos, levando-nos a refletir sobre seu real significado e como está acontecendo todo o processo, desta forma o estudo terá o seguinte objetivo geral:

✓ Conhecer as necessidades dos idosos para melhoria de sua qualidade de vida e elaborar um plano de ação/negócio para a implantação de um Centro de convivência Diurno para idosos.

### 1.2.2 Objetivos Específicos

- ✓ Identificar o perfil dos idosos que poderiam freqüentar o Centro de convivência Dia.
- ✓ Identificar os profissionais necessários para a formação de uma equipe multidisciplinar e interdisciplinar para atuar no centro de convivência Dia para idosos.
- ✓ Proporcionar a permanência diurna do idoso, desenvolvendo atividades físicas, laborativas, recreativas, culturais, associativas e de educação para a cidadania, embasando suas propostas em oficinas que possibilitam implantação de projetos para trabalhar as questões esportivas, de lazer, de assistência social e saúde, principalmente em seu caráter de prevenção do Centro de Convivência Diurno para Idosos, otimizando sua qualidade de vida.
- ✓ Detalhar as prioridades para o planejamento da estrutura física do Centro de convivências diurno para idosos.
- ✓ Especificar o número de funcionários para o desenvolvimento das atividades no Centro de convivência Diurno para idosos.

- ✓ Avaliar a viabilidade financeira e a programação orçamentária para implantação do Centro de Convivência Dia para idosos.

### 1.3 JUSTIFICATIVA

O tema em discussão trata-se da Conquista da Qualidade de vida num Centro de Convivência Diurno para Idosos. A longevidade vem se afirmando como um dos temas centrais das discussões contemporâneas. Partindo do pressuposto de que o envelhecer constitui um processo natural aos seres humanos. Nesta perspectiva é que se pretende desenvolver esse projeto para analisar a qualidade de vida dessas pessoas, tanto no que se refere ao seu entrosamento familiar, quanto na busca por direitos concretizados na legislação. Tem-se mostrado um avanço da população idosa no Brasil, possivelmente advindos de avanços científicos e tecnológicos. Dentre esses avanços, pode se citar o da medicina com suas novas possibilidades de medicação e os subsídios ao enfrentamento de males fisiológicos que podem ser ocasionados no processo do envelhecimento, entre outros fatores culturais, econômicos e sociais.

O envelhecimento no campo da saúde, lazer, comportamento, entre outras situações, tem se mostrado heterogêneo, “a velhice está associada a várias questões que se interligam e que se tornam mais complexa, os sujeitos não envelhecem de maneira igual, construindo suas próprias histórias de vida”. (BULLA; KAEFER, 2003. p. 20).

O envelhecimento da população é um fenômeno mundial iniciado a principio nos países desenvolvidos em decorrência da queda de mortalidade, as grandes conquistas do conhecimento médico, urbanização adequada das cidades, melhoria nutricional, elevação dos níveis de higiene pessoal e ambiental dando em residências como no trabalho assim como, em decorrência dos avanços tecnológicos. Todos esses fatores começaram a ocorrer no final da década de 40 em inicio dos anos 50.

Nos países menos desenvolvidos como o Brasil, o aumento da expectativa de vida tem sido evidenciada pelos avanços tecnológicos relacionados a área de saúde nos últimos 60 anos, como as vacinas o uso de antibióticos, quimioterápicos

que tornaram possível a prevenção ou cura de muitas doenças. Aliado a estes fatores a queda de fecundidade, iniciada na década de 60, permitiu a ocorrência de uma grande explosão demográfica.

Segundo Moreira (2002): as modificações estruturais na composição etária brasileira são de natureza tal que, segundo se deduz das estimativas da ONU, no espaço de 100 anos entre 1950 e 2050, a proporção da população acima de 65 anos, inicialmente inferior a 3%, atingirá 18% ao final do período. Igualmente, de grande magnitude será a profunda redução na participação do contingente menor de 15 anos, que, com 41,6% em 1950, e 28,8% em 2050. No longo prazo, crianças e idosos passarão a ter pesos relativos, na população total, bastante semelhante. Em consequência do anterior, entre os países mais populosos do mundo, o Brasil será o quarto de mais intenso processo de envelhecimento populacional nesse período.

No Brasil estima-se que nos próximos 20 anos a população de idosos poderá alcançar e até mesmo ultrapassar a cifra dos 30 milhões de pessoas, o que representará aproximadamente 13% da população. Em 2000, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o número de pessoas com 60 anos ou mais era de 14.436.029, contra 10.722.705 em 1991. Esse crescimento trás a consciência da existência da velhice como uma questão social. Questão esta que pede grande atenção, pois está diretamente relacionada com crise de identidade; mudanças de papéis; aposentadoria; perdas diversas e diminuição dos contatos sociais.

É importante destacar que a população de idosos está crescendo mais rapidamente do que a de criança. Em 1980, existiam aproximadamente 16 idosos para cada 100 crianças. Em 2000, essa relação aumentou para 30 idosos por 100 crianças, praticamente dobrando em 20 anos. Isso ocorre devido ao planejamento familiar e conseqüente queda da taxa de fecundidade, e também pela longevidade dos idosos. Dados do IBGE mostram que as pessoas estão vivendo mais. O grupo com 75 anos ou mais teve o maior crescimento relativo (49,3%) nos últimos 10 anos, em relação ao total da população idosa.

Entretanto a sociedade não esta preparada para essa mudança no perfil populacional e, embora as pessoas estejam vivendo mais, a qualidade de vida não acompanha essa evolução. Dados do IBGE mostram que os idosos apresentam mais problemas de saúde que a população geral.



Em 1999, dos 86,5 milhões de pessoas que referiram ter consultado um médico nos últimos 12 meses, 73,2% tinham mais de 65 anos, sendo que esse grupo, no ano anterior, apresentou 14,8 internações por 100 pessoas, representando o maior coeficiente de internação hospitalar. Mais da metade dos idosos (53,3%) apresentou algum problema de saúde, e 23,1% tinham alguma doença crônica. Em pesquisa realizada nas cinco regiões do município de São Paulo no início dos anos 90, foi verificado que 86% dos entrevistados apresentavam pelo menos uma doença crônica, fato este confirmado em estudo de seguimento de dois anos desses indivíduos, mostrando que 94,4% dos idosos avaliados apresentavam mais de uma doença crônica. Nesse mesmo estudo foi demonstrado que 32% dos idosos entrevistados eram dependentes para suas atividades rotineiras e instrumentais de vida diária. “Esses dados retratam uma realidade preocupante na vida dos idosos que é: o envelhecimento sem qualidade e a carência no aspecto político e social que dêem suporte para uma velhice saudável.” (ACTA, 2005).

Seja de alta ou baixa incidência, um problema de saúde é um problema gerontológico complexo. Portanto, é importante conhecer como a história de vida, as prioridades, as lições do corpo, os significados, as atividades especificam e os problemas interagem na vida e na saúde do idoso. Contando com sua participação efetiva é que se pode começar a pensar em diagnósticos, planos assistenciais e de cuidados, atividades e estratégias para promoção da saúde e (auto) cuidado.

Oportunidades de participação e aprendizado mutuo no planejamento, na motivação, na implementação e na avaliação do (auto) cuidado podem tornar-se gratificantes para o idoso, sua família, sua comunidade e o enfermeiro. Portanto, por essas e por tantas outras questões brevemente discutidas neste capítulo, a assistência de enfermagem gerontologica necessita ser holística, integral, competente, Oportunidades de participação e aprendizado mutuo no planejamento, na eficiente, flexível, criativa e motivadora, para ajudar o idoso na manutenção de uma melhor qualidade de vida e de um equilíbrio de saúde possível. (FIGUEREIDO, 2006)

Dentre os desafios do envelhecimento no Brasil, consta a efetivação de Políticas Sociais eficazes no atendimento dessa crescente demanda de indivíduos que requerem atendimento especializado segundo suas características, no qual sua autonomia deve prevalecer na tomada de decisões, principalmente no que diz respeito à institucionalização.

## **2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

Cabe ressaltar que diante do envelhecimento populacional, muitas ações estão sendo planejadas para atender às demandas emergentes. A Política Nacional do Idoso, embora indique alternativas para que o idoso possa, permanecer em seu domicílio, ainda não conseguiu que fossem implantados os programas e serviços necessários. Limita-se a pontuar a fiscalização e as normas de atendimento dos Lares de Longa Permanência e enfatiza a responsabilização da família e da sociedade civil no que diz respeito aos cuidados que devem ser direcionados ao idoso. A pesquisa ancorou-se muito especialmente no fato de que estudos referentes ao processo do envelhecimento constituem um tema de reflexão e ação emergente.

Embora o acelerado processo de envelhecimento populacional seja uma importante preocupação em todo o mundo, na contemporaneidade, a centralidade da discussão tem dado ênfase a questões patológicas.

No âmbito da Geriatria, essa condição distanciou-se das amplas preocupações da Gerontologia Social, que compreendem aspectos relacionais, de modo de vida e as reflexões sociais sobre a velhice e envelhecimento, articulando necessidades e interesses dos idosos, famílias, convívio e inserção social. Considerando que a Geriatria e a Gerontologia estão atuando de forma emergente nos campos de debate contemporâneos, é apropriado frisar que ainda há um caminho a ser percorrido, em que a autonomia do idoso deva perseverar em suas escolhas, principalmente no que diz respeito à questão da institucionalização. Cabe ao profissional do Serviço Social aproximar-se, de forma mais consistente, dessa realidade de atendimento, pois a Gerontologia Social constitui ações interdisciplinares que se tornam campo fértil para intervenções do Serviço Social e das demais profissões da área das ciências humanas e sociais.

### **2.1 MUDANÇAS OCORRIDAS NO PROCESSO DO ENVELHECER**

Antigamente, nas sociedades tradicionais, os velhos eram muito considerados, por serem sinônimo de lembranças e sabedoria. Essa população que

vem aumentando acentuadamente, não é na maioria das vezes, reconhecida pela sociedade, até mesmo pela sua família, sendo vítimas de um relacionamento social impregnado de preconceitos.

Freitas (2006) refere que o processo do envelhecimento e sua consequência natural, a velhice, continuam sendo uma das preocupações da humanidade desde o início da civilização; a impressão que ainda hoje se tem é justamente o inverso. A história está aí para demonstrar que as idéias sobre a velhice são tão antigas quanto à origem da humanidade.

Leme (1996) lembra que poucos problemas têm merecido tanta atenção e preocupação do homem como o envelhecimento e a incapacidade funcional comumente associada ao mesmo. Muitas vezes, o gerontólogo, dado que a gerontologia é uma preocupação acadêmica recente, continua acreditando que todo o conhecimento geriátrico e gerontólogo têm origem apenas em nossos dias.

Feitas essas ressalvas é preciso deixar claro, no entanto, que realmente, o século XX os grandes avanços da ciência do envelhecimento, graças aos conhecimentos adquiridos por meio dos estudos nesta quase uma centena de anos, desde que Metch-nikoff, em 1903, e Nas Cher, em 1909, embora com as dificuldades próprias dos que são pioneiros, deram início ao estudo sistemático, respectivamente, da gerontologia e da geriatria. Acreditavam ambos que estas ciências correlatas iriam se transformar, em um futuro próximo, em um campo profícuo de realizações científicas. (FREITAS, 2006).

## **2.2 CENTROS DE COVIVENCIA DIURNO PARA IDOSOS**

A intenção é criar um local para que os idosos que têm familiares muito ocupados no dia-a-dia possam aumentar sua auto-estima, trocar experiências de vida e muitas vezes readquirir o sentimento de utilidade à sociedade,

Funcionando como uma espécie de “creche para idosos”, o projeto permitirá que as famílias possam deixar essas pessoas tão especiais recebendo total atenção e carinho no Centro de Convivência, para que depois possam buscá-los e tê-los à noite novamente no convívio do lar.

Frequentando os grupos de terceira idade, está a melhoria da qualidade de vida, nos aspectos referentes à saúde física e mental. Buscam, também, aumentar o período de vida ativa, prevenindo perdas funcionais e recuperando capacidades. Ter um grupo de referência, no qual se possam compartilhar alegrias, tristezas, conhecimentos, entre outros, propicia ao idoso um suporte emocional e motivação para que este indivíduo tenha objetivos em sua vida. Ao frequentar o grupo, as mulheres têm oportunidade de resgatar sua vaidade, o que não aconteceria caso permanecesse no ambiente doméstico. A participação de idosos nos grupos de convivência leva a um aprendizado, uma vez que compartilham idéias, experiências e, também, ocorre reflexão sobre o cotidiano da vida dessas pessoas (CALDAS, 1998, p. 2).

Apesar do quadro de dificuldades no relacionamento entre os idosos e a sociedade em geral, é inegável a importância dos Centros de Referência no processo de desinstitucionalização da "velhice". Em diversos municípios este processo encontra-se em pleno andamento com diversos atores sociais (assistentes sociais, médicos, enfermeiras, psicólogos, comunidade, família) envolvidos nesta luta. Os gestores municipais têm obrigação social de oferecer serviços para a população adequando-os ao contexto local.

Borges (2003) explica qual deveria ser o papel governamental diante da proteção ao idoso:

A Seguridade Social, enquanto sistema de proteção social constituído no Brasil, pelas políticas de saúde, previdência e assistência social, devido aos cidadãos, como decorrência do direito social, deve ser vista como garantia de proteção a ser assumida primordialmente pelo Estado, sob os princípios da Universalidade, Uniformidade, Equidade e Descentralização. (BORGES, 2003, p. 91).

O velho necessita também de ter um espaço próprio. Esta é outra exigência humana, e mais ainda, para quem já teve tantas perdas e se sente ameaçado quanto ao seu espaço, não apenas físico, mas também o social. É fundamental que o idoso sinta-se acolhido e amado, tendo um papel sócio-cultural de destaque para sentir-se útil e assim se sentir bem. O homem é um ser social, isto é, constrói a sua identidade juntamente com outros sócios. No asilo o idoso divide sua privacidade com muitos outros, o que dificulta o atendimento de suas necessidades de carinho e afeto.

Nesse sentido, Neri (1999) refere que:

O tamanho da prole, a mortalidade diferencial, o celibato, a viuvez, as separações, os distintos tipos de arranjos familiares e domésticos, com o passar da idade adquirem características específicas, que podem colocar o idoso, do ponto de vista emocional e material, em situação de insegurança ou vulnerabilidade. (NERI, 1999, p.36)

O Brasil participa de um movimento amplo de assistência ao idoso, com o objetivo de substituir gradativamente o modelo asilar, considerado uma prisão ou um hospício, pelo modelo comunitário na atenção ao idoso. A política em questão passa a valorizar o trabalho em equipes multiprofissionais e interdisciplinares, assim como a pluralidade dos saberes, e já existe grande diversidade e a complexidade das ações e dos serviços assistenciais, que passaram a dominar o campo acadêmico e profissional.

Assim, o presente trabalho, buscará a Conquista da Qualidade de Vida num Centro de Convivência Dia para o Idoso.

O termo Senecultura, proposto por Jacob-Filho em 1985, significa o conjunto de ações interdisciplinares cujo resultado contribui efetivamente para a promoção da saúde do idoso. Promover a saúde do idoso requer muito mais do que fazer prevenção primária e secundárias de doenças. A Senecultura estimula comportamentos saudáveis, como dieta, atividade física, controle de peso, cessação de álcool e tabaco, mas também tem ação social, cultura, física, psicológica e elementos do ambiente.

O envelhecimento populacional influencia o mercado de trabalho, a assistência à saúde, a estrutura da família, o consumo, os impostos e a previdência social. Portanto, traz vários desafios para a sociedade no sentido de garantir a melhor qualidade de vida possível, adotando intervenções políticas, econômicas, sociais, culturais e ambientais. Inserido nesse contexto, deve-se implementar e ampliar a rede de cobertura dos serviços e programas de atenção à população idosa atual e das próximas gerações.

A necessidade de programas de promoção da saúde do idoso no Brasil é evidente. Após a divulgação do Estatuto do Idoso, maior ainda será a cobrança por parte de diversos setores representativos da sociedade. Alguns programas vêm sendo implantados, tendo como objetivos valorizar a integração do idoso na família e na comunidade, propor ações para transformações sociais que beneficiem o idoso,

implantar modelos de educação em saúde, favorecendo a manutenção de autonomia e independência e auxiliando no processo de autocuidado. (JACOB FILHO, 2008)

### **2.3 QUALIDADE DE VIDA DO IDOSO**

Qualidade de vida é um conceito que varia de acordo com a percepção individual, o estilo de vida, a posição que a pessoa ocupa na vida e na sociedade e dos valores que adota. É um ideal a ser buscado, individual e coletivamente, em uma perspectiva histórica, incluindo diferentes fatores e formas de lidar com a vida, num padrão integrado das dimensões material, racional, psico-afetiva e espiritual, para busca da saúde e felicidade potencialmente possível.

Papaléo (2000), falando a respeito da qualidade de vida dos idosos, coloca que:

O envelhecimento populacional é algo que tem sido almejado e que tem sido conseguido, tanto nos países desenvolvidos como naqueles que se encontra em fase de desenvolvimento. É óbvio, entretanto, que isto não é o bastante. Há necessidades de que, paralelamente às modificações demográficas que estão sucedendo, haja também transformações sócio-econômicas profundas, visando melhor qualidade de vida aos idosos e aqueles que estão em processo de envelhecimento. Nos países em desenvolvimento, contudo esse objetivo está longe de ser atingido, pois que além de ser economicamente dependentes de outros países, possuem uma estrutura sócio-econômica arcaica que privilegiam alguns em detrimento da maioria. (PAPALÉO, 2000, p. 26)

Se tivermos uma boa qualidade de vida podemos conseguir prolongar nossos dias. Muitas pessoas se preocupam com essa qualidade, se soubermos fazer bom uso da vida: cuidar do corpo, da saúde, ter um bom relacionamento familiar pode acreditar que a vida será longa. Agora se gastarmos de forma extravagante, com certeza que ela será bem curta. E esse prolongamento da vida somente ocorrerá se cada um possuir uma boa saúde, tanto ao aspecto físico quanto no psíquico.

Nesse início de milênio se fala em qualidade de vida aliada à obtenção de saúde, melhores condições de trabalho, aperfeiçoamento da moradia, boa alimentação, uma educação satisfatória, liberdade política, proteção contra violência,

usufruir as horas de lazer, participar de atividades motoras esportivas, necessidades de conviver com o outro ou então almejar uma vida longa, saudável e satisfatória.

Qualquer atividade de lazer- manual, intelectual, associativa, artística, física- pode resultar em melhor qualidade de vida para os idosos, pois “para alguns, o envelhecimento pode ser um período vazio, sem valor, inútil, sem sentido; para outros, pode ser um tempo de liberdade, de desligamento de compromissos” (MORAES, 2005, p.59).

Sobre esta questão, o Estatuto do Idoso, em seu artigo 20, alerta que “O idoso tem direito a educação, cultura, esporte, lazer, diversões, espetáculos, produtos e serviços que respeitem sua peculiar condição de idade”. (BRASIL, 2004)

O lazer pode ser incorporado à vida do idoso como alternativa de enfrentamento de sua realidade nesta nova fase de sua vida, pois “[...] ajuda a produzir uma harmonia individual, possibilita o desenvolvimento integral do ser humano [...] é uma atividade, isto é, estar ativo, ser ativo, não se contentar com a passividade, que destrói e mata” (MEISTER, 2003, p. 19).

As instituições deveriam atentar ao valor benéfico de programas e atividades prazerosas para os idosos, pois é preciso “[...] estar atentos em não se isolar, porque quanto mais isolados, mais isolados ficaremos, pensando que isso é normal na terceira idade, o que não é”. (MEISTER, 2003, p. 16)

O lazer sadio, no entanto, não inclui somente festas comemorativas e atividades domésticas como a maioria das instituições retrata.

É preciso considerar, ainda, que o fator econômico não pode impedir que o idoso realize seu lazer, pois, conforme Meister (2005, p. 23-24)

[...] podemos criar grupos de convivência, no bairro, sem grandes gastos. Realizar tardes de cinemas, chás, artesanato [...] Assim, o lazer é uma forma de estabelecer relações solidárias. E ninguém é solidário sozinho.

Se, anteriormente, os idosos eram homogeneizados por uma visão de invalidez e perdas, podem também ser induzidos a atitudes impostas pelo mercado ou pela mídia – esportes radicais, acessórios, vestuário, cosméticos – por ações que não os identificam ou estão acima de suas possibilidades enquanto idosos (RODRIGUES, 2003).

O debate sobre a heterogeneidade do envelhecer é impulsionado na contemporaneidade, de tal modo que “grande parte da literatura sobre o

envelhecimento populacional e o debate político são baseados em uma visão generalizada de que a população idosa é um grupo homogêneo com experiências e necessidades comuns” (CAMARANO; PASINATO, 2004, p. 6).

Levando em consideração o crescente aumento da longevidade dos idosos na sociedade atual, tecer reflexões e discussões sobre a evolução demográfica dessa população torna-se fundamental para compreensão da conjuntura na qual os idosos estão inseridos. (PESSOA, 2007).

## **2.4 SEXUALIDADE NA TERCEIRA IDADE**

O envelhecimento é um processo indutivo de várias mudanças no indivíduo, nomeadamente ao nível físico, mental e social. Estas mudanças tendem a afetar a expressão da sexualidade, na medida em que se torna necessário para a pessoa “idosa” redefinir objetivos, ou seja, reconhecer que está numa nova fase do ciclo vital, e que tal como as anteriores, está associada a determinados “acontecimentos padrão”, crises de desenvolvimento próprias da fase em questão. O peso dos anos depende do significado que cada um lhe atribuir. Para muitos, ser idoso pode ser sinônimo de sabedoria e experiência a todos os níveis. Nas sociedades africanas o idoso é muito respeitado, porquanto é tomado como aquele que detém um conhecimento profundo sobre vários assuntos, porque já viu muitas coisas e transmite-as aos mais novos com sabedoria.

Em contrapartida, nas sociedades ocidentais, devido ao aumento da esperança média de vida, ao idoso estão associados conceitos como a inatividade, doença, demência e a sexualidade. Relativamente à sexualidade, não está de modo algum comprovado que esta termine na terceira idade. Vejamos o termo sexualidade não é sinônimo de ato sexual. A sexualidade envolve muito mais, ela pressupõe amor, carinho, sensualidade, fantasia e inteligência. Então, será que a velhice nos rouba tudo isto? Segundo a OMS, o envelhecimento começaria a partir dos 65 anos. Contudo, é necessário reconhecer que a idade biológica tem maior importância que a cronológica, na medida em que a bioquímica cerebral, das emoções, pode



apresentar níveis ótimos de funcionamento em termos biológicos em indivíduos com mais de 65 anos.

Contrariamente a estes, poder-se-á encontrar níveis biológicos piores em jovens. É importante saber que o envelhecimento não compromete necessariamente a sexualidade. (Lopes 1993. P.79).

O homem é capaz de ter uma ereção peniana em qualquer idade, tal como a mulher consegue atingir uma lubrificação vaginal adequada e chegar ao orgasmo. Estas respostas sexuais só ficarão “comprometidas” se estiverem perante um bloqueio físico ou psicossocial (LOPES, 199, p.79).

Outro aspecto significativo apresentado pelo mesmo autor é a monotonia sexual. A sexualidade não se pode circunscrever ao contacto de um pênis e uma vagina, o sexo pode ser o resultado de vários estímulos efetivo (auto-estimulação, fantasia, coito, entre outros.), nesta matéria a intuição é um ingrediente favorável, mas não essencial. A resposta sexual humana apresenta três fases principais: desejo, excitação e orgasmo. Segundo Lopes (1993, p. 80), no que se refere ao desejo sexual “na mulher idosa, as respostas encontradas são divergentes, variando da ausência do desejo até a exacerbação da libido”. Como refere o autor, estes resultados podem refletir a influência da moral sexual na função biológica.

Para J. Vegue:

A atividade sexual pode continuar durante um longo período após a menopausa, sem que haja dificuldades mecânicas ou ausência de lubrificação vaginal e muitas vezes sem recorrer à terapêutica de substituição hormonal, desde que se mantenha um relacionamento sexual regular. A ausência de regularidade pode causar o aparecimento de distúrbios tróficos, impedindo desta forma contatos posteriores e originando distúrbios psicosexuais futuros. No homem idoso, sob um estímulo sexual eficaz, a ereção demora a estabelecer-se duas a Três vezes mais; uma vez obtida conserva-se bastante mais tempo sem ejaculação, sendo mais difícil obtê-la de novo se a perder antes da ejaculação. Na fase orgástica há um desaparecimento da primeira parte, isto é, não há contração dos órgãos reprodutores, pelo que não haverá a sensação de inevitabilidade ejaculatória. A duração do período refratário aumenta consideravelmente. Normalmente, este se satisfaz com uma ou duas ejaculações semanais, independentemente do contexto do coito ou exigências sexuais da parceira. Importa salientar também que para cada década resista uma diminuição progressiva na resposta sexual. Contudo, nunca se verifica o seu completo desaparecimento. A vida sexual transforma-se constantemente ao longo de toda a evolução individual, porém só desaparece com a morte. (LOPES, 1993; p. 80),

### **2.4.1 Carência de ofertas de espaços sociais para o idoso, abertura ou consolidação de alternativas para melhoria de qualidade de vida do idoso.**

Apesar dos avanços na instituição da política do idoso, Lei 8842/94, que reúne as diversas áreas na atenção ao idoso, e da grande conquista do Estatuto do Idoso (Lei 10.741), estabelecendo a garantia legal de direitos, o que se percebe é que muitos idosos não usufruem esses direitos, não tem informação ou acesso a eles e outros não acreditam ou encontram-se incapacitados para acioná-los. A mobilização das pessoas idosas apresenta-se ainda tímida, o que restringe também o avanço na efetivação dos direitos garantidos.

Acredita-se na participação ativa do idoso, das famílias e da sociedade para o cumprimento da legislação existente e ampliação dos direitos de cidadania. Entende-se que esses desafios devem ser superados para o estabelecimento de uma sociedade digna e igualitária para todos.

Cabe ainda, aos profissionais, a análise criteriosa da realidade para a adequada implementação e utilização de serviços, contribuindo de forma efetiva para um envelhecimento digno, pois o desafio de viver com dignidade, uma vida socialmente ativa durante o percurso do envelhecimento é uma realidade que, em geral, envolve a todos nós, profissionais trabalhadores na assistência ou na formulação de políticas, idosos, familiares, cuidadores e sociedade em geral. (MORAIS, 2008)

A globalização do fenômeno do envelhecimento associado à precarização dos níveis de vida em várias partes do mundo, principalmente nos países em desenvolvimento, trouxe, no entanto, outras questões que devem servir para a quebra de paradigmas. Além disso, as grandes mudanças de padrões educacionais e morais advindas das constantes transformações socioculturais também trouxeram outras perspectivas no trato da questão do envelhecimento.

A OMS recomenda, como diretriz na formulação de políticas, a inclusão dos idosos no planejamento de ações, na mobilização por seus direitos, recomenda políticas igualitárias, mais inclusivas e abrangentes, que pensem na dimensão de todas as idades na perspectiva do envolvimento do idoso, na responsabilização deste, não somente como beneficiário, mas também como colaborador junto a outras gerações. Portanto, os idosos devem ser incluídos na execução das políticas. (MORAES, 2008).

O processo do envelhecimento não pode ser reconhecido apenas como uma fase improdutivo, que somente cresce aos índices de volante, ou ainda como contribuintes ou pagadores de impostos. (As políticas que possibilitam aos mais velhos viver em sociedade e nela permanecer), recomendam sua participação ativa, a partir de suas organizações representativas, na formulação, implementação e avaliação das políticas, planos, programas e projetos a serem desenvolvidos, “as políticas para a população idosa devem promover a solidariedade entre as gerações. Isso significa equilibrar as prioridades das necessidades dos idosos com a de outros grupos populacionais” (CAMARANO; PASINATO, 2004, p.288).

O envelhecimento bem sucedido deve ser pensado como fruto de políticas de desenvolvimento social, que deve partir do combate à desigualdade e injustiça social. Devem ser desenvolvidos indicadores de desempenho, de avaliação das políticas já existentes nos países, revendo- as continuamente e priorizando o que está estabelecido no último plano internacional para o envelhecimento.

Para isso, deve haver um significativo aporte de recursos para investimentos voltados para essas diretrizes e ações que garantam a sua efetivação plena, incluindo minimização das vulnerabilidades e riscos sociais e das mulheres cuidadoras dos idosos frágeis. Não se busca, com isto, exigir privilégios específicos, mas a inclusão dos idosos na agenda de projetos para a sociedade, mesmo que ainda não tenham visibilidade política. (MORAES, 2008).

A PNI é instituída em 04 de janeiro de 1994 através da Lei nº 8.842, que regulamenta o artigo 230 da Constituição. “A família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na sociedade, defendendo sua dignidade e bem estar e garantindo-lhes o direito a vida”. A Política Nacional do Idoso (PNI) constitui-se o maior ganho do idoso após a Constituição.

O objetivo dessa política é, assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia integração e participação efetiva na sociedade”. Além de estabelecer princípios de incentivo à autonomia, participação e integração social do idoso, vem regulamentar e fortalecer a responsabilidade conjunta de vários agentes na implementação e gerenciamento de ações de atenção ao idoso no Brasil.(MORAIS, 2008, p. 682).

Estudos emergem sobre a temática do envelhecimento como expressão da demanda de uma população que nos últimos anos vem adquirindo visibilidade pelo aumento demográfico e pela participação dos idosos, através de grupos afins, o que tem contribuído para divulgação positiva do envelhecer. Dessa forma a política social é muito importante para o idoso como possibilidade de garantia de direito. O entendimento da trajetória e a constituição da legislação podem levar pesquisadores e interessados na gerontologia social, a adquirir compreensão de como o processo

do envelhecimento das políticas sociais vêm se constituindo na contemporaneidade. (MORAES, 2008).

## 2.5 POLITICAS DE SAÚDE DO IDOSO

Na área da saúde, a constituição de 1988 estabelece em seu artigo 196:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sócias e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário, as ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1988)

Quanto à questão específica de saúde das pessoas idosas, o Decreto-lei 1948/96, em seu artigo 9º, determina a competência do Ministério da Saúde, por intermédio da Secretaria de Assistência a Saúde, a partir do sistema descentralizado de saúde, estabelece como diretrizes:

Garantir ao idoso a assistência integral entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, nos diversos níveis de atendimento ao idoso a partir das unidades básicas e da implantação da unidade de referência garantida nos diversos níveis de atendimento do SUS;

Estruturar centros de referência de acordo com as normas específicas do Ministério da Saúde, de pesquisa de avaliação e de treinamento;

Garantir o acesso à assistência hospitalar;

Fornecer medicamentos, órteses e próteses necessárias à recuperação e reabilitação da saúde do idoso;

Estimular a participação do idoso nas diversas instâncias de controle social do SUS;

Desenvolver política de prevenção para que a população envelheça mantendo bom estado de saúde;

Desenvolver e apoiar programas de prevenção, educação e promoção da saúde do idoso; estimular a permanência do idoso na família e comunidade, com autonomia e independência;

Estimular o auto cuidado e o cuidado informal, envolver a população nas ações de promoção da saúde do idoso, estimular a formação de grupo de auto-ajuda, de grupos de convivência, em integração com outras instituições que atuam no campo social;

Produzir e difundir material educativo sobre o idoso;

Elaborar normas de serviços geriátricos e hospitalares;

Desenvolver formas de cooperação entre secretarias de saúde dos estados, do Distrito Federal e dos municípios e entre os centros de referências em Geriatria e Gerontologia para treinamentos de equipes inter-profissionais;

Incluir a Geriatria como especialidade clínica para efeito de concursos públicos federais, estaduais, municipais e do Distrito Federal;

Realizar estudos para detectar o caráter epidemiológico de determinadas doenças do idoso, com vistas à prevenção, tratamento e reabilitação;  
 Criar serviços alternativos e saúde para o idoso;  
 Estimular a criação na rede de serviços do SUS de unidades de cuidados diurnos (Hospital-dia, Centro-dia), de atendimento domiciliar e outros serviços alternativos para o idoso. (BRASIL, 1996)

A Lei Orgânica de Saúde, Lei n 8.080/90, em seus princípios da universalidade, igualdade, integralidade participação e descentralização, estabelecem também o princípio da “preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral”. O referido princípio em um dos pilares da Portaria n 1.395 de dezembro de 1999, a Política Nacional de Saúde do Idoso, estabelecida como resultado da efetivação da Lei 8842, tendo como diretrizes:

Envelhecimento saudável;  
 Manutenção da capacidade funcional comprometida;  
 Assistência às necessidades de saúde do idoso;  
 Reabilitação de capacidade funcional comprometida;  
 Capacitação de recursos humanos especializados;  
 Apoio ao desenvolvimento de cuidadores informais;  
 Apoio estudos e pesquisas. (MORAIS, 2008, p. 685-686)

Onde remete o estudo a discutir as Políticas Públicas de Saúde e seus reflexos para os idosos.

### **2.5.1 Políticas públicas de saúde**

No século XX, a nação brasileira conseguiu resultados positivos na melhoria dos indicadores de saúde de sua população, vindo a ser assegurados seus direitos à saúde, pela primeira vez, na Constituição Federal de 1988, destacando-se o enfoque social universalista registrado no artigo 196: “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.”

Em sua essência, uma política de saúde deve identificar o conjunto de objetivos que traduzam aspirações e interesses prevalentes na sociedade e os meios disponíveis no tempo e espaço a que se referem. As avaliações de cobertura populacional, em consonância com o âmbito do Poder, permitem vislumbrar a composição mais eficaz dos recursos para o alcance da imagem-objetivo. Esse

processo de formulação de políticas deve levar em conta as avaliações pregressas, os problemas de grupos populacionais, gênero, áreas territoriais e ambientais, observadas as características peculiares da heterogeneidade com que se manifestam.

A par das penosas conseqüências da adoção de modelos políticos modernizantes e da escassez de recursos públicos nos grupos de população menos favorecidos, em desvantagem socioeconômica, situações estressantes acabam por provocar uma ocorrência maior de problemas sociais de saúde. Condições insalubres de vida, degradação do meio ambiente, violência urbana e rural, exclusão social, poucos recursos individuais e familiares, desemprego, corrosão do valor de aposentadorias e pensões, difícil acesso e/ou carência de disseminação de informações para a adoção de hábitos saudáveis de vida, agravados pelo alheamento pessoal às informações, são precondições subjacentes ao processo de formulação de uma política. Em última instância, a política visa à integração da população, reduzindo os espaços entre a afluyente e a carente.

Por via de conseqüência, a formulação de políticas reveste-se de legitimidade quando oriunda de processo democrático comunicativo, em que a sociedade seja ouvida pelos seus formuladores (RIVEIRA & ARTMANN, 1999, *apud* FREITAS, 2008)

O prolongamento da vida foi, sempre, uma aspiração da humanidade. A Forma de tratar os idosos depende, entretanto, de cada cultura ou sociedade. Na sociedade contemporânea, o envelhecimento está culturalmente associado com a saída do mercado de trabalho e o ingresso na aposentadoria. Ao contrário do que significa para nossos antepassados, o saber acumulado ao longo dos anos nem sempre é fonte de reconhecimento e prestígio. Muitas vezes, esse saber é menosprezado e considerado obsoleto (BULLA; KUNZLER, 2005, p. 81)

Além disso, se impõe preservar os princípios de equidade, de eficácia e da eficiência social, ou seja, da integralidade de cobertura e universalidade de acesso da população aos serviços. Isso porque o idoso deve ser considerado como pessoa, e não somente como um indivíduo na população, preservando-lhe sua integralidade biopsicossocial, seu universo de crenças e valores que tornam cada idoso um ser único, não só para fins de planejamento, mas também, e principalmente, para resguardar-lhe a cidadania, ou seja, sua função social no seio da família e da sociedade, com toda influencia ambiental. Essa abordagem vem ao encontro de

princípios tais como o respeito ao pluralismo e às especificidades que caracterizam cada ser.

As necessidades de saúde surgem expressando-se em múltiplas dimensões – social, psicológica, biológica e cultural – que forçam a interação comunicativa por parte de todos os envolvidos, os usuários, as equipes interdisciplinares e multiprofissionais, autoridades e saberes diversos que integram os equipamentos sociais, na busca de atendimento e harmonia entre o conhecimento e as intervenções sobre o objeto complexo saúde-doença (BARBOSA, 2001 apud, FREITAS, 2008, p. 97)

Na formulação da política, é importante considerar as aceleradas mudanças que estão ocorrendo na estrutura etária e epidemiológica da população, caracterizada pela queda da taxa de natalidade associada ao aumento da expectativa de vida, evitando-se que as postulações resultem em modelos arcaicos e anacrônicos que não contemplem oportunas intervenções no estilo de vida, com a incorporação de atitudes e comportamentos que favoreçam o envelhecimento saudável. Isso implica a adoção de modelos adequados às respostas que o sistema de saúde deve prover para atender à nova realidade (KALACHE, VERAS & RAMOS, 1987 apud FREITAS, 2008).

A transição epidemiológica, decorrentes de significativas mudanças nos perfis de causas de morte e modo de adoecer da população, determinadas pelos fatores de risco e condicionadas ao estilo de vida, acompanhou a transição demográfica, e a que se definirem novas prioridades e propostas de atenção a saúde. As práticas assistenciais devem se fundamentar também nas pesquisas epidemiológicas, nas questões sociais e no uso diversificado de distintos saberes (TEIXEIRA, 1999 apud FREITAS, 2008, p 201.

Dessa maneira, o acesso às informações de saúde e os benefícios que podem advir da modificação de comportamentos de risco, o monitoramento periódico de marcadores clínicos de doenças, o acesso a serviços de saúde especializados, o uso oportuno de tecnologia passam à ser os condicionantes da efetividade das políticas de saúde.

De acordo com a Organização Pan Americana de Saúde (1997), as mudanças no perfil de mortalidade dos adultos introduzem uma nova divisão por grupo de idade do seguimento idoso. Um primeiro grupo estará constituído por idosos entre 65 e 74 anos de idade, os idosos jovens, um segundo grupo, por idosos de 75 a 84 anos (idosos) e os maiores de 85 anos (muito idosos). Esse agrupamento favorecerá a identificação de ações preferenciais de atenção, de acordo de acordo com as suas prioridades e demandas, por grupo etário. (LIMA-COSTA, 2000 apud FREITAS, 2006, p. 74)

Novos indicadores de saúde tais como longevidade e manutenção da capacidade funcional, tanto física quanto mental, conseqüentes a redução da morbimortalidade, devem incorporar-se aos instrumentos de avaliação das políticas públicas, permitindo que os resultados representem ganhos nos níveis de saúde, principalmente em termos de independência funcional e anos potenciais de vida ativa.

Conforme Lima Costa e Veras:

[...] a promoção da saúde em favor do envelhecimento bem-sucedido requer a ampliação e a renovação dos modelos de atenção-cuidado-prevenção-reabilitação e das diretrizes das ações coletivas, incluindo as alternativas que permitam a participação popular desde suas formulações visando à defesa dos direitos sociais e da cidadania em favor do “viver melhor”, traduzida como qualidade de vida. (LIMA-COSTA & VERAS, 2003 apud FREITAS, 2006, p.89)

Mediante o exposto, a proposta da construção do Centro de Convivência, vem ao encontro da Política Nacional do Idoso, que estabelece no parágrafo 1º do artigo 4º “viabilização de normas alternativas de participação, ocupação e convívio com o idoso, que proporcione sua integração as demais gerações”. Consta ainda, da Política da Assistência Social, o atendimento efetivo ao idoso, estimulando sua autonomia e independência. Vale ressaltar, ainda que na 1º Conferência Municipal de Assistência Social, o Centro de Convivência foi apontado como um passo para o atendimento e atenção ao idoso e aprovado no Conselho Municipal de Assistência Social. (SALGADO, 1997)

### **Pacto pela Vida**

O Pacto pela Vida é o compromisso entre os gestores de SUS em torno de prioridades que apresentam impacto sobre a situação de saúde da população brasileira. A definição de prioridades deve ser estabelecida por meio de metas nacionais, estaduais, regionais ou municipais. Prioridades estaduais ou regionais podem ser agregadas às prioridades nacionais, conforme pactuação local. Os estados/regiões/municípios devem pactuar as ações necessárias para o alcance das metas e dos objetivos propostos.



São seis prioridades pactuadas:

- ✓ Saúde do idoso;
- ✓ Controle do câncer do colo do útero e da mama;
- ✓ Redução da mortalidade infantil e materna;
- ✓ Fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza;
- ✓ Promoção da Saúde;
- ✓ Fortalecimento da Atenção Básica.

### **Saúde do Idoso**

Para efeitos deste Pacto será considerada idosa a pessoa com 60 anos ou mais.

**O trabalho nesta área deve seguir as seguintes diretrizes:**

- ✓ Promoção do envelhecimento ativo e saudável;
- ✓ Atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa;
- ✓ Estímulo às ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção;
- ✓ A implantação de serviços de atenção domiciliar;
- ✓ O acolhimento preferencial em unidades de saúde, respeitado o critério de risco;
- ✓ Provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa;
- ✓ Fortalecimento da participação social;
- ✓ Formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa;
- ✓ Apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas.

**Ações estratégicas:**

- ✓ Caderneta de Saúde da Pessoa Idosa – instrumento de cidadania com informações relevantes sobre a saúde da pessoa idosa, possibilitando um melhor acompanhamento por parte dos profissionais de saúde.
- ✓ Manual de Atenção Básica à Saúde da Pessoa Idosa – para indução de ações de saúde, tendo por referencia as diretrizes contidas na Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa.
- ✓ Programa de Educação Permanente à Distância – implementar programa de educação permanente na área do envelhecimento e saúde do idoso, voltado para profissionais que trabalham na rede de atenção básica à saúde, contemplando os conteúdos específicos das repercussões do processo de envelhecimento populacional para a saúde individual e para a gestão dos serviços de saúde.
- ✓ Acolhimento – reorganizar o processo de acolhimento à pessoa idosa nas unidades de saúde, como uma das estratégias de enfrentamento das dificuldades atuais de acesso.
- ✓ Assistência Farmacêutica – desenvolver ações que visem qualificar a dispensação e o acesso da população idosa.
- ✓ Atenção Diferenciada na Internação – instituir avaliação geriátrica global realizada por equipe multidisciplinar, a toda pessoa idosa internada em hospital que tenha aderido ao Programa de Atenção Domiciliar.
- ✓ Atenção Domiciliar – instituir esta modalidade de prestação de serviços ao idoso, valorizando o efeito favorável do ambiente familiar no processo de recuperação de pacientes e os benefícios adicionais para o cidadão e o sistema de saúde. (BRASIL, 2006)

## 2.6 ESPAÇOS ALTERNATIVOS

Com o declínio gradual das aptidões físicas, o impacto do envelhecimento e das doenças, o idoso tende a ir alterando hábitos de vida e rotinas diárias por atividades e formas de ocupação pouco ativas.

Camarano e Pasinato (2004, p. 257) ressaltam que:

[...] a promoção da independência requer políticas públicas que garantam a autonomia física e financeira, ou seja, o acesso aos direitos básicos de todo o ser humano: alimentação, habitação, saúde, trabalho, e educação.

Por participação, busca-se a manutenção da integração dos idosos na sociedade. Isso requer a criação de um ambiente propício para que possam compartilhar seus conhecimentos e habilidades com gerações mais jovens e de se socializarem. Os cuidados referem-se à necessidade do desfrute pelos idosos de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais, através do cuidado familiar ou institucional.

Auto-realização significa a possibilidade de os idosos fazerem uso de oportunidades para o desenvolvimento do seu potencial, por meio do acesso a recursos educacionais, culturais, espirituais e recreativos. Por último, o quesito dignidade requer que se assegure aos idosos a possibilidade de vida digna e segura, livre de toda e qualquer forma de exploração e maus-tratos.

Reilly, apud Papaléo (2002, p. 348): define

Ocupação para uso intencional do tempo pelos seres humanos, a fim de satisfazer seus próprios impulsos internos em direção à exploração e ao domínio de seu ambiente, que ao mesmo tempo, satisfaz as exigências do grupo social ao qual eles pertencem e as necessidades pessoais de auto-suficiência. Com base nos impulsos internos do indivíduo, a ocupação humana se desenvolve numa linha contínua entre ação e trabalho.

Através da ação, o homem organiza seu comportamento e inicia mudanças em si próprias e na sociedade. Dentro do trabalho, o homem é produtivo para si próprio e para o grupo social. Assim, a ação promove mudança, e o trabalho mantém o indivíduo e o grupo social. Ambos existem em harmonia e em equilíbrio, caracterizando o uso do tempo entre trabalho e lazer, os quais inter-relacionados durante toda a vida. No sentido de colaborar com o indivíduo para que ele realize de

forma satisfatória e adequada as atividades que o levem ao seu desenvolvimento e ao domínio de si e de seu meio. (PAPALÉO, 2006)

A promoção da saúde em favor do envelhecimento bem-sucedido requer a ampliação e a renovação dos modelos de atenção-cuidado-prevenção-reabilitação e das diretrizes das ações coletivas, incluindo as alternativas que permitam a participação popular desde suas formulações visando à defesa dos direitos sociais e da cidadania em favor do “viver melhor”, traduzida como qualidade de vida (LIMA-COSTA & VERAS, 2003 apud PAPALÉO, 2002, p. 347)

Para Salgado, o idoso “[...] tem de ser estimulado a viver segundo suas expectativas e potencialidades. Ainda que obedecendo a seus limites particulares tem que estar presente no mundo que o cerca”. (SALGADO, 1997, p. 65)

Isto só poderá ser alcançado na medida em que houver uma real interação entre os sujeitos envolvidos (governos e sociedades civil organizada), permitindo essencialmente a participação dos idosos nas definições das ações, pois a eles cabe também, lutar pela melhoria das SUS condições de vida.

Qualidade de vida (QV) é a prevenção do prazer em todos os aspectos, o prazer de ter um corpo saudável aceitando os seus limites, o prazer de interagir com a sociedade e o prazer de compartilhar e de aprender. Hoje o mais importante é poder melhorar a qualidade de vida de nossos idosos, proporcionando bem estar, saúde e equilíbrio. A qualidade de vida na terceira idade pode ser definida como a manutenção da saúde. E uma boa contribuição é a prática regular de atividade física, que devera ser feita sob orientação. A terceira idade traz consigo algumas limitações já que não se tem a mesma vitalidade, a rapidez dos movimentos e do raciocínio e nem a mesma coordenação motora. A palavra quantidade para o idoso não tem muito significado, o que é importante para eles é a qualidade, pois só assim eles podem expor suas potencialidades, de produzir mudanças, de alterar valores e enfatizar os aspectos positivos do envelhecimento, e desmistificar que o idoso é dependentes, inativos, que não serve mais para nada e que a sociedade insiste em estabelecer.

Reilly define:

Ocupação para uso intencional do tempo pelos seres humanos, a fim de satisfazer seus próprios impulsos internos em direção à exploração e ao domínio de seu ambiente, que ao mesmo tempo, satisfaz as exigências do grupo social ao qual eles pertencem e as necessidades pessoais de auto-suficiência. Com base nos impulsos internos do indivíduo, a ocupação

humana se desenvolve numa linha continua entre ação e trabalho. Através da ação, o homem organiza seu comportamento e inicia mudanças em si próprio e na sociedade. Dentro do trabalho, o homem é produtivo para si próprio e para o grupo social. Assim, a ação promove mudança, e o trabalho mantém o individuo e o grupo social. Ambos existem em harmonia e em equilíbrio, caracterizando o uso do tempo entre trabalho e lazer, os quais inter-relacionados durante toda a vida. No sentido de colaborar com o individuo para que ele realize de forma satisfatória e adequada as atividades que o levem ao seu desenvolvimento e ao domínio de si e de seu meio. (REILLY apud PAPALÉO, 2002, p. 348)

A elaboração de um programa de atividade física para a terceira idade deve levar basicamente em consideração o preparo para que o idoso possa cumprir suas necessidades básicas diárias (necessidades impostas pelo cotidiano), ou seja, tentando impedir que o idoso perca a sua auto-suficiência, através da manutenção de sua saúde física e mental.

Antes de se iniciar a prática de exercícios com idosos é necessário que o mesmo faça uma avaliação médica. Sabe-se que o tipo de atividade física ideal envolve variáveis como: atividade mais adequada, frequência, intensidade de trabalho determinada por variáveis que vão desde os hábitos de vida (fumante, tipo de alimentação, presença ou não de atividade atual) até os fatores geneticamente herdados. Tendo como objetivo final a melhora ou manutenção de qualidade de vida relacionada à saúde, deve-se, então, escolher as capacidades físicas que seja pré-requisitos básicos para a conquista da vida saudável. As mudanças psicológicas, fisiológicas e sociais que ocorrem com o processo de envelhecimento, vão influenciar de maneira decisiva no comportamento da pessoa idosa.

Com o declínio gradual das aptidões físicas, o impacto do envelhecimento e das doenças, o idoso tende a ir alterando hábitos de vida e rotinas diárias por atividades e formas de ocupação pouco ativas. Os efeitos associados à inatividade e a adaptabilidade são muito sérios. Podem acarretar numa redução no desempenho físico, na habilidade motora, na capacidade de concentração, de reação e coordenação, gerando processos de autodesvalorização, apatia, insegurança, perda de memória, isolamento social e a solidão.

Os efeitos da diminuição natural do desempenho físico podem ser atenuados se forem desenvolvidos com os idosos, programas de atividades físicas e recreativas que visem a melhoria das capacidades motoras que apóiam a realização das atividades da vida cotidiana, dando ênfase na manutenção das aptidões físicas de principal importância no seu bem estar. É fundamental que o idoso aprenda a

lidar com as transformações de seu corpo e tire proveito de sua condição, prevenindo e mantendo em bom nível sua plena autonomia.

Para isso é necessário que se procure estilos de vida ativos, integrando atividades físicas a sua vida cotidiana. Particularmente as atividades recreativas devem ser: atraentes, diversificadas, com intensidade moderada, de baixo impacto, realizadas de forma gradual, promovendo a aproximação social, sendo desenvolvidos de preferência coletivamente, respeitando as individualidades de cada um, sem estimular atividades competitivas, pois tanto a necessidade quanto o esforço aumentam os fatores de risco. Com isso é possível se alcançar níveis bastante satisfatórios de desempenho físico, gerando autoconfiança, satisfação, bem estar psicológico e interação social.

Deve-se levar em conta que o equilíbrio entre as limitações e as potencialidades da pessoa idosa ajuda a lidar com as inevitáveis perdas decorrentes do envelhecimento. (PIRES, 2008)

### **2.6.1 Ações ou serviços prestados**

As ações e serviços prestados aos idosos tentam buscar a dinamização dos trabalhos que envolvem desde posição política frente a essa linha de ação governamental, ampliação do acesso aos benefícios e serviços aos quais tem direito o cidadão idoso, aumentando o acesso a informações que possibilitem consciência de seus direitos e deveres, mobilizando e estimulando esses cidadãos a continuarem assumindo suas posições frente a vida política, cultural e econômica da sociedade, fortalecendo através de suas participações publicas em eventos de diferentes âmbitos no município a se mostrarem atuantes, fortalecendo a valorização que se deve prestar a eles por parte da sociedade, desmistificando estigmas infundados sobre suas limitadas competências de atuação seja na área econômica, política ou cultural como nas propostas de participação em ações esportivas e que envolvam seu aporte físico para reconhecimento pessoal e como uma classe social.

Os estudos direcionados aos idosos têm apontado uma gama de benefícios à saúde à sociedade promovida com a prática de atividades físicas cotidianas. Fator preocupante, pois está comprovado que a cada ano a população que pertence ao grupo da Terceira Idade, cresce de forma acelerada e sem os devidos esclarecimentos a respeito de tais benefícios.

Uma rotina ativa com simples tarefas, incluindo atividades leves individuais ou coletivas como: caminhadas de baixa intensidade, utilização de escadas em vez de elevadores, cuidar do jardim, atividades aquáticas, viagens turísticas a lazer em geral, proporcionam uma melhoria na condição física e psicológica, auxiliando na realização de movimentos do dia -a -dia, tornando esses indivíduos prestativos em seu meio social e conscientes cidadãos (LACOSTE, 1993, p. 57)

Geralmente, a velhice está ligada às modificações do corpo, com o aparecimento das rugas e dos cabelos brancos, com o andar mais lento, diminuição das capacidades auditiva e visual, é o corpo frágil. Essa é a velhice biologicamente normal evolui progressivamente e prevalece sobre o envelhecimento cronológico. Cientistas e geriatras preferem separar a idade cronológica (idade numérica) da idade biológica (idade vivida). Para eles, tanto o homem quanto à mulher se encontra em terceira idade por parâmetros físicos, orgânicos e biológicos.

Autonomia e independência são capacidades que tornam o individuo apto a decidir sobre seus interesses e a se organizar sem nenhuma necessidade de ajuda. A autonomia é o exercício da autodeterminação, e o individuo autônomo é aquele que mantém o poder decisório e o controle de sua vida (HERÉDIA; CORTELLETTI; CASARA. 2004, p. 18).

## **2.7 COMUNICAÇÃO COM A PESSOA IDOSA**

A comunicação é considerada uma necessidade fundamental, cuja satisfação envolve um conjunto de condições biopsicossociais. É mais do que uma troca de palavras, trata-se de um processo dinâmico que permite que as pessoas se tornem acessíveis umas às outras por meio de compartilhamento de sentimentos, opiniões, experiências e informações.

Comunicar envolve, além das palavras que são expressas por meio da fala ou da escrita, todos os sinais transmitidos pelas expressões faciais, pelo corpo, postura corporal e distância que se mantém entre as pessoas; a capacidade e jeito de tocar ou mesmo o silêncio em uma conversa. A comunicação é essencial na área de saúde, pois, por meio dela são obtidas informações valiosas para a condução terapêutica.

**Quadro 1: A comunicação com a pessoa idosa para aprimorar:**

Use frases curtas e objetivas.
Chame-o pelo próprio nome ou da forma como ele preferir.
Evite enfatizá-lo utilizando termos inapropriados como “vovô”, “querido”, ou ainda, utilizando termos diminutivos desnecessários (“bonitinho”, “lindinho” etc)
Pergunte se entendeu bem a explicação, se houve alguma dúvida.
Repita a informação, quando essa for erroneamente interpretada, utilizando palavras diferentes e, de preferência, uma linguagem mais apropriada à sua compreensão.
Fale de frente, sem cobrir sua boca e, não se vire ou afaste enquanto fala.
Aguarde a resposta da primeira pergunta antes de elaborar a segunda, pois, a pessoa idosa pode necessitar de um tempo maior para responder.
Não interrompa a pessoa idosa no meio de sua fala, demonstrando pressa ou impaciência. É necessário permitir que ele conclua seu próprio pensamento.

Fonte: Da autora

A comunicação é um processo complexo baseado em cinco dimensões: biológica, fisiológica, social, cultural e espiritual.

**Quadro 2: Fatores relacionados às dimensões da comunicação**

<b>Biofisiológica</b>	<b>Psicológica</b>	<b>Sociológica</b>	<b>Cultural e/ou espiritual</b>
Integridade dos órgãos sensoriais; Integridade do sistema locomotor; Ausência de déficits cognitivos; Processo de Senescência	Inteligência; Percepção; Personalidade; Emoções	Pessoas ao redor; Ambiente adequado	Educação e cultura; Status social

Fonte: Da autora

A diminuição das capacidades sensório-perceptivas, que ocorre no processo de envelhecimento, pode afetar a comunicação das pessoas idosas. Tais



alterações são manifestadas pela diminuição da capacidade de receber e tratar a informação proveniente do meio ambiente que, se não forem adequadamente administradas, poderão levar ao isolamento do indivíduo. Os idosos muitas vezes tardam em perceber; aceitar e tratar suas dificuldades e, em consequência disso, acabam se afastando do convívio familiar e social para evitar situações constrangedoras.

**Audição:** A deficiência auditiva gera no idoso um dos mais incapacitantes distúrbios de comunicação, impedindo-o de desempenhar plenamente seu papel na sociedade. É comum observarmos o declínio da audição acompanhado de diminuição na compreensão de fala por parte do idoso, dificultando sua comunicação com outrem.

Algumas medidas simples podem auxiliar a comunicação com as pessoas idosas que apresentem declínio auditivo:

- ✓ Evite ambientes ruidosos;
- ✓ Evite submeter às pessoas idosas às situações constrangedoras quando essas não entenderem o que lhes foi dito ou pedirem para que a fala seja repetida;
- ✓ Procure falar de forma clara e pausada e, aumente o tom de voz somente se isso realmente for necessário;
- ✓ Fale de frente, para que a pessoa idosa possa fazer a leitura labial.

**Voz:** Com a voz a pessoa se faz ouvida e respeitada, garantindo seu lugar na sociedade. A alteração vocal é inerente à idade e deve ser compreendida como parte do processo de envelhecimento normal do indivíduo e não como um transtorno, embora, muitas vezes, seja difícil estabelecer o que é normal e o que é doença. Pesquisas revelam que um indivíduo que segue as orientações de saúde vocal durante sua vida pode minimizar as possíveis dificuldades decorrentes do avanço da idade. São elas:

- ✓ Evite gritar ou falar com esforço;
- ✓ Evite competir com outras vozes ou ruídos do ambiente;

- ✓ Evite falar durante caminhada intensa, corrida ou ginástica, pois, isso dificulta a respiração solta e livre;
- ✓ Articular bem as palavras;
- ✓ Verificar a necessidade e condições de próteses dentárias e/ou auditivas;
- ✓ Fazer atividades que estimulem o uso da voz como a conversação e o canto;
- ✓ Beber água quando falar muito ou cantar, pois, a água hidrata o corpo e faz as pregas vocais funcionarem melhor;
- ✓ Evitar o pigarro e a tosse, exceto quando for reação a algum distúrbio;
- ✓ Manter uma alimentação saudável;
- ✓ Evitar álcool em excesso e cigarro;
- ✓ Evitar mudanças bruscas de temperatura;
- ✓ Diminuir a distancia entre os falantes;
- ✓ Falar em ambiente iluminado para facilitar a leitura labial;
- ✓ Manter o convívio social e familiar.
- ✓
- ✓

**Linguagem:** O tipo de linguagem que estabelecemos com os idosos é definido a partir da observação da sua habilidade cognitiva e de seu nível de orientação, considerando seus déficits sensoriais e o uso de medicações. É necessário avaliar o contexto e individualizar as informações; não é toda pessoa que tem diminuição na capacidade auditiva ou que pensa mais lentamente.

Se por um lado, as pessoas idosas podem apresentar algumas dificuldades na comunicação verbal, por outro, elas podem estar muito atentas e treinadas na decodificação da comunicação não-verbal, por já terem vivenciado inúmeras experiências ao longo da vida. O profissional deve estar atento à sua postura corporal, à forma como toca a pessoa e à emoção ou o sentimento expresso durante o atendimento.

Outro ponto a ser considerado é que a pessoa idosa pode ter perdido a capacidade de escrever, falar, ler ou entender o que os outros dizem, em consequência de alterações neurológicas. A falta dessas habilidades prejudica

sobremaneira seu desempenho social, comprometendo sua identidade, auto-estima e qualidade de vida.

Essas dificuldades estão associadas, geralmente, à compreensão da linguagem e não à capacidade intelectual. Falar mais pausadamente, não mudar o assunto bruscamente e utilizar gestos e objetos enquanto fala ou orienta estimular a manutenção de hábitos sociais, atividades profissionais e/ou cotidianas, à participação nas decisões familiares e as execuções de atividades que estimulem a linguagem podem auxiliar no processo de comunicação e devem sempre ser considerados.

**Comunicação não-verbal:** A comunicação não-verbal é tudo aquilo que a pessoa sente, pensa e expressa por meio de sua movimentação corporal, gestos e posturas. Tem por objetivo completar, substituir ou contradizer a comunicação verbal, além de demonstrar os sentimentos das pessoas.

O ser humano, mesmo sem nada verbalizar, demonstra o que está sentindo nas expressões faciais. De modo geral, fala pouco o que sente e pensa, quer pelo receio de ser ridicularizado, quer por acreditar que não será ouvido. No caso da pessoa idosa, isso pode ocorrer com menos freqüência, pois essa tende a ser mais espontânea nas suas expressões.

A distância mantida entre as pessoas ou espaço interpessoal representa outra dimensão da comunicação não verbal. No processo de comunicação essa “distância” não deve ser ultrapassada sem permissão, pois pode provocar reações de defesa, tais como:

- ✓ Desviar os olhos e virar a cabeça;
- ✓ Virar o corpo em outra direção;
- ✓ Enrijecer a musculatura;
- ✓ Cruzar os braços;
- ✓ Dar respostas monossilábicas às questões feitas;
- ✓ Afastar-se, se o espaço permitir.

Na realização de exames físicos ou de procedimentos mais invasivos, essa “distância” tende a ser rompida e os sinais automáticos de defesa serão, possivelmente, acionados. Isso pode ser evitado ou minimizado solicitando-se a

permissão da pessoa idosa para a execução do procedimento, garantindo, dessa forma, que o vínculo de confiança não seja quebrado.

É importante considerar a necessidade das pessoas idosas em delimitarem seu próprio espaço e o meio em que ela vive. O território pode ser demarcado, por exemplo, por meio da colocação de objetos pessoais como chinelo, livro e Bíblia. A invasão desse território sem permissão, também cria reações de defesa. Por meio do ambiente, a pessoa idosa também pode expressar aquilo que ela valoriza – quadros, imagens, animais, plantas – que podem propiciar o início de um diálogo quebrando-se algumas resistências.

A maneira como as pessoas tocam as outras é, também, uma forma de sinalização não-verbal. O toque pode demonstrar a intenção e a valorização que se dá à pessoa a quem está sendo tocada. As mensagens transmitidas pelo toque são influenciadas pela duração do contato, pela região tocada, pela intensidade e frequência do toque, pela velocidade de aproximação e pela resposta provocada, tanto por quem toca quanto por quem é tocado.

As pessoas idosas de hoje foram educadas em uma época em que o corpo era um “tabu” e a aproximação física era vista com certo rechaço. Atualmente, se aceita com mais facilidade o contato no ombro, braço e mão, do que em qualquer outra parte do corpo. Em um contato inicial esses aspectos devem ser considerados, evitando-se locais que possam ser constrangedores, como por exemplo, pernas e abdome.

**Identificação de sinais de maus tratos:** A pessoa idosa encontra muitas vezes, dificuldades em verbalizar que sofre maus-tratos, negligência ou alguma outra forma de violência intra-familiar, em muitos casos, demonstra medo ou ansiedade na presença do cuidador ou de familiar. No entanto, isso pode ser identificado por meio da observação de lesões, equimoses, úlceras de decúbito, desidratação ou ainda nas demonstrações de não aceitação em responder a perguntas relacionadas ao assunto violência. Isso é outra forma de comunicação não verbal que nos alerta das suas dificuldades nas relações familiares. É necessário estar atento para o que o idoso fala ou não fala, como se comporta, seus gestos, suas expressões faciais. Isso pode comunicar muito mais do que somente a avaliação das suas lesões, déficits ou incapacidades e talvez seja essa a única oportunidade de detectar tais situações.

A comunicação, verbal e não-verbal, é um importante recurso para a formação de vínculos, para avaliação e para o planejamento assistencial. (BRASIL, 2006)

A comunicação entre os que cuidam, e o ser cuidado são à base de um bom relacionamento entre a equipe multidisciplinar e interdisciplinar, sendo um processo que pode permitir estabelecer uma empatia pessoa-pessoa, cumprindo desse modo a finalidade dos cuidados, que é ajudar indivíduos e famílias a impedir ou lidar com experiências de doença e sofrimento, ajudando-os a encontrar um significado nestas experiências.

A comunicação é uma capacidade humana que requer habilidades, para o estabelecimento de troca de informações e significados sobre o mundo e sobre si mesmo. É um contato que envolve indivíduos, no qual há uma influência recíproca; podendo ter uma comunicação não-verbal ou verbal. A relação entre pessoa a pessoa é uma interação entre seres humanos, na qual não se evidencia qualquer processo de hierarquia, de modo que ambos podem compartilhar seus sentimentos, valores e significados, através do processo de comunicação. É antes de tudo uma experiência que se produz entre a equipe multidisciplinar e o beneficiário de seus cuidados. (LEOPARDI, 2006, p. 86)

Segundo Jacobi, “o cuidado global ao idoso quase sempre necessita da atuação integrada de vários profissionais. É necessário colaborar e interagir com esses profissionais para o cuidado otimizado.” (JACOBI, 2008, p.201)

Muito se tem discutido sobre a comunicação, o relacionamento e a maneira de ser consigo mesmo e com outras pessoas. Existem diferentes maneiras de a comunicação ocorrer na relação entre pessoas, elas podem ser vistas de forma negativa. As maneiras negativas podem ter como resultado o não interagir e, conseqüentemente, o não passar qualquer tipo de comunicação; as positivas aparecem quando ocorre reconhecimento e compreensão do que se pretende comunicar por gestos, atitudes e comportamentos como se dispuser de forma prazerosa, receptivo, ler semblante afável, portar-se de forma humorada entre outras.

### Para Lopes-Herrera

O bom humor afugenta doenças, mantém uma vida mais saudável, melhora o relacionamento, aumenta o círculo de amizades. Afirma que a utilização do humor como método de ensino para formar a sociedade mais saudável e menos conflituosa deve ser incluída pelo processo educativo.

Dessa forma, o ser humano pode experimentar um mundo menos traumático e mais desejado. (LOPES-HERRERA, 1998 apud COSTENARO, 2002, p.69)

A saúde depende muitas vezes do ajustamento integrado entre corpo e mente, o diálogo é uma das atividades mais comuns e básicas de todas as funções humanas.

### Segundo Rossi:

O pensamento é a matéria-prima para que o organismo produza diferentes tipos de hormônios, positivos ou negativos. Dessa forma, o controle das emoções humanas pode permitir, por exemplo, a produção de melatonina e catecolamina, que agem sobre o sistema imunológico produz células capazes de fortalecerem o corpo contra doenças. . (ROSSI, 1992, apud COSTENARO, 2002, p.70)

Rossi (1992) escreve que existem duas partes da linguagem humana que são: a externa, que as outras pessoas ouvem, e a interna, que é a linguagem que a pessoa usa para se comunicar consigo mesma, pode ser definido como a linguagem do coração que é a resposta do corpo ao diálogo humano.

Este fator parece estar diretamente ligado às condições de saúde, ao comportamento e ao humor das pessoas, pois somos seres humanos sociáveis e, como tal devemos nos adequar da melhor forma possível, para vivermos em harmonia. Sendo assim a importância do inter-relacionamento humano. No momento do diálogo a dois ou grupal se realiza, ao mesmo tempo em que ambos certificam-se da importância de sua própria existência, da sua vitalidade e condições para reconhecermos e valorizarmos nossa espécie e nosso saber.

### 3. PLANO AÇÃO/ NEGÓCIOS

Na busca da Qualidade de Vida da Terceira Idade é de grande importância traçar um plano de ação para aplicar e oferecer conforto, ocupação, estímulo e tranquilidade a população que buscará o serviço; devendo este ser diferenciado, com qualidade e sob o comando de um profissional enfermeiro. O local deve ser amplo e com arquitetura adequada para evitar acidentes domésticos e proteger a população alvo. Com aposentos arejados com no máximo dois leitos e banheiro privativo. E com capacidade máxima de 30 (trinta Idosos) de ambos os sexos.

O coordenador enfermeiro deve ter aptidões e formação específica, para bem direcionar os trabalhos. A equipe de trabalho será composta por funcionários capacitados para este fim e terão a supervisão direta do enfermeiro, sendo que a equipe poderá incorporar outros profissionais de nível superior de acordo com as expectativas e necessidades dos Idosos. Assim o Centro de Convivência Diurno para Idosos, poderá realizar convênios/parcerias com entidades que possam oferecer atividades que aperfeiçoem a Qualidade de vida da terceira idade, como por exemplo: Atendimento Geriátrico no local do estabelecimento para comodidade dos Idosos, sauna, hidroterapia, clinica de fisioterapia etc....

#### 3.1 ORÇAMENTO:

INVESTIMENTO	NECESSIDADE	CUSTO EM R\$
Local amplo adequado para (15 dormitórios, sala, copa, cozinha, varanda e com terreno	01	150.000,00
Enfermeiro	01	2.500,00 /mês
Cozinheira	01	1.000,00/mês
Auxiliares de cozinha	02	1.600,00/mês
Técnicos de enfermagem	02	2.000,00/mês
Encargos Sociais		15.000,00/mês
Educador Físico	01	800,00/mês

Fisioterapeuta	01	2.500,00/mês
Geriatra	01	4.000,00/mês
Terapeuta ocupacional	01	1.500,00/mês
Assistente Social	01	2.500,00/mês

Sendo que a receita será através de convênios e através de pagamentos por parte dos idosos ou de seus familiares de uma mensalidade de R\$1.500,00 totalizando R\$ 45.000,00 mensais, o que viabilizaria o projeto.

Como todo plano de ação este também não é terminado podendo a qualquer momento sofrer alterações e adequações, bem como poderão, ser incorporados outros profissionais a casa de repouso.

Dolabela destaca que o plano Ação/Negócios é uma linguagem para descrever de forma completa o que é e o que pretende ser uma empresa. É uma forma de pensar sobre o futuro do negócio, para onde ir, como ir mais rapidamente, o que fazer durante o caminho de formas a diminuir incertezas e riscos.

O plano de negócio pode indicar que o empreendimento tem grande potencial de sucesso, mas também dar evidências de que ele é irreal, que existem obstáculos jurídicos ou legais intransponíveis que os riscos são incontroláveis ou que a rentabilidade é aleatória ou insuficiente para garantir a sobrevivência da empresa ou do nosso negócio. (DOLABELA, 2006)

É comum empreendedores fazerem segredo da sua idéia por medo de que alguém a copie. Nada mais enganoso. É importante que a idéia seja discutida, criticada. As idéias são diferentes das oportunidades e nascem no interior das pessoas. A mesma idéia pode significar um negócio promissor para uma pessoa enquanto para outra talvez permaneça como simples idéia. Caso a idéia esteja apoiada em uma inovação tecnológica, o registro de marcas e patentes é fundamental para proteção dos direitos. Se a idéia for tão frágil e atraente que possa ser copiada por qualquer pessoa. O empreendedor deve se preparar, porque certamente irá copiá-la quando o produto ou serviço for lançado. Nessa hipótese, tente criar barreiras a concorrência, tornando seu produto único e/ou aproveitando o fato de ter entrado no mercado. O simples segredo não é barreira suficiente. (DOLABELA, 2006, p. 53).

Duas características são importantes para o empreendedor: a capacidade de concentração, em que o alheamento de todos os demais temas e problemas permitem o mergulho em um só assunto de cada vez, e a capacidade de



verticalização, isto é, de tratar os assuntos com a profundidade requerida, e não apenas superficialmente. (DOLABELA, 2006)

Sendo que isto demonstra a importância da concentração na resolução dos problemas com a devida profundidade e certeza de respostas rápidas e atitudes concretas, buscando a raiz dos problemas, resolvendo-os.

### 3.2 ASPECTOS DO AMBIENTE EXTERNO

De acordo com Dolabela (2006) as relevâncias dos aspectos do ambiente externo influem diretamente nas características da população, quanto o nível de escolaridade, sexo, a cultura, socioeconômico, meio ambiente, política, moradia, emprego, lazer, saneamento isso decorrente também das mudanças constantes da economia e do poder governamental.

**Aspectos demográficos:** referem-se às características gerais da população, como tamanho, concentração, composição etária, grau de escolaridade, sexo, profissão, estado civil, composição familiar, etc. A maioria dessas informações é fornecida pelo IBGE.

**Aspectos Econômicos:** são da mais alta relevância, pois o estágio em que se encontra a economia influencia de maneira decisiva na permanência ou abertura de um novo negócio. Exemplo: inflação, taxa de juros, Produto Interno Bruto (PIB) e distribuição de renda. Deve se medir a sensibilidade do produto as variações econômicas. Os jornais e revistas constituem importante fonte de consulta.

**Aspectos Legais e Políticos:** Dizem respeito à avaliação de políticas setoriais, aos incentivos específicos sobre MPME (micro, pequenas e médias empresas) e a observância de leis que regem o setor. Os negócios sobre controle governamental podem ter as regras alteradas a qualquer momento e nem sempre atendem aos requisitos de competência e qualidade. Alguns exemplos: leis antitrustes, leis ambientais, impostos, código do consumidor etc.

**Aspectos tecnológicos:** determinadas mudanças tecnológicas podem afetar setores inteiros da economia. É importante avaliar se o novo empreendimento é mais, ou menos, suscetível a influências da tecnologia.

**Aspectos Culturais:** englobam fatores sociológicos, antropológicos, psicológicos, princípios éticos morais e tradições. É importante avaliar tais fatores, que podem afetar o novo negócio.

A expressão comumente utilizada é feedback pessoal, um provérbio escocês diz: "A maior dívida de DEUS e nos vemos como os outros nos vêem". Um denominador comum entre empreendedores de sucesso é o desejo de saber como estão indo e em que ponto estão tem grandes habilidade para fazer as perguntas certas na hora certa sobre seu desempenho. "Essa sede de saber é fruto de uma consciência aguda de que o feedback pessoal é vital para melhorar seu desempenho e suas chances de sucesso". (TMMONS, 1994 apud, DOLABELA, 2006, p. 93)

O ato de dar feedback a alguém pressupõem o fato de se estar lidando com verdades. Só que essas observações e opiniões são as minhas verdades, a minha percepção. Do mesmo modo, quando alguém nos dá um feedback, transmite-nos sua impressão, repassa-nos um verdade dele, seu modo particular de ver as coisas. Essas impressões poderão ser confirmadas ou não por outras pessoas, mas o que importa, naquele momento, é que estará havendo uma confrontação e sendo criado um espaço para que apareçam a clareza e a transparência, já que estas são imprescindíveis para a continuidade de um processo adequado de se comunicar.

Geralmente, palavra feedback é revestida de uma aura pouco positiva, considerando-se que, ao falar o que penso de uma pessoa, poderei estar desmitificando essa pessoa, colocando em xeque sua auto-imagem. Parece também uma maneira de se demonstrar poder: quem dá o feedback é visto como alguém em posição de superioridade, é quem o recebe, conseqüentemente, em posição de submissão. Não obstante os sentimentos de ansiedade, tensão, revolta, injustiça e tantos outros que provoca, essa oportunidade é impar, porque, através do feedback, tem-se a possibilidade de exercitar a autoconsciência de se tomar decisão sobre mudanças desejáveis em cada forma de conduta, principalmente naquelas a que se referiu o feedback.

Para se dar feedback, sem que isso se torne uma situação traumática ou crie um clima de pouca receptividade e, em certos casos até de animosidade, alguns pontos deverão ser observados. (DOLABELA, 2006)

### **3.2.1 Estrutura Física para Atividades dos Idosos**

O ideal é que todos os esforços sistemáticos que visem à melhora das condições de vida e saúde do idoso envolvam ambas as abordagens: a comunitária e a individual. Dessa forma, conhecer a história e a realidade da comunidade (contexto social) da pessoa idosa é fundamental para planejar, propor e operacionalizar serviços, atividades, oportunidades e cuidados. O fracasso ou a desqualificação de uma iniciativa bem intencionada pode decorrer não somente da falta de consideração com o fator humano, mas também de forma sub-refletida quais grupos ou pessoas idosas são deixados a margem do processo decisório e tratadas como meros recipientes passivos, em lugar de participantes ativos.

Entretanto, um aspecto importante a ser recordado é a existência de diferentes conceituações de “participação de idosos”: participação na condição de meio para atingir algum objetivo e na condição de fim ,quando ele é o próprio objetivo ,e não apenas um instrumento para a melhoria da qualidade de vida e de saúde. Embora possam ser consideradas duas extremidades de um mesmo continuum, ambas se completam e são igualmente importantes.

Portanto inicialmente, a informação, a consultoria e a participação efetiva do idoso no cuidado gerontológico tornam qualquer atividade ou projeto mais trabalhoso. Porém, além de um direito constituído, o envolvimento do idoso no planejamento, na proposta, na operacionalização e na avaliação de atividades, oportunidades e cuidados aumenta as possibilidades de serem constituídos projetos e atividades bem estruturadas e bem-sucedidos no atendimento das necessidades de saúde e sociais da clientela, em oposição as necessidades definidas única e exclusivamente por autoridades profissionais e institucionais. (FIGUEIREDO, 2008).

Quem pensa que idoso é coisa do passado e pouco interessante é melhor ir reciclando mais um pouco seus conhecimentos. Os idosos de hoje estão mais saudáveis, vivem mais e sabem de todas as novidades que surgem. Eles sabem exatamente o que querem e do que precisam e nos ensinam sempre um pouco mais

sobre a vida. O envelhecimento não pode ser visto pela sociedade, família e empregador sob os olhos da discriminação. Não só as pessoas envelhecem as gerações também envelhecem, sem dar conta dos segundos, minutos, dias, semanas, meses e anos.

#### 4. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Minayo (1993) ressalta que a metodologia é o caminho do pensamento e da prática exercida na abordagem da realidade. Neste sentido, a metodologia ocupa um lugar central no interior das teorias e está sempre referida a elas.

Pesquisa é a busca, ilimitada e sem preconceitos, da sistematização do conhecimento em qualquer área. É a verificação sistematizada por meio de abordagens planejadas, objetivos definidos, hipóteses e teorias que devem ser articuladas para explicar os fatos. A aproximação qualitativa da pesquisa envolve o cotidiano dos indivíduos, pois sempre há uma realidade a ser desvendada, sejam por mitos, experiências, ciências ou estudos, considerando que respostas e proposições precisam constantemente ser articuladas à trajetória humana. (MINAYO, 1994).

Para Martinelli (1999), a abordagem qualitativa busca significados, interpretações, sujeitos e suas histórias.

Para Minayo (2002, p. 26):

Rever a Pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se preocupa, nas ciências sociais com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

Spink (2000) segue a mesma direção de Martinelli (1999) no trabalho com os dados, dando ênfase aos aspectos qualitativos. Esses autores afirmam que a interpretação é concebida como um processo de produção de sentidos que tem como atividades o diálogo com as informações coletadas no trabalho de campo e como atividade-fim à explicitação dos sentidos encontrados a partir da interpretação.

Para tanto, Spink (2002, p.105) apresenta algumas técnicas de visibilização, que se configuram como estratégias com vistas ao rigor na pesquisa-rigor entendido “como a objetividade possível no âmbito da intersubjetividade”.

No entanto o processo metodológico refere-se ao estudo dos caminhos, dos instrumentos usados para se fazer pesquisa científica, os quais respondem ao modo de conduzir a pesquisa, para “captar e processar informações e resolver

diversas categorias de problemas teóricos e práticos da investigação” (THIOLLENT, 2004, p. 25).

Nesse sentido reconhece-se a importância dos indicativos que os processos investigadores podem desvendar para que sua intervenção tenha fundamentação coerente e lógica conforme a realidade que se apresenta.

#### 4.1 TIPOS DE PESQUISA

A presente pesquisa se caracteriza como bibliográfica, exploratória, aberta e de campo. Entende-se por pesquisa bibliográfica aquele texto que reúne, analisa e discute conhecimentos e informações já publicadas. A pesquisa bibliográfica procura explicar um problema a partir de referências teóricas publicadas em documentos. Pode ser realizada independentemente ou como parte da pesquisa descritiva ou experimental. Em ambos os casos, busca conhecer e analisar as contribuições culturais ou científicas, do passado, existentes sobre um determinado assunto, tema ou problema.

Para Cervo:

A pesquisa bibliográfica é meio de formação por excelência e constitui o procedimento básico para os estudos monográficos, pelos quais se busca o domínio do estado da arte sobre determinado tema. Como trabalho científico original. Constitui a pesquisa propriamente dita na área das ciências humanas. Como resumo de assunto, constitui geralmente o primeiro passo de qualquer pesquisa científica. (CERVO, 2002, p. 66)

A pesquisa bibliográfica é associada a uma revisão de literatura conduzida para facilitar a seleção e delimitação do tema, do propósito e desenvolvimento do marco teórico e a escolha dos métodos e técnicas na condução da pesquisa (TRENTINE e PAIM, 1999; RAUEN, 2002; GIL, 1996).

Segundo Cervo:

Pesquisa exploratória realiza descrições precisas da situação e quer descobrir as relações existentes entre os elementos da mesma. Essa pesquisa requer um planejamento bastante flexível para possibilitar a consideração dos mais diversos aspectos de um problema ou de uma situação. Recomenda-se o estudo exploratório quando há poucos conhecimentos sobre o assunto a ser estudado. (CERVO, 2002, p. 73)

A pesquisa de campo busca a realidade vivida pela população através do investigador, mesmo assim não pode ser direcionada a dados técnicos. Precisamos de embasamentos teóricos sobre o referente assunto.

Com base em Minayo

Concebemos campo de pesquisa como recorte que o pesquisador faz em termos de espaço, representando uma realidade empírica a ser estudada a partir das concepções teóricas que fundamentam o objetivo da investigação. A título de exemplo pode citar, entre outros, o seguinte recorte: o estudo da percepção das condições de vida dos moradores de um determinado bairro ou de uma favela. Para esse estudo, a favela ou o bairro corresponde a um campo em um campo empiricamente determinado. (MINAYO, 2002, p. 53)

Figueiredo ressalta que:

Precisam-se considerar as diferenças de classes entre os idosos, muitos têm origem humilde, são trabalhadores pobres, subempregados, moram em favelas e ruas, por isso vivem e alimentam-se mal. Envelhecem precocemente, o que os faz serem vistos como intelectualmente diferentes dos velhos pertencentes às classes privilegiadas, os quais se comunicam por meio de uma linguagem diferente, exercitam-se, lêem, fazem artesanato, praticam atividades de lazer, vestem-se bem, fazem cirurgias plásticas etc. Os preconceitos devem ser revistos, porque idoso é idoso, independentemente da classe socioeconômica a que pertence. (FIGUEIREDO, 2006, p.18)

Por isso, é fundamental reafirmar e assumir o idoso, valorizando o trabalho que ele ainda pode fazer (sua aparência, sem fazer distinções entre belo e feio, de onde ele vem e onde mora; e seus valores, experiências e ideias).

Lakatos relata que:

O conhecimento científico é aberto, pois, não conhece barreiras que limitem o conhecimento, a ciência não dispõe de axiomas evidentes: até os princípios mais gerais e “seguros” constituem postulados que podem ser mudados ou corrigidos. A ciência não é um sistema dogmático e cerrado, mas controvertido e aberto, isto é, constitui um sistema aberto porque é falível e, em consequência, capaz de progredir quando surge uma nova situação, na qual as leis existentes revelam-se inadequadas, a ciência propõe-se a realizar novas investigações, cujos resultados induziram à correção ou, até a total substituição das leis incomparáveis. Dependendo dos instrumentos de investigação disponíveis e dos conhecimentos acumulados, até certo ponto esta ligada às circunstâncias de sua época, a aplicação de novos instrumentos e técnicas pode aprofundar as investigações ao passo do meio natural ou social pode sofrer modificações significativas. Dessa maneira, podem-se considerar os sistemas de conhecimentos vivos, que crescem e se modificam, assegurando o processo da Ciência. (LAKATOS, 2000, p. 41)

A pesquisa aberta ela se embasa na opinião do entrevistado, nesse momento o mesmo expõe sua fala de maneira sem ter restrição do assunto, podendo falar espontaneamente, o que estiver sentindo ou deseja comentar.

Para Lakatos:

Observar é aplicar atentamente os sentidos físicos a um objeto, para dele adquirir um conhecimento claro e preciso. A observação é de importância capital nas ciências. É dela que depende o valor de todos os outros processos. Sem a observação, o estudo da realidade e de suas leis seria reduzido à simples conjectura e adivinhação. De acordo com a finalidade e a forma como é executada, a observação pode assumir diferentes configurações. (LAKATOS, 1988, p.170 apud CERVO, 2002 p. 27-28)

## 4.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população pesquisada será idosa acima de 60 anos, sendo 30% dos participantes das instituições; Casa de Repouso Santo Expedito em Meleiro: Asilo São Vicente de Paulo em Araranguá, Centro Integrado de Atividades Recreativas da Terceira Idade. (CIARTI) Nova Divinéia Araranguá e Casa de Repouso Irmã Norberta em Forquilha. Os mesmos serão escolhidos aleatoriamente e será realizada com os 18 primeiros idosos que aceitarem participar e assinarem o termo de consentimento livre e esclarecido, podendo desistir a qualquer momento

Para Triviños:

Usar recursos aleatórios para fixar a amostra é procurar uma representatividade do grupo maior dos sujeitos que participarão do estudo. Desta forma o estudo priorizará o aspecto aleatório para busca de uma amostragem representativa. (TRIVIÑOS, 1987 p. 132)

Amostra aleatória é aquela amostra para a formação da qual existiu um procedimento de seleção dos elementos ou grupo de elementos de um modo tal que dá a cada elemento da população uma probabilidade de inclusão, sendo que a abordagem será feita de forma direta pela pesquisadora.

### **Critérios de inclusão:**

Idosos acima de 60 anos

Idosos que participam das instituições

Idosos que aceitarem participar da pesquisa



**Critérios de exclusão:**

Idosos que tenham idade inferior a 60 anos

Idosos que não aceitarem participar da pesquisa

**4.3 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS**

A pesquisa será realizada através de entrevista com os idosos das instituições com perguntas abertas e fechadas.

Entrevista: é a obtenção de observações de um entrevistado, sobre determinado assunto ou problema. (apud PESSOA, 1998)

A observação assistemática, também chamada espontânea, informal, simples, livre ou ocasional, caracteriza a observação sem o emprego de qualquer técnica ou instrumento, sem planejamento, sem controle e sem quesitos observacionais previamente elaborados.

A técnica de observação participante se realiza através do contato direto do pesquisador com o fenômeno observado para obter informações sobre a realidade dos atores sociais em seus próprios contextos. O observador, enquanto parte do contexto de observação, estabelece uma relação face a face com os observados. Nesse processo, ele, ao mesmo tempo, pode modificar e ser modificado pelo contexto. A importância dessa técnica reside no fato de podermos captar uma variedade de situações ou fenômenos que não são obtidos por meio de perguntas, uma vez que, observados diretamente na própria realidade, transmitem o que há de mais imponderável e evasivo na vida real. (MINAYO, 1994)

**4.4 CARACTERIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTUDOS**

O estudo será realizado nos seguintes locais: Casa de Repouso Santo Expedito, Asilo São Vicente de Paulo, Centro Integrado de Atividades Recreativas da Terceira Idade. (CIARTI) e Casa de Repouso Irmã Norberta.

A Casa de repouso Santo Expedito, localizada no Município de Meleiro/SC, bairro, Centro, Rua José Mezari, n°, 107, passou a ser dirigida pela Sra.

Zuleide Vassolér, a partir de abril de 2006. Atualmente a ILPI possui o Alvará Sanitário vencido, o CNPJ é 05.542.990/0001-03. CEP: 88920-000. Uma nova sede está sendo construída com recursos de uma rifa realizada pela própria direção da ILPI e com recursos da região. A casa mantém oito idosas internas, com idade entre 60 e 89 anos, a instituição funciona em uma casa de madeira mista, espaço alugada, sendo uma pequena parte de alvenaria (área de serviço, cozinha e banheiros), adaptada às necessidades dos idosos, porém, ainda não atende as especificações da Agencia Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) referentes às Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs).

Quanto a doações a ILPIs Santo Expedito recebe ajuda de empresas da região, familiares dos idosos e dos catequizando da comunidade com alimentos não perecíveis, pão, frutas, verduras, roupas usadas em bom estado, produtos de higiene pessoal, além dos medicamentos de uso contínuo que são fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde de Meleiro.

Herédia (2004, p. 19) em relação ao processo de internação numa instituição, refere que:

Representa muito mais do que simplesmente mudança de um ambiente físico para outro. Representa para o idoso a necessidade de estabelecer relações com um novo ambiente. [...] considerar-se abandonado, ansioso e com medo da idéia de passar os últimos anos de vida num lugar estranho, em meio a desconhecidos.

Asilo São Vicente de Paulo, Avenida Getúlio Vargas, nº 1820, Bairro Jardim das Avenidas, Cidade: Araranguá/SC, o CNPJ é 83.871.178/0001-35, sendo o mesmo fundado há 30 anos, o terreno foi uma doação, para a instituição, no entanto sempre dirigida por uma associação do Rotary Clab. Segundo o Gerente, não existe um livro que conta a história do asilo, portanto o objetivo dele é construir a história de Madre Paulina em quanto religiosa em Araranguá, já que o asilo foi sempre gerenciado por irmãs, há quatro anos mudou o mesmo.

Conta que pretende estabelecer o currículo de cada irmã que trabalhou Lar. O mesmo conta com 30 idosos internos na instituição, com idade entre 58 a 102 anos, 20 mulheres e 10 homens, entre esses oito cadeirantes. O Lar conta com: 18 funcionários, uma enfermeira, quatro técnicos de enfermagem, seis serviços gerais, uma lavanderia, três cozinheiras, uma recreadora e dois na administração, no momento da visita da pesquisadora, o motorista estava cumprindo aviso prévio.

Quanto à estrutura física do Lar conta com: um Quarto de funcionário, Salão de beleza, Capela, Sala de reunião, Almoxarifado, um apartamento para administração, 15 banheiros, Sala ao ar livre, Refeitório, uma cozinha normal e uma criola, Salão de festas, Secretaria, Sala de fisioterapia, uma garagem para quatro carros, Sala de TV, Lavanderia, Sala de jogos uma horta e um amplo jardim.

Despensa dividida para alimentos e produtos de limpeza, Farmácia, Sala de curativos, 15 quartos; nove alas femininas, seis alas masculino sendo quartos para duas a três pessoas, um quarto para recuperação com três camas e muitos vazios, sendo que o Lar possui espaço suficiente para 40 idosos. Quanto ao lazer: cancha de bocha, dança nas sextas feiras, recreação todas as tardes, missa nas quartas feiras e sala de jogos.

O asilo tem uma parceria com um médico da região, quando o idoso não tem família para acompanhar e precisa ser internado num hospital é internado no Hospital São Donato de Meleiro e o mesmo acompanha. No caso se tem família, a mesma acompanha no HRA. Uma farmácia de manipulação que faz alguns medicamentos, porém pagos. Para os medicamentos caros é realizado um contrato com o familiar no momento da chegada do idoso no lar sendo que o mesmo fica responsável para sua compra.

A instituição tem parcerias com a Prefeitura municipal de Araranguá, Prefeitura municipal de Turvo, doações em dinheiro de 24 empresas da região e muitas doações de alimentos, produtos de limpeza e de higiene pessoal da população que é muito solidária. Portanto a Agencia Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) segundo o presidente ainda faltam algumas exigências na casa.

Alcântara (2004, p. 133) destaca que:

Os motivos para a institucionalização estão ligados, sobretudo, à incapacidade da família de assumir a assistência dos seus pais. Além dessa inviabilidade econômica, a falta de tempo também tem influencia, uma vez que o trabalho preenche o dia-a-dia dos ativos da casa, ficando estes indisponíveis para oferecerem um amparo aos seus pais, que necessitam de atenção especial, em consequência de problemas específicos.

CIARTI (Centro Integrado de Atividades Recreativas da Terceira Idade). O Centro integrado de atividades recreativas da terceira idade – CIARTI - foi fundado no dia 29 de Novembro de 1996. Atualmente o CIARTI desenvolve suas atividades no seguinte endereço: Rua Capitão Pedro Fernandes – n. 505 (antigo Clube UCCA)

Bairro - Nova Divinéia Araranguá/SC – SC CEP 88900-000. A administração em nome da pessoa do senhor Prefeito Mariano Mazzuco. Sendo que o mesmo alugou atual sede, mantendo-se com custo da prefeitura, conta com verba do Governo Federal, e o governo do estado.

A sede foi capacitada para atender 300 idosos por dia, contando com a contratação de profissionais capacitados, para melhoria do atendimento ao idoso. A população beneficiada é para todos os idosos do município com idade igual ou superior a 60 anos, Numero de idosos que iniciou no CIARTI no ano de 2004 – 350 pessoas acima de sessenta anos (60), número de idosos atendidos atualmente são 922 pessoas acima de sessenta anos (60), as reuniões são realizadas de segunda a quinta-feira, com grupos individuais divididos por dia, mensalmente, Palestras, Visita de integração a clubes de outros municípios.

Várias atividades são realizadas, sendo prioridade a garantia dos direitos fundamentais do idoso. Foi proporcionada aos idosos que sofrem de depressão, carência afetiva, ociosidade, solidão, inclusive os que são explorados pelos familiares, uma convivência com os demais colegas, desenvolvendo atividades criativas, recreativas e culturais, consta com Geriatra, fisioterapeuta, enfermeira, recreadora, psicólogo e assistente social.

Quanto às recreações; dança (salão próprio com pista de madeira), oração, benção das mãos homenagem aos aniversariantes do mês, Jogos de mesa (dominó, canastra), sinuca, Café (bolo, pão, biscoito, café, suco, chá, frutas e etc.). Cancha de bocha coberta e com banheiro,bingão, quadra de vôlei de areia. (própria para terceira idade), espaço físico para caminhadas. Anualmente, Festa em homenagem ao dia internacional do idoso, festa em homenagem as mães, festa em homenagem as voluntárias, Desfile de 07 de setembro no município, campeonato de dominó, canastra, bocha, Festa junina, Carnaval de inverno, Missa, Cinema, Festa de encerramento das atividades. Em 2008 o CIARTI (Centro Integrado de Atividades Recreativas da Terceira Idade) atendeu 1.590 idosos, sendo que a meta em 2007 era de 1.100. Meta esta alcançada e ultrapassada, a meta esperada para 2009 era de 1800 idosos.

A condição de um individuo ou de um grupo suscetível de se determinar por si mesmo, segundo suas próprias leis. Não se trata da negação absoluta do meio físico, socioeconômico e cultural, mas sim, da capacidade de tomar decisões enquanto ser, ou grupo racional e consciente. Autonomia opõe-se a dependência. (CATTANI, 1996, p. 146-147).

A Casa de Repouso Irmã Norberta é uma entidade civil de direito privado e de caráter beneficente sem fins lucrativos, fundada em 13 de janeiro de 2006, a mesma possui um terreno de 214, 32, alugada, com sede no Município de Forquilha/ SC, na Rua Irmãs Clarissas, s/n, Bairro Clarissas, sendo a responsável Kátia Borges Ferreira, CEP 88.850-000, CNPJ 07.921.408/0001-45.

Os objetivos da associação são; asilo e repouso, promover gratuitamente a assistência material e espiritual aos idosos, acolhendo-os, em ambos os sexos, nos seguintes casos; encaminhamentos pelos familiares; em situação de abandono; ao idoso necessitado; nos demais casos a serem analisados pelos responsáveis pela associação.

A casa atende idosos acima de 60 anos, com patologias leves e lúcidos com grau de dependência um e dois, o limite no momento são 13 idosos. Tem ajuda da empresa Coopera, Tele Marketing e mercado Manenti com frutas e verduras quatro vezes na semana. Conta com quatro técnicas de enfermagem, dois serviços gerais, duas cozinheiras, uma na lavanderia, uma enfermeira, médico clínico geral, fisioterapeuta e quiropraxista e fala ter a necessidade de uma psicóloga, nutricionista e recreadora.

A casa possui seis quartos, alguns individuais, outros com três a quatro camas, sendo os mesmos separados ala feminina e masculina, três banheiros, uma farmácia, uma sala de estar, uma área de lazer, um corredor, um canto ecumênico, uma lavanderia, um refeitório, uma cozinha, uma dispensa, um almoxarifado, um corredor e um amplo espaço ao ar livre. Portanto Segundo a proprietária, a casa possui todas as exigências da Agencia Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), a mesma pretende futuramente aumentar para um número maior de idosos.

Há idosos também que não constituíram família ou são viúvos e nunca tiveram filhos. Neste caso, a institucionalização representa a alternativa para que possa receber assistência e cuidados necessários próprios para sua idade. Considerando que predomina, sobretudo, o desejo de os idosos permanecerem no lar, ressaltando “alguns” torna-se prudente que alternativas à institucionalização sejam implementadas por parte da sociedade civil, poder público e familiar, até mesmo o fato de atualmente muitos Lares de Longa Permanência não estão habilitados a manter os cuidados necessários ao atendimento necessário aos idosos.

Algumas dessas instituições podem ser consideradas como “abandono” de idosos, pois não há visitas dos familiares, assistência médica adequada, nem atividades recreativas e apoio emocional, constituindo-se, muito mais, como um espaço de exclusão do que como um lar ou local de assistência. Para que o idoso possa ou não optar pela institucionalização, torna-se fundamental que políticas alternativas à institucionalização sejam disponibilizadas. Isso decorre do fato de que, atualmente, os Lares de Longa Permanência apresentam-se como única forma de amparo ao idoso em situação de abandono familiar ou falta de recursos para garantir suas necessidades de subsistência.

#### **4.5 RESULTADOS DA COLETA DE DADOS**

Os dados serão compilados em categorias e serão analisados através da análise de conteúdo de Minayo.

Para Minayo (2002) as categorias são empregadas para estabelecer classificações e isso significa agrupar elementos, idéias ou expressões em torno de um conceito capaz de abranger tudo isso que pode ser utilizado, em qualquer tipo de análise em pesquisa qualitativa.

Segundo a autora, para a operacionalização da análise e interpretação dos dados é necessário passar pelos seguintes passos: ordenação dos dados, classificação dos dados e interpretação.

Dessa forma, a análise de conteúdo possibilita ao pesquisador desvendar questões íntimas extraída da fala dos sujeitos para compressão e teorização dos resultados obtidos, pois essa técnica define “qualitativamente a presença de determinados temas, denota os valores de referencia e os modelos de comportamento presentes” (MINAYO, 1999, p. 209).

A técnica de análise de conteúdo, atualmente compreendida muito mais como um conjunto de técnicas, surgiu nos Estados Unidos no início do atual século. Seus primeiros experimentos estavam voltados para a comunicação de massa. Até os anos 50 predominava o aspecto quantitativo da técnica que se traduzia, em geral, pela contagem da freqüência da aparição de características nos conteúdos das mensagens veiculadas. Na fase de análise dos conteúdos, utilizou-se a

categorização de dados por melhor se adequar a investigação qualitativa do material sobre saúde, embasados em Minayo (2002).

Dessa forma busca-se a importância da entrevista participante, interagindo com empatia e buscando na sua essência o que lhe faz aprisionar em seus sentimentos, buscando decifrar suas atitudes perante seus paradigmas internalizados, porém nesse momento contribuindo para um desabafo do mesmo, colaborando assim para uma melhor qualidade de vida desses idosos institucionalizado. A proposta de ação será embasada na Teoria de Enfermagem de Martha E. Rogers.

## 5. TEORIA QUE EMBASARÁ A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Utilizou-se como referencial teórico, a teoria de Martha E. Rogers- “Teoria do Ser Humano Unitário”.

Martha E. Rogers nasceu em Dallas (Texas USA) em 12 de maio de 1914, membro de uma família atuando socialmente na defesa dos seres humanos. Sua educação formal iniciou com bacharelado de ciências em enfermagem em saúde pública, em New York, em 1943. Recebeu o título de mestre em filosofia em 1952 e doutorou-se em ciências em 1914 na universidade de Johns Hopkins.

Rogers acreditava que o enfermeiro tem o compromisso de buscar conhecimento que o habilite a promover uma interação complementar, simultânea e contínua no processo de intervenção sobre o padrão e repadronização do processo vital dos seres humanos sob seus cuidados.

Ensina-se uma enfermagem como fornecedora de cuidados em experiências complexa da saúde, com habilidades técnicas avançadas, e temos oportunidades de fornecer uma perspectiva diferente do modelo médico, ou seja, uma perspectiva unitária, para fazer mudanças unitárias, em termos de desenvolver um sistema que respeite as habilidades do enfermeiro para o cuidado e as necessidades das pessoas.

Sua proposta é uma filosofia de enfermagem, para ser abraçada por aqueles que desejam estar envolvidos com a integralidade e com o que significa comprometer-se com as pessoas. O desafio para todos nós será ensinar a geração seguinte sobre a possibilidade de uma prática de enfermagem que possa compreender a pessoa e o seu ambiente.

**Foco:** é a relação ser humano-meio, na qual as atividades da vida diária devem ser consideradas no contexto das oportunidades para o intercâmbio entre ambos. O enfermeiro focaliza sua ação para a leitura deste intercâmbio e para a busca de terapêutica adequada para proporcionar condições de reorganização tanto no ambiente quanto no ser humano.

**Sujeito de ação:** a relação enfermeiro-cliente não é discutida; porém, pode-se perceber que Rogers dá importância ao estudo do meio no qual está incluído o enfermeiro. O enfermeiro deve ser um profissional que trás e promove interação



harmônica entre o ser humano e o meio. A enfermagem é uma ciência e uma arte do uso criativo do conhecimento a serviço do ser humano.

Rogers diz que para a ciência dos seres humanos unitários requer uma nova visão de mundo e um sistema conceitual específico, relacionado com as metas de enfermagem, envolvendo uma linguagem específica.

A autora apontou em seus pressupostos:

- ✓ O ser humano apresenta características que são mais que diferentes da soma de suas partes;
- ✓ O ser humano e o meio trocam matéria e energia continuamente entre si;
- ✓ O processo vital do ser humano é irreversível e unidirecional ao longo do contínuo espaço – tempo;
- ✓ O padrão e a organização identificam o ser humano e refletem sua integridade inovadora. O padrão e a organização permitem auto-regulação, ritmicidade e dinamismo, elas propiciam unidade, diversidade e refletem um universo dinâmico e criativo;
- ✓ O ser humano se caracteriza por sua capacidade de abstração e imaginação, linguagem e pensamento, sensação e emoção;
- ✓ Realidade não existe, mas parece existir expressa pelos seres humanos;
- ✓ A enfermagem é baseada num modelo humanista e não num modelo mecânico;
- ✓ O campo humano e seu campo ambiental são postulados como coextensivos com o universo.

O ser humano unitário é um campo de energia neguentrópica (movimentos externos), identificado pelo padrão e organização manifestando características que são diferentes daquelas de suas partes e não podem ser previstas a partir do conhecimento destas partes. Como uma totalidade, mantém constantemente, intercâmbio com o campo ambiental, ou seja, o ser humano não pode ser separado de todas as coisas que rodeiam, nem pode ser percebido pelo estudo de suas partes. O ser humano e o ambiente são sistemas abertos, em constantes trocas de matéria e energia. Campos de energia, portanto, são sistemas abertos, postulados para construir a unidade fundamental de todas as coisas vivas e não vivas.

As características do ser humano unitário para Rogers, são agrupadas em três fatores:

**Fator 1 – Interação**

- ✓ Mudança: comer e beber, eliminação, respiração é dar e receber;
- ✓ Comunicação: verbal e não verbal;
- ✓ Relação: ter espaço, toque, contato visual, pertencer, referencia e responsabilidade;
- ✓ Movimento: motilidade (ritmo e padrão).

**Fator 2 – Lição**

- ✓ Valores: crenças sobre saúde, interações humanas e espiritualidade;
- ✓ Escolha: o ser humano faz escolhas com sabedoria, com ignorância ou envolve capacidade de julgamento à tomada de decisão, avaliação de alternativas, conseqüências e compromissos;
- ✓ Movimento: motilidade (ritmo e padrão)

**Fator 3 – Consciência**

- ✓ Vigília: comportamento de sono, padrões e qualidade;
- ✓ Sentimento: percebido e manifestado;
- ✓ Saber: conhecimento de saúde, abstrações e habilidades para agir.

O processo vital no ser humano se organiza por três princípios básicos:

- ✓ Integridade: ser humano como um todo;
- ✓ Ressonância: prolongação ou superfícies que entram em vibração;
- ✓ Elicidade: interage no ambiente onde se encontra.

Como principio da integridade, Rogers propõe que “a interação entre campos humano e ambiental, é continua e simultânea”. Não há comportamentos iguais, mas similares, porque emergem de padrões que lhe servem de diretriz e não são idênticos. Para que possa haver integridade, os campos totais e abertos contrapõem-se, sem dúvida, ao modelo de adaptação.

**Saúde:** para Rogers, não é compreendida em uma visão dicotômica (divisão em dois ramos) de bem e mal. A saúde e a doença são dinâmicas do processo vital, incomparáveis entre si e emergem da interação do ser humano – meio. Cada indivíduo tem seu potencial de saúde – doença e, para isto, o enfermeiro o assiste na sua permanente busca pelo bem-estar.

**Enfermagem:** para ela, é tanto uma ciência, quanto uma arte. Ciência da enfermagem é formada por um corpo de conhecimentos abstratos, a que se chegou pela pesquisa científica e análise lógica. A prática da enfermagem engloba a arte e consiste na utilização do corpo de conhecimento a serviço do ser humano.

**Metodologia:** para Rogers, o “mundo subjetivo dos sentimentos humanos deve ser incorporado à chamada ciência objetiva”.

Os níveis de problemas são baseados na definição social. Problemas podem caracterizar mudanças nos padrões que podem ser tão dissonantes (discordância, desarmonia), que diminuem a integridade dos meios energéticos no campo ambiental.

Segundo esta visão, a história do indivíduo deve ser estudada junto com a história do seu meio (incluir a cultura, os padrões éticos e morais, o suporte energético para a sobrevivência, etc.)

**Posição metodológica:** Rogers usa a lógica dialética para desenvolver sua proposta, embora de uma concepção idealista. A teoria propicia uma visão de simultaneidade, na qual as categorias de análise são unificadas e inter relacionadas. O entrelaçamento entre o material e o humano se dá como um dado para a compreensão do presente e para a probabilidade do futuro. A idealização é percebida a partir de sua concepção de que a realidade não existe a não ser através das ações humanas. A relação entre o ser humano e o meio se dá diretamente, sem mediações, sendo a abordagem dedutiva (que foi reduzida, incluída), porque, teoricamente, deriva da síntese dos conhecimentos, dos quais se reduziu os princípios de hemodinâmica.

Esses princípios se fundamentam em:

- ✓ Não causalidade;
- ✓ Teorias de campo;
- ✓ Complexidade crescente neguentrópica (movimentos externos);
- ✓ Atributos lineares de espaço e tempo;
- ✓ Padrões não repetitivos;
- ✓ Irreduzibilidade em partes.

O modelo rejeita o mecanicismo e o empirismo, pois, para Rogers, nem todos os eventos são submetidos aos instrumentos de medida conhecidos na esfera científica (ROGERS apud LEOPARDI, 2006).

Para tanto, o presente trabalho se encaixa na teoria do ser humano unitário, pois, para Rogers, não há comportamentos iguais. O ser humano se caracteriza por sua capacidade de abstração e imaginação, linguagem e pensamento, sensação e emoção. Busca-se, desse modo, o universo dos significados, os motivos, as crenças, e os valores e as atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações humanas. O entrelaçamento entre o material e o humano se dá como um dado para a compreensão do presente e para a probabilidade do futuro (ROGERS apud LEOPARDI, 2006).

## 6. CATEGORIZAÇÃO DAS ENTREVISTAS EM ILPIs

### **Categoria1- qualidade de vida**

Nesta categorização foram apresentadas as seguintes respostas:

E1- “Depende da pessoa né... é ter saúde, disposição é isso filha”.

E2 “Ter saúde, ser feliz.”

E3 “Viver bem, alimentação natural né, porque está muito difícil ter uma qualidade de vida”

E4 ter saúde é tudo filha e ser feliz”.

E5 “Ser honesta, pura, ter saúde, se tem saúde sabe é participar das coisas...”

E6 “Saúde, estar de bem com a vida com todos, sempre pensar positivo.”

E7 “Viver bem, se alimentar bem, ter saúde bastante e lazer”.

E8 “... choro...”

E9 “Poder viver bem, alimentar nosso corpo, comida natural”.

E 10 “É viver a vida num bem estar”.

E 11 “É ter saúde”.

E12 “Ter saúde”.

E13 “A gente tem que aceitar a vida como ela. Mas a minha mudou bastante, não se entregar, ter saúde”.

E14 “Saúde”.

E15”Ter amigos”.

E16”É ser saudável”.

E17”É ter amigos, tudo né... Mas às vezes me sinto triste”.

E18”Sempre fiquei em casa, trabalhava na roça, aos 13 anos me deu convulsão, ai fiquei com medo, dai em diante, não sai mais para me divertir, sempre morei com a família, e hoje estou aqui...”

Para os idosos, a presença de uma limitação ou impedimento de tomada de decisão por parte da família pode representar um risco para sua autonomia, principalmente quando essa limitação gera dependência para a realização das atividades de vida diária.

A promoção da saúde em favor do envelhecimento bem-sucedido requer a ampliação e a renovação dos modelos de atenção-cuidado-prevenção-reabilitação e das diretrizes das ações coletivas, incluindo as alternativas que permitam a participação popular desde suas formulações visando à defesa dos direitos sociais e da cidadania em favor do “viver melhor”, traduzida como qualidade de vida (LIMA-COSTA & VERAS, 2003 apud PAPALÉO, 2002, p. 347)

Qualidade de vida é um conceito que varia de acordo com a percepção individual, o estilo de vida, a posição que a pessoa ocupa na vida e na sociedade e dos valores que adota. É um ideal a ser buscado, individual e coletivamente, em uma perspectiva histórica, incluindo diferentes fatores e formas de lidar com a vida, num padrão integrado das dimensões material, racional, psico-afetiva e espiritual, para busca da saúde e felicidade potencialmente possível.

O bom humor afugenta doenças, mantém uma vida mais saudável, melhora o relacionamento, aumenta o círculo de amizades. Afirma que a utilização do humor como método de ensino para formar a sociedade mais saudável e menos conflituosa deve ser incluída pelo processo educativo. Dessa forma, o ser humano pode experimentar um mundo menos traumático e mais desejado. (LOPES; HERRERA, 1998 apud COSTENARO, 2002, p.69)

A felicidade para muitos depende da autonomia, liberdade de escolha, de ação e de alto controle sobre a vida.

### **Categoria3-sexualidade**

E1”Faz tempo que não estou praticando, Risos”.

E2”Sim estou”.

E3”Normal tem que satisfazer o parceiro né, Risos”.

E4”Sou viúva, fazem oito anos, e até agora não conheci homem nenhum. não me faz falta”.

E5”Estou, sim, não tenho ninguém, mas estou bem assim”.

E6”Às vezes sinto vontade, mas... risos, não tive nenhum parceiro depois que meu esposo faleceu”.

E7”Sem resposta”.

E8”Ganhei uma graça muito grande, me separei de quem não prestava por isso me sinto feliz”.

E9”risos, sou viúva, faz tempo querida”.

E10"Não estou satisfeito, risos.

E11"Namorar de conversar..."

E12"Nada está bem".

E13"Namorei bastante quando jovem, hoje estou bem".

E14"Não estou satisfeita".

E15"Não".

E16"Estou um pouco melhor".

E17"Sim fui casada há 15 anos, tenho cinco filhos, estou bem".

E18"Nunca me casei".

Corroborando essa questão, existe a ideologia tradicional de que o idoso não tem interesse por sexo, aliás, a sociedade impõe essa ditadura, claro que o idoso tem sentimentos, necessidades físicas para se satisfazer de alguma maneira, isso não tira o direito de sentir prazer, sendo esse podendo ser um carinho, diálogo, namoro, portanto maneira de expressar a sexualidade.

Vejam os que o termo sexualidade não é sinônimo de ato sexual. A sexualidade envolve muito mais, ela pressupõe amor, carinho, sensualidade, fantasia e inteligência. Então, será que a velhice nos rouba tudo isto? Segundo a OMS, o envelhecimento começaria a partir dos 65 anos. Contudo, é necessário reconhecer que a idade biológica tem maior importância que a cronológica, na medida em que a bioquímica cerebral, das emoções, pode apresentar níveis ótimos de funcionamento em termos biológicos em indivíduos com mais de 65 anos. (Lopes 1993. P.79).

O envelhecimento é uma fase da vida com características próprias, necessidades e interesses específicos, carregando as necessidades física-alimentação, sono, atividade-sexual e psicológico-amor, segurança, aceitação, realização e agregação. A sexualidade envolve muito mais, ela pressupõe amor, carinho, sensualidade, fantasia e inteligência.

#### **Categoria 4- Terapia ocupacional (saúde, lazer, recreação, atividades físicas**

E1"Estou bem, tenho saúde, não dependo de ninguém, moro sozinha. Não estou contente no lazer, nessa parte falta muito a se fazer. Falta recreação, terapias..."

E2"Passei por cirurgias, mas sou feliz". Gosto de vim para cá, pois mesmo sendo raro, é um divertimento. Mesmo assim falta uma ocupação".

E3"Muito, muito bem, não... mas tomo medicação para os nervos, sou triste". "Para mim estão, não sou de sair muito. O local não está muito bom, agente vem aqui, para tomar café, e às vezes dançar".

E4"Graças a deus tenho saúde. Muito bom agente faz amizades, bota o corpo em dia. Está tranqüilo".

E5"Já passei por cinco cirurgias, mas venci, agora estou bem". Bom eu estou começando a freqüentar o grupo agora. Pelo que vejo falta tudo, agente só vem para comer, isso se faz em casa, falta ocupação".

E6"Agradeço a deus a cada instante que a vida me oferece. Não estão adequadas, falta muito a melhorar. Gostaria que tivesse mais passeios fora, parte ocupacional está faltando".

E7"Mais ou menos dias melhores dias piores. Aqui não tem atividades, aqui se come e dorme. Faltam terapias, ocupação, e o calor aqui é demais".

E8"Não porque tenho osteoporose, derrame, é ruim pouco difícil se locomover. Não tem se tivesse seria melhor. Gostaria de poder ir à igreja, aqui é complicado sair".

E9"Estou aqui porque estou me tratando, vim para ficar dois meses e já estou a 4 meses. Precisaria caminhadas, ocupação manuais. Para mim precisa de pessoas interessadas com o idoso".

E10"Pouco, dias bom, dias ruim. Seria ótimo, mas não posso fazer exercícios, minha saúde impede. Então não precisa melhorar para mim está bom assim".

E11"Estou satisfeito sim. Falta ocupação, diversão, uma rampa para caminhadas, o lugar é muito lindo, tem natureza".

E12"Bem pouco, ocupação, ficamos muito parado, precisa distração".

E13"Já me preocupei demais, hoje não me preocupo, saiu o medo". O relacionamento não está certo aqui. Precisa de um psicólogo aqui, conversar mais..."

E14"Não estou satisfeita com a saúde sempre doente. Nunca gostei de dançar, fazia algumas atividades, porém agora não faço mais. Precisam melhorar a comida, as pessoas, os relacionamentos".

E15"Não. Pois sofro de ataque elíptico. Gostaria que tivesse mais coisas. Mais divertimentos".

E16"Acho ruim porque existem brigas aqui... Precisa mais ocupações. Trabalhos manuais".

"E17Gosto de estar bonita, o derrame prejudica a pessoa, por isso fico triste em não poder fazer as atividades". Mas seria importante se tivesse uma ocupação,



divertimento, passeios...”

E18”Não estou satisfeita com minha saúde. As pessoas são muito indecisas uma não olha para a outra. Está bom porque não tenho disposição para atividades”.

Qualquer atividade de lazer-manual, intelectual, associativa, artística, física- pode resultar em melhor qualidade de vida para os idosos, pois para alguns, o envelhecimento pode ser um período vazio, sem valor, inútil, sem sentido; para outros, pode ser um tempo de liberdade, de desligamento de compromissos.

Pires refere:

As mudanças psicológicas, fisiológicas e sociais que ocorrem com o processo de envelhecimento, vão influenciar de maneira decisiva no comportamento da pessoa idosa. Com o declínio gradual das aptidões físicas, o impacto do envelhecimento e das doenças, o idoso tende a ir alterando hábitos de vida e rotinas diárias por atividades e formas de ocupação pouco ativas. Os efeitos associados à inatividade e a adaptabilidade são muito sérios. Podem acarretar numa redução no desempenho físico, na habilidade motora, na capacidade de concentração, de reação e coordenação, gerando processos de autodesvalorização, apatia, insegurança, perda de memória, isolamento social e a solidão. Os efeitos da diminuição natural do desempenho físico podem ser atenuados se forem desenvolvidos com os idosos, programas de atividades físicas e recreativas que visem à melhoria das capacidades motoras que apóiam a realização das atividades da vida cotidiana, dando ênfase na manutenção das aptidões físicas de principal importância no seu bem estar. (PIRES; 2008. p. 76)

O Lazer pode ser incorporado à vida do idoso como alternativa de enfrentamento de sua realidade nesta nova fase de sua vida, pois ajuda a produzir uma harmonia individual, possibilita o desenvolvimento integral do ser humano. Isso significa não se contentar com a passividade, mas sim estar ativo, ser ativo.

#### **Categoria5- família (solidão, relacionamento)**

E1”Sinto solidão... choro... família filha... amigos, parentes muito difíceis vim me visitar”.

E2”Tenho porque se meu marido fosse mais companheiro nas coisas, seria melhor”. Não gosto de mentiras, falsidade e traição...”

E3”Sinto que agente sente falta de uma companhia”. Com os amigos, parentes, agente sempre tem desavença, isso é ruim”.

E4”Não sobra tempo para pensar em bobças, estou sempre ocupada”. Sinto falta de

minha família, amigos tenho aqui...”

E5”Sinto é que agente fica muito sozinha... sou unida com a família, mas sinto falta de um

companheiro”. Mas está bom, é a vida né, tem que se conformar, todos nós temos um destino e às vezes não é muito bom”.

E6”Sinto falta da família, porque tenho dois filhos e não me procuram, o mundo desaba o sol por mais que brilhe ele está nublado, porque me sinto sozinha”.

E7”Tenho um grande pesar, pois já faleceu meu marido e meus filhos... choro... meus vizinhos vêm me ver de vez em quanto”.

E8”Não tenho muitos amigos”. Me dou bem com todos aqui, tenho uma amiga especial, está difícil penso muito no meu filho, saudade.....choro.....”

E9”Ansiedade, graças a deus tenho bom relacionamento aqui e fora também. Quando alguém está de mau humor sei entender”. Falo a verdade não tenho inimigos, tenho muitas visitas”.

E10”Tenho não sempre, mas tenho, penso numa coisa, em outra... mas tenho que levar”.

E11”Não tenho tristeza nunca chorei, é muito boa minha relação com todos, tenho bastante visitas”.

E12”Sinto, saudades da família, a relação aqui é boa, me dou bem com todos”.

E13”Sinto saudades da convivência, dos trabalhos que fazia, É complicado, tem as pessoas boas e as ruins, faço a minha parte”.

E14”Sinto vazio porque não tenho saúde, tenho amigos me visitam de vez em quando”.

E15”Sinto vontade de sair daqui, mas não dá, o relacionamento aqui com os companheiros daqui é boa, mas minha família não vem me visitar.... choro.... tenho 8 filhos, ninguém vem, nem colegas, nem parentes.....choro...”

E16”Durmo bem, mas penso muito em relação a problemas com a família, não vem me visitar... choro...”

E17”Sim tenho solidão, vai e vem e passa. É assim filha”.

E18”Sinto muito vazio, perdi meu contato com a família, parentes, estou há 32 anos asilada, converso pouco com as pessoas... choro...”

A família parece ser um ponto de referencia em todas as situações. É Apontada por estudiosos do envelhecimento como elemento mais freqüentemente mencionado por idosos, nesse sentido:

Alcantara destaca que:

Os motivos para a institucionalização estão ligados, sobretudo, à incapacidade da família de assumir a assistência dos seus pais. Além dessa inviabilidade econômica, a falta de tempo também tem influencia, uma vez que o trabalho preenche o dia-a-dia dos ativos da casa, ficando estes indisponíveis para oferecerem um amparo aos seus pais, que necessitam de atenção especial, em consequência de problemas específicos. (ALCANTARA, 2004, p. 133)

A família é o espaço da intimidade e do segredo. A convivência familiar tem influência direta no estabelecimento da qualidade de vida do idoso.

### **Categoria6-sono (preocupação, perdas)**

E1"Mas ou menos, preocupações, penso na família, perdas".

E2"Durmo bem".

E3"Durmo bem".

E4"Durmo muito bem".

E5"Durmo muito pouco e acordo bem cedo".

E6"Não... choro... a minha mente volta ao que passou".

E7"Durmo com remédio".

E8"Não durmo bem".

E9"Durmo com remédio".

E10"Não durmo bem só com medicamentos".

E11"Durmo mais que a cama".

E12"Durmo, sim".

E13"Não durmo bem".

E14"Não durmo bem".

E15"Durmo bem".

E16"Consigo me concentrar".

E17"Durmo bem".

E18"Durmo muito pouco"

O pensamento é a matéria-prima para que o organismo produza diferentes tipos de hormônios, positivos ou negativos. Dessa forma, o controle das emoções humanas pode permitir que agem sobre o sistema imunológico produzindo células capazes de fortalecerem o corpo e a mente contra doenças. Portanto o ser humano, mesmo sem nada verbalizar, demonstra o que está sentindo nas expressões faciais. Em sua essência, uma política de saúde deve identificar o conjunto de objetivos que traduzam aspirações e interesses prevalentes na sociedade e os meios disponíveis no tempo e espaço a que se referem.

### **Categoria7- religião (concentração, memória, crença, deus)**

E1"Consigo me concentrar muito bem, minha mente é muito boa, agradeço a deus todos os dias pelo novo dia".

E2"Consigo sim, minha mente é muito clara ninguém passa eu para trás, não é meu prazer acordar cedo mais tenho que me levantar por causa dos compromissos, antes agradeço a deus por mais um dia de vida".

E3"Me concentro sim, às vezes sinto que minha mente não está bem clara, sou meio desligada, gosto de acordar cedo, ver o nascer sol, e agradecer a deus pela natureza".

E4"Consigo bem me concentrar, minha mente é clara tenho a cabeça muito boa, me acordo cedo faço ginástica na cama".

E5"Às vezes sim, mas sou muito esquecida, mas consigo me concentrar em várias coisas, me acordo elétrica, mas tenho minha religião em primeiro lugar, muita fé em deus".

E6"Às vezes sim outras não, cabeça boa, acordo disposta, penso na família, rezo, agradeço a deus por estar viva. É uma das melhores coisas que acontece na vida, é acordar de manhã e ver o dia".

E7"Sim rezo a noite antes de deitar, é bem clara tenho facilidade para entender, acordo bem pela manhã".

E8"Consigo, faço orações, num certo sentido está, mas eu entendo bem, tudo que ouço e falo. Acordo cedo, bem contente, tem notícias boas de casa".

E9"Sim minha mente é clara, graças a deus. Sinto-me muito feliz e agradeço a deus pela noite e já agradeço a deus durante o dia".

E10"Consigo me concentrar, não tem horas que me esquece, dá um branco... gosto

de acordar pela manhã, tenho muita fé em deus”.

E11”consigo me concentrar, não faço mal para ninguém, minha mente é clara, me acordo feliz, tenho deus em meu coração, para que vida melhor que essa”.

E12”Me concentro bem, minha mente é bem clara, faço leitura, sou ministra da eucaristia, sinto bem acordar pela manhã”.

E13”Como antes risos? Está até melhor riso, me sinto bem, rezo todos os dias”.

E14”Consigo ter a mente clara em alguns momentos, nem sempre está bem clara, sim é bem, clara”.

E15”Consigo. Sim é clara! Acordo bem... ai que bom amanhecer, gosto quando o dia está bom para trabalhar”.

E16”Sim, sim é clara, gosto de acordar pela manhã, vou à gruta rezar todos os dias, ajudo a apagar as luzes, limpar a gruta, gosto de passear”.

E17”Consigo normal, sim é bem clara, me sinto muito bem pela manhã.

E18”Consigo, mas penso muito... que estou sozinha. Está bem, mas penso em muitas coisas. Acordo bem pela manhã, porém a situação que me encontro impede de fazer as atividades”.

Os motivos para a institucionalização estão ligados, sobretudo, à incapacidade da família de assumir a assistência dos seus pais. Os valores assim como as crenças sobre saúde, as interações humanas e a espiritualidade são fatores internalizados na sua essência interior. Ficou evidente ao longo do estudo que o idoso deseja permanecer em seu lar, como possibilidade de exercer maior autonomia sobre sua vida. Para os idosos o importante é envelhecer com saúde, manter laços afetivos e desfrutar o máximo possível de tempo com amigos e familiares.

### **Categoria 8-sentimento (tristeza, traição)**

E1 “Me aborreço com pessoas que mentem traição... Às vezes sou mal humorada, qualquer coisa estou brigando”.

E2 “As coisas mal feita me deixa muito nervosa. Ansiosa”.

E3 “Às vezes me sinto aborrecida... choro... mas às vezes agente deixa passar. Sou mal humorada ”.

E4 “Sou muito sentimental. Sou de momento”.

E5 “Às vezes sim. Às vezes a gente tem né... mas não é sempre, sou triste,

sozinha”.

E6 “Fiquei muito sensível, às vezes as coisas maiores não ofendi, mas as mínimas ofendi. Sim ansiosa”.

E7 “É aborrecida porque faleceu minha filha há poucos dias... Choro...”

E8 “Acontece, com pessoas que andam para lá e para cá. Tenho ansiedade”.

E9 “Ansiedade. Sou paciente, de vez e Sou paciente, de vez em quando, risos...”

E10 “Algumas vezes. Depois que fiquei viúvo apareceu muita mulher, mas pensei muito e fui morar com a filha, mais não deu certo. Onde que doeu... choro...”

E11 “Não! Mas quando fico bravo levo vários dias para me desemburrar. Sou ansioso”.

E12 “Minha família, saudades... choro... Lembro da minha família fico brava, tenho tristeza...”

E13 “Me aborreço, fico triste, mas penso diferente, vou à luta não deixo ninguém me atrapalhar. Eu não sou muito mansinha, não levo desaforo, boto tudo para fora”.

E14 “Quando falam mal me sinto triste. Tristeza...”

E15 “Tenho quero ir embora, junto de minha família aqui é ruim. Sinto tristeza no coração”.

E16 “Com a doença, com as brigas e com alimentação que às vezes não é suficiente. Sinto falta da família, amigos, parentes”.

E17 “Me aborreço por um filho que não vem me visitar e mora pertinho... “Muita preocupação tenho medo da morte”.

E18 “Antes eu era contente, mais vai passando o tempo e agente vê que aqui não é lugar para uma pessoa ficar...” Fico triste, “sinto quando as coisas não são verdadeiras”.

Esses sentimentos proporcionam principalmente ao idoso, um processo de rejeição de sua própria condição de envelhecimento.

Herédia, em relação ao processo de internação numa instituição, refere que:

Representa muito mais do que simplesmente mudança de um ambiente físico para outro. Representa para o idoso a necessidade de estabelecer relações com um novo ambiente. [...] considerar-se abandonado, ansioso e com medo da idéia de passar os últimos anos de vida num lugar estranho, em meio a desconhecidos.(HERÉDIA, 2004, p. 19))

Muitos ficaram surpresos quando questionados sobre a possibilidade de institucionalização e essa apreensão ficou evidente nos gestos com as mãos, na voz trêmula e na emoção que alguns olhos banhados de lágrimas expressaram.

### **Categoria9- doenças/ou dor**

E1"Tenho dores na coluna".

E2"Não sinto dores".

E3"Sou depressiva".

E4"Sou hipertensa".

E5"Às vezes sinto dor nas pernas, mas foi depois da cirurgia".

E6"Fiquei bem sequelada, após as cirurgias, hematomas, escaras e cicatrizes".

E7"Tive AVC, mas não fiquei com sequela, tenho hipertensão e diabetes.

E8"Sinto dores no corpo".

E9"Nesse momento não".

E10"Sinto dor, minhas pernas não tem força".

E11"Não tenho dor".

E12"Não".

E13"Tenho dor nos joelhos".

E14 "Sinto dor no corpo".

E15"Não, só quando estou em crise".

E16"Dor no intestino".

E17"Dor de cabeça".

E18"Sim".

A sociedade preconceituosa rotula que envelhecer é tornar-se rabugento, porém em qualquer faixa etária o ser humano pode apresentar períodos de descontentamento constante em seu cotidiano. Ainda mais quando vem acompanhado de problemas de saúde, afetando sua autonomia e interferindo na sua qualidade de vida.

## **Categoria 10 - ambiente moradia**

E1"Sim estou contente". Meu ambiente é maravilhoso".

E2"Estou muito contente. É bom".

E3"Gosto do local onde moro. Tem poluição devido ao movimento de carros".

E4"Sou contente com a minha casa, sou descontente porque gosto de participar, com a igreja, mas o pessoal aqui é desligado da religião. Não é bom, tem muito barulho".

E5"Não estou contente, é muito úmido o local onde moro. É bom as pessoas são boas".

E6"Às vezes sinto vontade de me mudar, porque me trás muitas recordações da vida que tive e hoje não tenho mais". O ambiente é bom, calmo, tem distração das crianças".

E7"Não, muito calor, tenho essa idade, mas se não tivesse doenças estava cuidando das minhas coisinhas, não estaria aqui". Muito calor. Não tem nada para se distrair".

E8"Aqui eu tenho meu quarto, tudo o que tenho é o desejo de ver meus familiares e não vejo". O ambiente é bom até ninguém perturbar..."

E9"Sim estou bem, porque se não estivesse já teria ido embora". Está bom todos os sentidos".

E10"Bom gosto de tudo". Ótimo em todos os sentidos".

E11"Estou contente fui embora e voltei". Sim é uma casa de repouso, para descansar".

E12"Gosto quando meus parentes e amigos vêm aqui me visitar". O ambiente é bom".

E13"Estou contente, não quero sair daqui". O ambiente é até que é bom".

E14"Não gosto mais sou obrigado a ficar". É bom, mas não estou com minha família".

E15"Não me sinto contente, falta às coisas que gosto, família, amigos, meus parentes, minha casa". Falta uma ocupação para fazer.

E16"Agora acostumei, mas antes era difícil". "Melhorar a comida, o relacionamento, a saúde, as pessoas tiram as coisas da outra isso é ruim..."

E17"Sim". "Tem que conversar entre as pessoas aqui, a comida tem que melhorar gosto dos bailinhos risos..."

E18"Gosto dos bailinhos... família faz falta..."



A convivência familiar tem influencia direta no estabelecimento da qualidade de vida do idoso, pois o histórico da estrutura familiar pode demonstrar a condição cotidiana do idoso dentro da família.

Neri refere que:

O tamanho da prole, a mortalidade, o celibato, a viuvez, as separações, os distintos tipos de arranjos familiares e domésticos, com o passar da idade adquirem características específicas, que podem colocar o idoso, do ponto de vista emocional e material, em situação de insegurança e vulnerabilidade. (NERI, 1999, p.36)

Mas a imagem do idoso também é permeada por contradições em termos de representação social. Em determinadas situações ou ambientes, pode ser considerado sábio, ou seja, possibilidade real de debates riscos em experiência de vida. Em outras situações pela condição de inatividade perante a sociedade que se apresenta.

### **Categoria 11 – finanças segurança**

E1"Razoável".

E2"Guardo para uma necessidade... doenças".

E3"Sempre dá para suprir as necessidades".

E4"Dá para fazer o necessário".

E5"Razoável".

E6"Razoável".

E7"Acredito que sim, pois não fica comigo".

E8"Não o que recebo deixo tudo na casa, agente tem tudo que satisfaz".

E9"Não se precisar eu peço para os meus filhos".

E10"Não! Mas está nas mãos de quem cuida da casa".

E11"não".

E12"Não".

E13"Sim alguma coisa".

E14"Não".

E15"Não tenho".

E16"Não".

E17"Não".

E18"Não".

Na realidade, todos deveriam ter acesso ao suprimento de suas necessidades de subsistência, sem passarem por triagens e interrogatórios por parte dos profissionais, que colocam os indivíduos em situação constrangida diante de sua realidade de exclusão.

Eposati refere que:

Embora haja legislação específica que deveria garantir o exercício e cidadania e direitos dos idosos-como assistência, habilitação, alimentação e lazer- estabelecidos por meio das políticas sociais, constitui espaço contraditório, pois o assistencial, como mecanismo presente nas políticas sociais, revela-se, ao mesmo tempo, como exclusão e inclusão aos bens e serviços direta ou indiretamente pelo Estado. (EPOSATI 2003, p. 30)

Dessa forma, a política social é muito importante para o idoso como possibilidade de garantia de direito.

## **Categoria 12 - assistência recebida/aceso a serviços de saúde**

E1"Aqui está bom. Não estou contente, muita demora no atendimento, quando agente precisa ser atendido rápido, tem que dar um jeito e ir para o particular".

E2"Está boa". Estou contente na medida do possível".

E3"Boa assistência, no atendimento também está bom".

E4"Boa, uso muito pouco os serviços de saúde".

E5"Boa". Está bom o atendimento, só que às vezes os exames demoram".

E6"Muito legal, tudo bom. Está maravilhoso sou muito bem atendida".

E7"O pessoal trata bem aqui, aqui as pessoas é que cuidam de mim..."

E8"Não falta nada, é bom aqui. Estou satisfeita com o serviço de saúde".

E9"Recebo muita atenção, estou satisfeita sim, está ótimo".

E10"Muito boa o que preciso eles me dão. Sim estou".

E11"Respeito educação. Sim estou satisfeito com o serviço de saúde".

E12"Gosto me dou bem com todos, os serviços de saúde está bom, mas precisa melhorar muito para nós idosos".

E13"Não tem capacitação, nem os profissionais da saúde que trabalham aqui". Com

os serviços de saúde não gosto”.

E14”Boa. Sim, tomo os remédios certinhos, está bom”.

E15”É ruim, muitas vezes fazem coisas que não gosto, o serviço de saúde está bom”.

E16”Às vezes tem algumas intrigas. Gosto do serviço de saúde”.

E17”Normal estou bem”.

E18”Os funcionários não tratam muito bem”. Tenho todos os medicamentos que preciso”.

A saúde depende muitas vezes do ajustamento integrado entre corpo e mente, o dialogo é uma das atividades mais comuns e básicas de todas as funções humanas.

Segundo Rossi:

O pensamento é a matéria-prima para que o organismo produza diferentes tipos de hormônios, positivos ou negativos. Dessa forma, o controle das emoções humanas pode permitir, por exemplo, a produção de melatonina e catecolamina, que agem sobre o sistema imunológico produz células capazes de fortalecerem o corpo contra doenças. . (ROSSI, 1992, apud COSTENARO, 2002, p.70)

A longevidade vem se afirmando como um dos temas centrais nas discussões contemporâneas. Partindo de um pressuposto de que envelhecer constitui um processo natural aos seres humanos.

## **6.1 ASPECTOS PRÁTICOS DA PESQUISA**

Através das respostas dadas nas entrevistas, poderemos implantar um centro de convivência diurno para os idosos de acordo com as expectativas e necessidades dos mesmos.

O estudo propõe que o plano ação sugerido no capítulo anterior seja efetivado para dar respostas às manifestações dos entrevistados, conseqüentemente otimizando o ato de cuidar, com profissionais e espaços adequados , cumprindo assim a legislação vigente, e garantindo uma melhor qualidade de vida aos idosos.

## 7. ASPECTOS ÉTICOS

A legislação vigente no Brasil sobre as questões éticas que envolvem as pesquisas com seres humanos está contida na Resolução 196-96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

O CNS, através da Resolução 196/96, aprova algumas normas e diretrizes regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos.

A resolução incorpora quatro referenciais básicos da bioética: autonomia, não maleficência e justiça, e visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e do estado. Dentre os aspectos éticos, o consentimento livre e esclarecido prevê a anuência do sujeito da pesquisa após a explicação completa sobre a natureza da mesma, seus objetivos, métodos, benefícios previstos e potenciais riscos que possam acarretar, formulada em termo de consentimento, autorizando sua participação na pesquisa.

Aspectos éticos do estudo como a confidencialidade, a privacidade, o anonimato, a proteção de imagem devem ser assegurados aos participantes, no decorrer de todo o processo de pesquisa.

A pesquisa em seres humanos deverá sempre tratá-los com dignidade, respeito e defendê-los em sua vulnerabilidade. Na pesquisa foi utilizado um termo “de consentimento livre e esclarecido”, informando aos participantes da pesquisa os objetivos, métodos, direito de desistir da mesma e sigilo em relação à pesquisa.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa ancorou-se muito especialmente em estudos referentes ao processo do envelhecimento que constituem um tema de reflexão e ação emergente. Na análise realizada constatou-se que as ILPIs não vêm propondo alternativas à institucionalização. Os idosos entrevistados desejam permanecer em seus domicílios com seus familiares e sugerem políticas alternativas como: cuidados domiciliar, centros diurnos, subsídio financeiro individual, as que possibilitem sua permanência na família para garantir sua qualidade de vida.

A Política Nacional do Idoso, embora indique alternativas para que o idoso possa se desejar permanecer em seu domicílio, ainda não conseguiu que fossem implantados os programas e serviços necessários. Limita-se a pontuar a fiscalização e as normas de atendimento dos Lares de Longa Permanência e enfatiza a responsabilização da família e da sociedade no que diz respeito aos cuidados que devem ser direcionados ao idoso. Ficou evidente ao longo do estudo que o idoso deseja permanecer em seu lar, como possibilidade de exercer maior autonomia sobre sua vida. Para os idosos o importante é envelhecer com saúde, manter laços afetivos e desfrutar o máximo possível de tempo com amigos e familiares.

Os depoimentos dos idosos revelam a centralidade da representação que a família tem em suas emoções. Em meio a lágrimas, e com um baixar de olhos ou uma apreensão nas mãos, ao longo do estudo, os idosos afirmaram que estar junto de seus familiares, no aconchego de seus domicílios, independente de condição material. Isso representa o maior presente que um fim de jornada lhes pode reservar. A família, porém, nem sempre dispõe de suporte econômico e social e psicológico para atender às necessidades de seus idosos.

Em quase todos os depoimentos, os idosos retratam preocupação constante com sua saúde, desejam melhor atendimento no campo das consultas médicas, exames laboratoriais e especializados, mediante um maior esclarecimento de seus direitos enquanto cidadãos.

Fica, portanto, evidente a necessidade de esforços para despertá-lo da importância de investimentos públicos tanto de atendimento de demanda das pessoas idosas, como na capacitação de profissionais para trabalhar questões pertinentes ao processo do envelhecimento.

Embora o acelerado processo de envelhecimento populacional seja uma importante preocupação em todo o mundo, na contemporaneidade, a centralidade da discussão tem dado ênfase a questões patológicas. No âmbito da Geriatria, essa discussão distanciou-se das amplas preocupações da Gerontologia social, que compreendem aspectos relacionais, de modo de vida e as reflexões sociais sobre a velhice e envelhecimento, articulando necessidades e interesses dos idosos, famílias, convívio e inserção social. Considerando que a Geriatria e a Gerontologia estão atuando de forma emergente nos campos de debates contemporâneos, é apropriado ressaltar que ainda há um caminho a ser percorrido, em que a autonomia do idoso deva perseverar em suas escolhas, principalmente no que diz respeito à questão da institucionalização.

Cada idoso e, conseqüentemente, determinadas regiões processam o envelhecimento de forma distinta, conforme fatores biológicos e culturais, constituindo um desafio individual e estrutural para a implementação de políticas que caracterizem, conforme as necessidades de atendimento local, pela igualdade.

Na conjuntura, a família tem o desafio de atender às necessidades do idoso que tem na família seus pilares de sustentação, mesmo que seja ignorado por ela. O maior desafio do idoso, diante dessa situação, é manter-se mesmo na condição de pobreza e vivendo desigualdades sociais, pois estudos apontam que a maioria deles sobrevive de aposentadorias e pensões baixas ou com Benefício de Prestação Continuada. No entanto torna-se vital que os profissionais da Gerontologia Social, inclusive do Serviço Social, percebam a necessidade de programar ações que propiciem novas aprendizagens, para novos saberes.

Isso incluiria a mobilização dos idosos para participação na tomada de decisão, a partir de análise crítica da realidade, de forma que tanto os profissionais quanto os idosos possam agir sobre ela para garantia de seus direitos sociais. Nessa perspectiva, os mecanismos de controle social devem intensificar a fiscalização da execução das políticas sociais, por meio dos Fóruns e dos Conselhos de Direitos dos Idosos.

Impõe-se, portanto, referir que, nas quatro instituições pesquisadas, praticamente inexistente uma rede organizada de atendimento ao idoso – embora haja reconhecimento da necessidade e não se apresenta alternativa a idosos e familiares a não ser a institucionalização, em caso de doença. Além disso, há enorme falta de condições financeiras da família que deseje permanecer responsável pelos cuidados

dos idosos. É necessário que sejam garantidos maior autonomia e bem-estar aos idosos, através de políticas Públicas eficazes e eficientes, considerando suas histórias de vida que lhes possibilitam uma gama de experiências e sabedorias. Estas, embora contraditórias ao olhar de alguns sujeitos, podem ser resgatadas e devem, no mínimo, ser respeitadas.

Desta forma este estudo sugere que sejam efetuados novas pesquisas e estudos envolvendo a qualidade de vida e instituições de longa permanência, e ainda estudos que favoreçam a melhoria da assistência prestada aos idosos por profissionais ou por cuidadores domiciliares, que poderão nortear esse atendimento pela Teoria de Enfermagem de Marta Rogers.

## REFERENCIAS

ALCÂNTARA, Adriana de Oliveira. **Velhos institucionalizados e família: entre abafos e desabafos**. Campinas: Alínea, 2004.

BORGES, Maria Claudia Moura. O Idoso e as Políticas Públicas e Sociais no Brasil. In: SIMSON, Olga R. M. V. (Org.) **As múltiplas faces da velhice no Brasil**. Campinas: Alínea, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa**. Cadernos de Atenção Básica, nº 19, Brasília-DF, 2006.

BULLA, Leonia Capaverde; KAEFER, Karim, Trabalho e aposentadoria: as repercussões sociais na vida do idoso aposentado. **Revista Textos & Contextos**. Porto Alegre, ano II, N. 2, 2003.

\_\_\_\_\_, Leonia Capaverde; KUNZLER, Rolilaine Brasil. Envelhecimento e Gênero. Distintas Formas de Lazer no Cotidiano. In: DORNELES, Beatriz; COSTA, Gilberto j. Correa. **Lazer, realização do ser humano: uma abordagem para além dos 60 anos**. Porto Alegre: Dora Luzzatto, 2005.

CALDAS, C. P. **A saúde do idoso: a arte de cuidar**. Rio de Janeiro: UERJ, 1998.

CAMARANO, Ana Amélia; PASINATO, Maria Tereza. O envelhecimento Populacional na Agenda das Políticas Publica. In: CAMARANO, Ana Amélia ( org). **Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60 anos?** Rio de Janeiro: IPEA, 2004.

CARVALHO Filho, Eurico Tomaz; PAPALÉO Neto. **Geriatría: fundamentos, clinica e terapêutica**. São Paulo: Atheneu, 2000.

CERVO, L. Amado; BERVIAN, Pedro. **Metodologia científica**. 5. ed. São Paulo: Prentice hall, 2002.

COSTENARO, Regina G.S; LACERDA, Maria R. **Quem cuida de Quem cuida? Quem cuida do cuidador?** Santa Maria: Centro Universitário Franciscano, 2002.

CATTANI, Antonio David. **Trabalho e autonomia**. Petrópolis: Vozes, 1996.



DOLABELA, Fernando. **O segredo de Luisa**. 30. ed. São Paulo: Cultura, 2006.

FIGUEIREDO, Nélia Maria de Almeida; TONINE, Tereza. **Gerontologia: atuação de enfermagem no processo do envelhecimento**. São Caetano do Sul, São Paulo. Yendis, 2006.

FREITAS, Elizabete Viana; PY, Cançado; DOLL, Gorsoni. **Tratado de geriatria e gerontologia**. et al, 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara koogan, 2006.  
GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisas**. 3 ed. São Paulo: Atlas, 1996.

HEREDIA, Vânia, B; CORTELLETE, Ivonne A; CASARA, Mirian Bonho. Institucionalização do idoso: identidade e realidade. In. CORTELLETE, Ivonne; CASARA, Mirian B. **Idoso asilado: um estudo gerontológico**. Caxias do Sul: Educurs, 2004.

JACOB, Filho Wilson; GORSONI, Milton Luiz. **Geriatria e Gerontologia: o que todos devem saber**. São Paulo: Roca, 2008.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, MARINA de Andrade. **Metodologia Científica**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2000.

LEOPARDI, Maria Tereza. **Teoria e método em assistência de enfermagem**. 2 ed. Florianópolis: Soldasoft, 2006.

MARCONI, Marina de Andrade; Lakatos, Eva Maria- Técnicas de Pesquisa, 1ed. Atlas, 1982. São Paulo.

MARTINELLI, Maria Lucia. **Pesquisa qualitativa: um instigante desafio**. São Paulo; Veras, 1999.

MENDES, M. E. S. S. B et al. **A Situação Social do Idoso no Brasil: uma breve consideração**. ACTA, 2005.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 6. ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro; Abrasco, 1999.

\_\_\_\_\_. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 1994.

\_\_\_\_\_; DESLANDES, F. Suely; NETO, Cruz Otávio; GOMES Romeu. **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 20 ed. Petrópolis: Vozes, 2002.

MORAES, Edgar Nunes. **Princípios básicos de geriatria e gerontologia**. Belo Horizonte: Coopmed, 2008.

MOREIRA, Morvan de Mello. Mudanças Estruturais na Distribuição Etária Brasileira: 1950-2050. **Trabalhos para Discussão**. N 117, maio 2002. Disponível em: <<http://www.fundaj.gov.br/tpd/117a.html>> Acesso em 23 de novembro de 2009.

MORIGUCHI. **Envelhecimento saudável**. Apostila distribuída em aula de pós em Gerontologia. UNESC, 2009.

NERI, Anita Liberato. **Velhice e sociedade**. Campinas: Papiros, 1999.

PAPALÉO Neto, Matheus. **Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão Globalizada**. São Paulo: Atheneu, 2002.

PESSOA, Elisângela Maia. **Políticas Sociais Alternativas à Institucionalização de Idosos em Municípios da Região das Missões no Rio Grande do Sul**. Mestrado em serviço social. Porto Alegre, 2007.

RAUEN, Fabio José. **Roteiro de Investigação Científica**. Tubarão, SC: ed. UNISUL, 2002.

SALGADO, Marcelo. Políticas sociais na perspectiva da sociedade civil: **mecanismos de controle social, monitoramento e execução, parcerias e financiamento**. In: Anais do I Seminário Internacional: envelhecimento populacional. Brasília, MPAS, 1997.

SPINK, M. J. (Org.). **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2000.

THIOLLENT, Michel. **Metodologia da pesquisa-ação**. São Paulo: Cortez 2004.

TRENTINE, Mercedes PAIM, Lygia. **Pesquisa em Enfermagem**: uma modalidade convergente- assistencial. Florianópolis: UFSC, 1999.

TRIVIÑOS, agosto Nivaldo Silva. **Introdução à pesquisa em ciências sociais pesquisa qualitativa em educação.** 1ª ed. São Paulo, 1987.

LEOPARDI, Maria Tereza. **Teoria e método em assistência de Enfermagem.** 2ª Ed. Florianópolis: Soldasoft, 2006.

NERI. **Velhice e sociedade.** Campinas: Papirus, 1999.

LOPES, Gerson. **Sexualidade humana.** 2ª Ed. Rio de Janeiro: 2005.

**APÊNDICE**

## APÊNDICE A – Entrevista com idosos acima de 60 anos

### Identificação:

Nome: -----

Idade: -----

Gênero: ( ) masculino ( ) feminino

Religião: -----

Estado civil: ( ) casado(a) ( ) solteiro(a) ( ) viúvo(a) ( ) separado(a)

Você tem vontade de se casar novamente? Sim ( ) não ( )

Nacionalidade: \_\_\_\_\_

Natural de: \_\_\_\_\_

Escolaridade: ( ) analfabeto ( ) sabe ler e escrever ( ) primário incompleto  
( ) ginásio completo ( ) ginásio incompleto ( ) outros-----

### Perfil Qualidade de Vida

1. Para o Sr(a) o que é qualidade de vida :

( ) ter saúde ( ) ter amigos ( ) ter dinheiro ( ) Passear ( ) Dançar ( ) Namorar

Outros:.....

2. Você sente-se feliz consigo mesmo?

( ) Sim ( ) Não

3. Tem vida sexual ativa?

( ) sim ( ) Não

4. Você tem objetivos de vida?

( ) sim ( ) Não

5. Quanto à qualidade de seu sono, você considera?

( ) ótimo ( ) bom ( ) satisfatório ( ) regular ( ) insatisfatório

6. Você pratica atividades físicas?

.....

7. Como está sua memória?

.....

8. Apresenta alguma doença?

.....

9. Você participa de algum grupo (religioso, de serviço etc.)?

.....

10. Em relação às atividades de vida diária, o quanto você consegue se locomover?

.....

11. O que precisa ser feito para você ter uma melhor qualidade de vida?

.....

12. Seu ambiente físico é saudável quanto ao (clima, barulho, poluição, atrativos)?

.....

13. Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?

.....

14. As atividades de lazer estão adequadas ao seu gosto?

.....

15. O que você gostaria que melhorasse em relação ao lazer?

.....

16. Como é sua relação pessoal com amigos, parentes, conhecidos e colegas?

.....

17. Como é a relação entre você e os funcionários deste local?

.....

18. Você está satisfeito (a) com o seu acesso aos serviços de saúde?

.....

**APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

Tema: Conquista da Qualidade de Vida num Centro de Convivência Diurno para Idosos.

Autor: Maria Pedro Inácio.

Orientador: Profº. Msc. José Luiz Oliveira.

Fone: (048) 9106 5900.

Eu,

\_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

autorizo a realização dessa pesquisa e declaro que fui devidamente informado (a) sobre sua finalidade, que não sofrerei qualquer dano, que minha identidade pessoal será preservada e faça as observações utilizadas para fins de estudo, sendo que poderei sair da presente pesquisa a qualquer momento.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do entrevistado

Fone:

\_\_\_\_\_  
Assinatura da pesquisadora

Fone: