

Reflexões sobre espaço de moradia para idosos e Políticas Públicas

*Reflections on space of housing for elderly
and Public Policy*

Regina de Fátima Neves Soares

RESUMO: Este artigo baseia-se na pesquisa “A atuação do estagiário de fisioterapia no atendimento ao idoso institucionalizado”, abordando os aspectos bio-psíquico-social do envelhecimento humano e alguns fatores que conduzem à institucionalização dos idosos. Relata também o relacionamento dos estagiários de fisioterapia que prestam atendimento em ILPI (Instituição de Longa Permanência para Idosos). Diante do aumento da expectativa de vida das pessoas, faz-se necessário a identificação e discussões dos problemas de moradia junto à sociedade, visando alternativas e soluções. Através de depoimentos de idosos, verificamos a diversidade de situações de envelhecimento que demandam atenção parcial, integral ou internação, de acordo com sua condição física e intelectual, a fim de que se mantenha sua dignidade.

Palavras-chave: Envelhecimento; Moradia; Institucionalização.

***ABSTRACT:** This article is based on research, "The performance of the trainee physiotherapy in the care of institutionalized elderly", addressing the bio-psycho-aspects of human aging and social factors that lead to the institutionalization of the elderly. He also reports the relationship of physical therapy interns who provide care in LTCF (Long Stay Institution for Aged). Faced with increased life expectancy of people, it is necessary to the identification and discussion of housing problems in the society seeking alternatives and solutions. Through testimonies of the elderly, we find the diversity of aging situations that demand attention partial or full hospitalization according to their physical and intellectual, while maintaining their dignity.*

Keywords: Aging; Housing; Institutionalization.

Se a velhice é só mais uma fase da vida, por que o idoso deve ser retirado do seu “habitat”, costumes, rotinas e convívio? Por que não utilizar as adaptações pertinentes às necessidades individuais que se apresentam na velhice? Como alguém que já tem uma longa história de vida, pode adequar-se simultaneamente às mudanças do seu próprio corpo, do seu status social e familiar e também de sua moradia?

Estes questionamentos têm fundamental importância para tentar dar conta das deficiências atuais, ressaltadas pela Gerontologia, no atendimento global dos idosos e que têm alcançado algum progresso nesse sentido, mas que ainda exigem reflexões dos mais diversos níveis da sociedade, a fim de que possa conseguir alcançar suas metas, segundo Lima (2005):

(...) propomos que se implementem políticas públicas para idosos, visando a incrementar a autonomia, o auto-cuidado, a integração social, a assistência ao óbito domiciliar e, com essas medidas, reduzir internações e institucionalizações desnecessárias, ainda bastante frequentes especialmente entre idosos em situação de vulnerabilidade social, tais como idosos de baixa renda e de pouca escolaridade.

A moradia torna-se fator essencial para que outras necessidades dos idosos sejam conduzidas a uma adequada solução.

O envelhecimento, visto como mais uma etapa da vida, mantém suas peculiaridades no que se refere aos aspectos biofisiológicos. A velhice não é sinônimo de doença, mas uma fase da vida quando ocorre maior incidência de alterações do organismo humano conhecidas pela Geriatria em função de seu desgaste natural, e conforme diversas teorias do envelhecimento.

Os limites cronológicos foram objeto de estudo de muitos autores. Neri e Wagner (1985) revelam que há uma certa ambiguidade quanto à estimativa do início da velhice, dado o condicionamento às condições de saúde, sexo, aposentadoria, nível econômico, entre outras. Segundo Neri (1991: 79), a idade cronológica não define uma etapa da vida, uma vez que pode estar sujeita a fatores de personalidade, a experiências anteriores e a sentimentos em relação à velhice. Hayflick (1997: 5) alerta para interpretações errôneas baseadas nas aparências das pessoas para determinar seu envelhecimento, ressaltando que a

idade cronológica é aquela medida em anos desde o nascimento, enquanto a idade biológica apresenta dificuldades de mensuração diante dos diferentes ritmos de funcionamento dos nossos órgãos. O autor afirma que seria ideal conhecer a idade biológica antes que a cronológica, pois a primeira estaria ligada ao grau de funcionalidade e independência do ser humano diante de uma expectativa de vida.

Retomando o tema da moradia para idosos, podemos verificar que mesmo com deficiências, é possível manter algumas condições para uma vida com autonomia e independência física.

Idosos que não têm família e bens próprios estimularam a criação de alternativas sociais para a manutenção de um mínimo de dignidade para sua vida. Temos como exemplo os dizeres de Quiroga (2005: 92) acerca do que qualifica como moradia para idosos: “os Albergues, Casas de Acolhimento, Casas de Convivência, Casa-Lar, República de Idosos, Moradia Provisória, Asilos, Casas de Repouso, Centro Dia do Idoso”. A este respeito, a autora chama-nos a atenção para denominações que refletem insegurança e provisoriedade. Alerta ainda sobre um triste dado de insucesso no atendimento a idosos doentes, razoavelmente recente: “O Centro Dia dos Idosos no bairro de Vila Mariana em São Paulo, Capital, considerado como modelo, sob a direção de uma Universidade pública, encerrou suas atividades em 15/07/2005, por falta de verbas, “deixando ao desamparo idosos portadores da Doença de Alzheimer atendidos por cerca de dois anos. Os idosos exigem a segurança que apenas uma moradia permanente pode lhes dar”.

A sociedade, buscando solucionar esta necessidade, com a experiência do Centro-Dia que foi fechado, somada à dedicação de profissionais envolvidos e voluntários, reuniram-se e fundaram, sob a direção do Sr. Edelmar Ulrich que assumiu a presidência, a AFAI (Associação dos familiares e amigos dos idosos), que iniciou seu funcionamento em setembro do mesmo ano. Este Centro-Dia foi fundado e continua sendo mantido por familiares de idosos com dependências parciais ou portadores de deficiências temporárias. Conforme informam seus materiais de divulgação, essa instituição não tem fins lucrativos e proporciona integração, terapia ocupacional, alimentação balanceada e atenção aos idosos, no período diurno das 7:00 às 18:00 horas de segunda a sexta-feira.

Participei em novembro passado do seminário: “*Os novos paradigmas do envelhecimento na sociedade contemporânea*” realizado no Residencial Albert Einstein-SP, onde fiquei ciente do prêmio recebido através do programa Talentos da Maturidade

vinculado ao Banco Real pela AFAI, tendo seu Centro-Dia como modelo de programa social e mudança de paradigma na atenção aos idosos fragilizados na região do Planalto Paulista, Capital. Nos últimos cinco anos a AFAI estendeu sua rede de apoio para além daquela de familiares, contando com outros colaboradores da sociedade civil, Universidades, Empresas Públicas e Privadas.

Temos também o modelo de Centro-Dia do Residencial Albert Einstein, que recebe duas vezes por semana, um grupo de 20 idosos não residentes que passam período integral desfrutando das atividades desenvolvidas pela equipe profissional como: atividade física, arteterapia, coral, palestras, dentre outras

Oliveira (2010: 28) é o autor que estabelece o ano de 1890 como o marco de inauguração da primeira instituição voltada para idosos no Rio de Janeiro, o Asilo São Luiz para a Velhice Desamparada, quando comenta que houve mudanças no sentido de tratar a questão de moradia dos idosos com mais atenção tanto por parte do poder público quanto da iniciativa privada e das próprias famílias. Cita ainda o autor o programa do Governo do Estado de São Paulo em parceria com prefeituras na criação do programa habitacional Vila Dignidade, que é voltado ao atendimento de idosos com renda de até dois salários mínimos e que não dispõem de vínculos familiares sólidos. Este programa iniciou suas atividades em 2009, com Avaré sendo a primeira cidade a receber um condomínio com casas projetadas segundo o conceito do Desenho Universal (moradia adaptada para pessoas com dificuldades de locomoção temporária ou permanente).

Os itens como acessibilidade e segurança são obtidos “através das barras de apoio, pias, louças sanitárias em altura adequada, portas e corredores mais largos, rampas e pisos antiderrapantes, além de um botão de emergência, que alerta os vizinhos e o centro comunitário em caso de emergência”. Este programa deve ser expandido para outros 22 municípios nos próximos anos.

A autora também apresenta outras situações de moradia: as entidades filantrópicas que são a alternativa de moradia para os idosos de famílias com menor renda, o Lar dos Velhinhos de Piracicaba, um dos mais antigos do estado de São Paulo, dispõe de dezenas de chalés projetados para ajudar o idoso a viver com autonomia.

A Mão Branca, localizada no bairro de Santo Amaro, na cidade de São Paulo oferece dois tipos de hospedagem: internação permanente ou temporária, no caso de

viagem da família e também diária, com café da manhã, atividades de lazer, higienização e descanso.

Existe também o programa de Acompanhante de Idosos cujo objetivo é dar apoio aos idosos de baixa renda, para que vivam melhor em suas próprias casas. Através da Prefeitura de São Paulo, estes acompanhantes desenvolvem ações de cuidado domiciliar e apoio para as atividades diárias e contam com apoio externo em atividades como ir ao médico, fazer compras, realizar pequenos consertos ou ser uma companhia para conversar.

Existe ainda a tradicional alternativa de morar com os filhos ou uma nova modalidade, em que um grupo de moradores da terceira idade se propõe a dividir a casa ou apartamento, as chamadas repúblicas de idosos.

A constante busca de alternativas dignas de moradia é reforçada por Debert (1999: 93), abordando o tratamento que os idosos recebem dos familiares, quando afirma que “o fato de os idosos viverem com os filhos não é garantia da presença, do respeito e prestígio, nem ausência de maus tratos”.

Na Instituição de Longa Permanência encontram-se idosos que não puderam planejar ou não se deram conta de que estavam envelhecendo por diversas razões: diante da debilidade física causada pelas doenças ou mesmo quando lúcidos, da dependência financeira. São raros os casos de internação por interesse do próprio idoso; em alguns casos, esse “interesse” vem coberto de justificativas do tipo: “*Não quero dar trabalho aos meus filhos e netos, aqui tenho tudo que preciso!*”. Podemos verificar, na maioria dos idosos internos, um acentuado envelhecimento biológico em comparação com idosos ativos da mesma idade cronológica. Acredita-se que tal fato ocorra pela limitação que a vida institucional traz nos aspectos físicos, psicológicos e sócio-culturais.

A abordagem sobre os aspectos bio-fisiológicos do envelhecimento é do conhecimento de todos os estudiosos do assunto, em que se apresentam as visíveis limitações às quais o organismo humano está sujeito neste período. Cabe salientar que estas reflexões têm fundamento, no sentido de quantificar o grau de dependência e vulnerabilidade do indivíduo quanto às possíveis adaptações necessárias à sua vida em sociedade, à sua expectativa de vida e às medidas preventivas que possam preservar a sua independência.

A equipe multiprofissional tem a finalidade de atender às demandas deste idoso institucionalizado. A Fisioterapia tanto na ILPI (Instituição de Longa Permanência para

Idosos) quanto no atendimento da comunidade, seja domiciliar ou ambulatorial, dá ênfase no tratamento para a manutenção das AVD's (Atividades de Vida Diária) como: alimentação, higiene pessoal, vestuário e locomoção, visando a uma maior independência do interno.

Foucault (2000: 78-9) nos apresenta o nascimento da Medicina Social, no século XVIII, com o aparecimento da anatomia patológica. A “medicina moderna” com certa tecnologia do corpo social é uma prática social que somente em um de seus aspectos é individualista e valoriza as relações médico-doente...: “com o capitalismo não se deu uma medicina coletiva para uma medicina privada, mas justamente o contrário: o capitalismo, desenvolvendo-se em fins do século XVIII e início do século XIX, socializou um primeiro objeto que foi o corpo enquanto força de produção, força e trabalho”.

Hoje temos esta visão social através dos convênios médicos, cooperativas e os serviços públicos de saúde. A medicina é também classificada em:

- *Curativa*: medicamentos, cirurgias;
- *Preventiva*: vacinas, exames, orientações;
- *Paliativa*: especialidade médica cuja atuação consiste em propiciar a melhor qualidade de vida possível àqueles pacientes com doença muito avançada, sem qualquer possibilidade de cura ou reversão da sua condição de saúde, por meio de técnicas que aumentam o conforto, mas que não interferem com a sobrevida.

Idosos com total dependência física ou em estágio terminal (funções declinando sem a possibilidade de melhora) nos levam às afirmações de Berger e Poirier (1995: 6) sobre a hipótese de internação na ILPI surgir diante do aumento das incapacidades físicas e psicológicas e da diminuição das capacidades do meio. No caso de famílias que não dispõem de espaço físico, de condições financeiras e/ou emocionais para adotar o sistema *Home Care* (com profissionais da saúde 24 horas), o que altera a rotina familiar, a institucionalização passa a ser vista como uma solução naquele momento.

Apresentamos uma autora que reforça a institucionalização sob esta ótica...: “a institucionalização é, ou deveria ser, a alternativa extrema do cuidado ao idoso, que se torna necessária, quando esse cuidado exige ações de maior complexidade, demandando

técnicas e equipamentos especializados. É também o recurso que se coloca quando o idoso não tem família ou esta não tenha nenhuma condição de cuidá-lo.” (Queiroz: 2000: 248).

Na ILPI é visível a importância da participação familiar na vida do idoso, mesmo que haja problemas de relacionamento. Através dos familiares é possível complementar a história pregressa do idoso, com informações importantes da sua vida antes da internação, principalmente dos idosos com déficit de fala e demência, visando a facilitar a forma de abordagem durante o tratamento fisioterapêutico.

A grande maioria dos idosos, no entanto, não conseguem mais adaptar-se fora da ILPI, não retornando aos seus lares e/ou familiares. Podemos aqui citar Foucault (1978) apresentando as internações na Era Clássica como solução dos problemas sociais, o “não ver” amenizava a vida das comunidades que se viam livres do problema. Atualmente podemos dizer que as famílias tendem a “esconder” seus problemas advindos do envelhecimento patológico de seus idosos, na busca do “eterno paraíso”, problemas como a feiura e comportamentos amorais. A prova disso é a ausência e escassez de visitas; os familiares sabem que seu idoso está lá na instituição; mas não querem ver a velhice.

Observamos a necessidade de análise em cada caso, não generalizando e culpando os familiares pela internação de seus idosos. É preciso ouvir o idoso e junto com ele, tentar desvendar os múltiplos sentidos das suas queixas e demandas.

Em nossa pesquisa em supervisão de estagiários de fisioterapia que prestavam atendimento a uma ILPI, verificamos que a institucionalização é entendida pelos alunos como responsável pela depressão, desânimo e tristeza dos idosos. A falta de flexibilidade nas rotinas (horários para alimentação, banhos, visitas, acomodações coletivas), não permitia a adaptação de idosos com hábitos diferenciados, adquiridos durante sua vida antes da ILPI.

Outra pesquisa realizada em ILPI (no município de Caxias do Sul, RS), ressalta que “a questão do asilamento comprova a ação da sociedade que descarta indivíduos no momento em que deixam de ser saudáveis e produtivos, utilizando um discurso controverso à sua integração ao meio social... essa nova condição o leva a assumir outros papéis sociais, definidos e determinados pela própria ILPI e por seus representantes.” (Bulla & Mediondo, 2004).

Nossa pesquisa mostrou que o relacionamento entre os internos também pode interferir no tratamento fisioterapêutico. Os estagiários relatam o sentimento de poder e

superioridade de alguns internos sobre os outros idosos, diante da sua permissão para sair da ILPI, da sua lucidez e da preservação da independência. Podemos novamente citar Foucault: “antes do século XVIII o hospital era essencialmente uma instituição de assistência aos pobres, como também de separação e exclusão. O pobre como pobre tem necessidade de assistência e, como doente, portador de doença e de possível contágio, é perigoso. Por estas razões, no hospital até o século XVIII, não é o doente que é preciso curar, mas o pobre que está morrendo. Dizia-se nesta época, que o hospital era um *morredouro*, um lugar onde morrer, e o pessoal hospitalar não era fundamentalmente destinado a realizar a cura do doente, mas a conseguir sua própria salvação. Era um pessoal caritativo-religioso ou leigo.” (2000: 101).

Podemos fazer a comparação com algumas ILPI's que ainda contam com um quadro de funcionários, em sua maioria voluntários e/ou pessoal leigo, dadas as dificuldades financeiras para a contratação de profissional especializado. Também no discurso dos idosos verificamos a visão do “antigo hospital: *“me deixaram aqui para morrer, não volto mais para minha casa”*”.

É como se a instituição “os contaminasse”, pois não se adaptam mais à família, nem à instituição. Verificamos que, em quatro anos, foi feito o acompanhamento de aproximadamente dez casos em que as próprias famílias fizeram retirar alguns internos. Não houve mais contato, por parte da instituição, para saber se tais idosos egressos ainda estão em casa ou se foram para outra ILPI.

A internação gera mudanças radicais no cotidiano do idoso e, segundo Bulla e Mediondo (2004:89), “surge até a convivência diária com outras pessoas até então desconhecidas e que não foram por ele escolhidas para compartilhar sua vida. A autora destaca os períodos de muita ansiedade, onde podem surgir dificuldades quanto à orientação temporo-espacial (muitas vezes aparecem como sintomas de demência)”.

Em nossa pesquisa em ILPI observamos o período de adaptação, logo após à internação a passagem da revolta para a submissão. Encontramos também pessoas que criam uma resistência em sucumbir a esses efeitos, procurando alternativas para uma vida digna, mesmo distante da sua moradia e de seus familiares. Tivemos como exemplo uma senhora de 72 anos que apresentava sequelas de Hanseníase na face, reabsorções ósseas nos dedos das mãos e no pé esquerdo e amputação do membro inferior direito. Ficava

praticamente o dia todo em cadeira de rodas, mantendo-se ocupada com seus “crochês”. Mantinha seu bom humor, vivia sorrindo, apesar das dores provocadas pelo seu quadro, conversava com todos, solicitando banhos de sol. Seu comportamento pode ser compreendido como uma estratégia para atrair companhia e espantar a solidão que rondava seus companheiros.

A institucionalização parece inibir o exercício da autonomia pela rotina empregada. As regras de funcionamento se antecipam à verbalização de desejos e necessidades; o idoso não se vê mais com poder de decisão sobre sua própria vida.

A diversidade do envelhecimento em sua individualidade deve ser respeitada na ILPI. Quando um idoso é convidado a participar de uma atividade ou do próprio tratamento fisioterapêutico, podemos nos deparar com respostas do tipo: *“não quero fazer nada hoje”*. Outro exemplo de um idoso europeu, ao realizar exercícios na bicicleta ergométrica, quando se reforçam os benefícios da atividade física em aspectos como: força muscular, condição cárdio-vascular etc.; fomos surpreendidos com a seguinte resposta: *“não me venha com ‘eu devo isso’, ‘eu devo aquilo’, já saí da minha educação rígida, vou morrer e ainda continuo devendo?”*.

A dificuldade de diálogo com os idosos é ressaltada por Bobbio (1997: 11), apesar de ele ser um velho, mas produtivo no campo intelectual: *“(...) depois de certa idade, desistimos de mudar de opinião. Tornamo-nos cada vez mais obstinados em nossas convicções e mais indiferentes às dos outros. Os inovadores são vistos com desconfiança. Ficamos cada vez mais apegados às velhas ideias e, ao mesmo tempo, cada vez mais desconfiados das novas”*.

Dentre as diversas maneiras de comunicação entre os indivíduos, o toque é de fundamental importância nas relações sociais, amistosas, amorosas e profissionais. Cabe lembrar que a primeira experiência nesse sentido se faz através da mãe com seu bebê, produzindo a “consciência corporal” pela estimulação do corpo, principalmente através da pele e isto tem início no nascimento, se é que não antes. (Montagu, 1988: 254).

Segundo Montagu, as necessidades do toque parecem aumentar com o avançar da idade, visto que é uma das poucas formas de contato dos idosos com outras pessoas, devido ao seu afastamento social, seja no trabalho, seja na própria família.

A estimulação tátil favorece a manutenção da autoestima, tão necessária para o idoso que nutre sentimentos de inutilidade e abandono.

O toque é a base do trabalho do fisioterapeuta, seja no hospital, na clínica ou na ILPI. O corpo do paciente é a “matéria-prima” para o emprego das técnicas fisioterapêuticas, que visam à prevenção ou reabilitação das alterações físicas. Dentre as técnicas estão as massagens, utilizadas desde os tempos remotos.

Também nos enfaixamentos, na colocação dos aparelhos de eletroterapia e das órteses, na correção postural, na estimulação da função respiratória e da marcha, no auxílio para desnudar-se ou vestir-se, o toque permanece como recurso indispensável durante o atendimento ao idoso.

O toque entre terapeuta e paciente gera um forte vínculo emocional em ambos: no primeiro, pela responsabilidade de passar sensações de conforto e alívio da dor; no outro, por sentir que alguém está cuidando dele, mesmo que seja por apenas trinta minutos, fazendo com que o idoso volte a ter elo com sua imagem corporal e não repudie o seu corpo envelhecido.

Salientamos também um dos fatores geradores de descontentamento dos residentes em ILPI: refere-se à necessidade de realizar tarefas em que possam sentir-se úteis e preencher o seu tempo, principalmente no caso de alguns idosos que se encontram em boas condições de saúde. Nossa pesquisa acompanhou senhoras que auxiliavam na cozinha, passavam algumas roupas, e senhores que varriam o jardim, recebiam as doações e recolhiam o lixo. Estes idosos também cuidavam das colegas de quarto mais dependentes, arrumando as camas e auxiliando-os nos banhos e nas trocas. Estas atitudes podem esbarrar na legislação sobre ILPIs, tendo como órgão fiscalizador a ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária) que, apesar de não estar totalmente definida, não permite que internos trabalhem na ILPI que, por sua vez, teme a ocorrência de acidentes pelos quais poderá ser responsabilizada.

Bulla e Mediondo (2004: 103), em sua pesquisa, ressalta que “(...) na vida cotidiana, a realização de atividades e tarefas pelos idosos deveria ocupar um papel central, pois é isso que imprime vida a esse cotidiano. A realização de atividades e tarefas tem a ver com a importância do trabalho cotidiano das pessoas. Nos idosos, como em qualquer idade o trabalho na ILPI poderia diminuir o tempo ocioso, a depressão, estimular a autoestima; cuidar é inerente a qualquer ser humano em qualquer fase da vida.

Lembramos também que a sexualidade está presente na vida humana desde o nascimento, tendo seu apogeu, segundo a Psicanálise, na vida adulta.

Durante o envelhecimento, passa a ser ignorada como se o idoso fosse assexuado, na visão preconceituosa da sociedade e dos próprios idosos. No entanto, estudos demonstram a importância do exercício da sexualidade durante a velhice, suprimindo as necessidades físicas, psicológicas e emocionais.

Ainda ocorre na maioria das ILPI's a organização em alas masculina e feminina que inibe qualquer tipo de contato entre os sexos. Diante da falta de privacidade, qualquer manifestação de carinho é vista com olhar de censura pelos funcionários e pelos internos. Tive recentemente a oportunidade de conhecer duas ILPI's onde existem Chalés para casais. Em uma delas pude entrevistar um casal de viúvos que se conheceram em um Baile para a Terceira Idade e resolveram morar juntos já há três anos. Em alguns casos, mesmo nos Chalés, quando um idoso torna-se dependente e acamado, a presença de um cuidador altera o convívio do casal e dificulta sua intimidade.

Existem idosos que têm resistência em realizar atividades com o sexo oposto na ILPI, geralmente pessoas solteiras ou que tiveram alguma desilusão amorosa durante a vida. A repressão maior ocorre nos casos de demência devido ao comportamento inadequado desses idosos.

O carinho entre pais ou avós da comunidade é bem aceito e até admirado por todos; porém na ILPI tem uma conotação de “sátira” e gera curiosidade de funcionários e de outros internos.

A finitude é um tema que também gera grande discussão nas ILPI's, seja por parte dos idosos, funcionários e familiares. Ela pode ocorrer em qualquer fase da vida; a velhice permite vivenciar todas as fases. As pessoas reagem de diferentes formas diante desta constatação. Algumas se voltam para esse fim, preocupando-se como e quando acontecerá e se esquecendo de viver. Outras se voltam para o presente, desfrutando de cada momento, construindo, portanto, um belo passado e uma boa possibilidade para o futuro e, caso isso não aconteça, pelo menos o presente foi bem vivido.

A idade avançada é interpretada como proximidade da finitude. Apesar de ser um fato que faz parte da vida, a morte é difícil de ser encarada. Na pesquisa com idosos da ILPI observamos sentimentos como o medo do sofrimento e da morte.

A proximidade com um grande número de pessoas em idade avançada e acometidas por doenças degenerativas próprias do envelhecimento favorece o maior contato com a morte. Cada idoso tem sua representação da finitude segundo sua etnia, religiosidade e experiências pessoais, nas perdas de entes queridos que sofreu durante sua vida.

Constatamos em nossa pesquisa que a ILPI, pela própria organização, torna mais gritante o antagonismo entre vida e morte. No hospital, os estagiários de fisioterapia perceberam a existência da possibilidade de o paciente idoso voltar para sua casa e a internação é vista como provisória, mesmo quando o paciente encontra-se em estado grave.

Na ILPI ele se depara com o “fim da linha”, raramente ocorre a melhora ou o idoso volta para sua casa. Essa chance é bem remota; ele sente que foi para lá para esperar o fim, não como se sua vida fosse continuar.

Reforçamos a dificuldade de lidar com a morte também pelos profissionais de saúde, através da visão de Silva (2000: 22): “a morte significa sempre um desafio para quem recebe treinamento para manter a vida”.

Pessini (1994: 431) também alerta os profissionais que atuam com idosos: “(...) cuidar de idosos significa, antes de tudo entrar em contato com nosso próprio processo de envelhecimento, sentir a dimensão do tempo, realidade nos construindo como ser, e estar consciente dos movimentos do ciclo da vida”.

Apesar da complexidade que atribuímos ao processo de envelhecimento, visto pela ótica da ILPI, os estagiários de fisioterapia, mesmo com sua juventude e inexperiência, não apresentaram preconceito quanto ao envelhecimento. Na fala de alguns verificamos reflexões carregadas de emoção enquanto cidadãos conscientes, como esta que agora apresentamos:

“Lembramos sempre que o idoso é um moço que não morreu na mocidade e que devemos tratá-los como gostaríamos que nos tratassem. É preciso humanizar nossas relações tendo como instrumentos o respeito à individualidade de cada um, o amor ao próximo, a compreensão e o desprendimento. Obrigada a vocês por tanto ter nos ensinado.”

A visão de envelhecimento como um processo natural da vida e a conscientização do seu próprio envelhecimento podem ser encontradas na preocupação em manter hábitos

de vida saudáveis, relações familiares não conflitantes, construção social e financeira e ainda o aproveitamento das oportunidades que a vida oferece.

Debert (1998: 54) denomina como “buscas universais” o estudo de Simmons entre idosos pertencentes a diversas culturas, mostrando similaridades nos interesses destes indivíduos na última etapa da vida: “viver o máximo possível; terminar a vida de forma digna e sem sofrimento; encontrar ajuda e proteção para a progressiva diminuição de suas capacidades; continuar participando ativamente nos assuntos e decisões que envolvem a comunidade; prolongar ao máximo suas conquistas e prerrogativas sociais como a propriedade, a autoridade e o respeito”.

A institucionalização é, para muitos, a única possibilidade de sobrevivência digna, cabendo aos profissionais de saúde o reconhecimento da autonomia do paciente idoso através de uma abordagem global positiva (bem-estar, felicidade, aptidão física, independência) mesmo nesta situação.

Reforçamos as colocações de Bulla e Mediondo (2004: 102) no que se refere à legislação existente quanto às ILPIs priorizarem a questão da saúde do idoso na própria residência e a necessidade de avanços nesta legislação com maior atenção a todos os aspectos da vida destes idosos em resposta às suas amplas necessidades e demandas.

Especificamente com relação às necessidades de moradia, temos exemplos de criatividade de idosos que lutam pelo seu segmento junto às Sub-Prefeituras, Secretaria da Saúde e Serviço Social para moradias de idosos desprovidos de quaisquer recursos.

Apresento minha experiência de trabalho como fisioterapeuta, numa ONG conveniada à Prefeitura de São Paulo, no programa de atendimento domiciliar de idosos em 2008, num bairro de classe média da zona norte da capital. Apesar de se tratar de uma região privilegiada em recursos, pude observar um senhor idoso em situação de total abandono, mesmo tendo três filhas, segundo a ficha de cadastro do programa.

Este senhor de 73 anos, era portador de sequelas de um AVE (acidente vascular encefálico), lúcido, com dificuldades de equilíbrio e marcha e que fazia uso de bengala. Encontrava-se instalado em um barraco de madeira coberto por telhas de cimento; neste único cômodo havia uma cama, uma mesa pequena e um banco. O piso era de terra batida, não havia sanitário, água ou luz elétrica. Ele utilizava um balde de plástico para suas necessidades fisiológicas, que uma vizinha da casa ao lado recolhia quando estava cheio. Ele tomava banho sozinho com água em uma bacia fornecida pela vizinha.

O terreno deste barraco era irregular, inclinado, sob torres de transmissão da Eletropaulo, num espaço entre apartamentos da região, totalmente inadequado para a locomoção, principalmente para uma pessoa idosa com severas limitações de movimento.

Meu primeiro questionamento, quando da visita domiciliar, foi encaminhar o caso aos superiores, visando a tentar solucionar o problema da moradia deste idoso, como entrar em contato com as filhas, orientar sobre as dificuldades, risco de quedas e fraturas. Com base no Estatuto do Idoso, este senhor tem direito à moradia digna no seio da família. Quando a família não apresenta condições de recebê-lo, outra alternativa seria uma ILPI, em sua grande maioria de caráter filantrópico, religioso, mantendo longas filas de espera por vagas, por não ter condições de absorver esta clientela em constante crescimento. Consegui realizar dois atendimentos semanais junto a este senhor, conforme indicações do programa domiciliar; foram passadas orientações de movimentos e locomoção, mas visivelmente inviáveis, dado que a prioridade era a moradia adequada. As questões de cidadania antecedem o atendimento fisioterapêutico. Infelizmente não pude ver resultados quanto à solução deste problema de moradia quando me desliguei da ONG, o que foi frustrante.

Imagino quantos destes idosos ainda se encontram em situação de moradia semelhante a este caso em regiões menos favorecidas de São Paulo e de outros estados do Brasil.

A moradia tem fundamental importância sobre a qualidade de vida dos idosos. Segundo Neri *apud* Albuquerque (2003: 60-1): “(...) competências ambientais: a qualidade de vida na velhice tem relação direta com a existência de condições ambientais que permitam aos idosos desempenhar comportamentos biológicos e psicológicos adaptativos. Quando os idosos gozam de autonomia, eles próprios podem providenciar arranjos para que seu ambiente torne-se mais seguro e interessante”.

Dentre diversos autores que abordam este tema, encontramos Alencar *et al.* (2009: 104) que apresentam, em seu artigo, a definição do Grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. Em sua pesquisa sobre idosas residentes em ambientes urbano e rural, verificaram que “o fato de residir em áreas geograficamente

diferentes não interferiu nos índices de qualidade de vida dessa população”. Apontam o fato de a percepção sobre qualidade de vida ser bem mais objetiva e inerente ao intrínseco pessoal do que relacionada a fatores externos como o ambiental ou sócio-econômico independentemente de as pessoas residirem em centros urbanos ou no interior do país. Os autores concluem com a necessidade de estudos sobre as condições e determinantes de saúde dos idosos para subsidiar políticas de saúde voltadas para essa população.

Diante do rápido crescimento da população idosa, fenômeno mundial, mas principalmente em nosso país, que se encontra no início de suas reflexões e ações sobre a questão, torna-se responsabilidade de toda a sociedade a busca de soluções e/ou alternativas pertinentes.

Encontramos como resistência dos idosos aos asilos: a falta de uma comissão de idosos para reivindicações, a falta de comunicação entre administração e moradores, os idosos deveriam participar da escolha dos voluntários que se oferecem para serviços na ILPI, a parte cultural e social escassa e, muitas vezes, imposta sem consultar os interessados, aproveitar os talentos profissionais dos internos em suas áreas específicas como força de trabalho na ILPI, usar o potencial de cada idoso para a orientação dos demais, estimular o convívio entre os moradores, como existe na comunidade, abertura da ILPI para a comunidade em geral para troca de experiências, maior liberdade religiosa e melhor qualidade no atendimento nos serviços de saúde.

Finalizamos com a entrevista de um casal de viúvos, moradores do Lar dos Velhinhos de Piracicaba no interior da cidade de São Paulo há três anos, ela funcionária pública aposentada, 71 anos, lúcida, realizou duas cirurgias da coluna cervical, mas é independente. Ele gráfico, aposentado, 67 anos, não referiu problemas de saúde. Moram em um Chalé com dois quartos, sala, cozinha, banheiro, área e lavanderia, realizam suas próprias compras e refeições, cuidam das roupas, da casa, participam de algumas atividades na ILPI, mas preferem sair para o centro da cidade, onde têm mais amigos. Lá não há muito relacionamento entre os vizinhos, cada um se fecha no seu “mundo”.

Ela teve interesse em procurar a ILPI pelos problemas de saúde; pensou ser mais fácil acompanhar e também para não incomodar filhos e netos. Ela convidou o companheiro para morarem lá. Comentou a respeito dos pontos positivos, como refeição pronta para quem quer ir ao refeitório ou trazer para casa, um baile às quintas-feiras, enfermagem e ambulância para emergências, médico em dias marcados, Bingo, Projeto

“Cão Amigo” e visitas livres para a família em qualquer horário. Encerrou, dizendo: “*eu gostaria de voltar..., não estou satisfeita aqui!*”

Concluo com a indagação: Voltar para onde? Passa a impressão de que a ILPI é um mundo totalmente à parte do real.

A vida é um desafio constante, isso nos força à busca de soluções. Na ILPI tudo é muito cerceado, planejado, o que pode não favorecer a criatividade, o interesse por atividades de seus moradores.

O ser humano não deixa de ser um eterno insatisfeito na busca do desconhecido.

Referências

- Albuquerque, S.M.L. (2003). *Qualidade de Vida do Idoso*. São Paulo: Casa do Psicólogo/Cedecis: 60-1.
- Alencar, N.A. *et al.* (2010). Avaliação da qualidade de vida em idosas residentes em ambientes urbano e rural. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, 13(1), Rio de Janeiro: 103-9.
- Berger, L.M. & Poirier, D.M. (1995). *Pessoas idosas: uma abordagem global*. Lisboa: Lusodidata.
- Bobbio, N. (1997). *O tempo da memória: De Senectude e outros escritos autobiográficos*. Rio de Janeiro: Campus.
- Bulla, L.C. & Mediondo, M.Z. (2004). Velhice, dependência e vida cotidiana institucional. *In: Cortelletti et al. Idoso Asilado, um estudo gerontológico*. EDUCS-RS.
- Debert, G.G. (1998). Antropologia e o estudo dos grupos e das categorias de idade. *In: Barros, M.M.L. (1998). Velhice ou Terceira Idade*. Rio de Janeiro: Fund. Getúlio Vargas Editora: 49-66.
- _____ (1999). *A reinvenção da velhice: Socialização e processos de reprivatização do envelhecimento*. São Paulo: Edusp.
- Foucault, M. (2000). *História da Loucura na Idade Clássica*. São Paulo: Perspectiva.
- _____ (2000). *Microfísica do Poder*. São Paulo: Graal.
- Hayflick, L. (1997). *Como e por que envelhecemos*. Rio de Janeiro: Campus.

- Lima, M.M. (2005, out.). Saúde no Envelhecimento. *In: Revés do Averso*. Revista do CEPE ano 14.
- Montagu, A. (1986). *Tocar: o significado humano da pele*. Summus Editorial.
- Neri, A.L. (1991). *Envelhecer num país de jovens: significados de velho e velhice segundo brasileiros não idosos*. Campinas: UNICAMP.
- Oliveira, A.P. (2010, 01 de outubro). Em casa. *Cadernos SESC de Cidadania*: 28-31.
- Pessini, L. (1996). O idoso e a dignidade no processo de morrer. *In: Papaléo Netto. Gerontologia*. São Paulo: Atheneu: 427-35.
- Pickles, B. *et al.* (Org.) (1998). *Fisioterapia na Terceira Idade*. São Paulo: Santos Livraria Editora.
- Queiroz, Z.P.V. (2000: jul/ago.). Cuidando do Idoso: uma abordagem social. *Revista O mundo da Saúde*, 24(4). São Paulo: Ed. Centro Univ. São Camilo: 246-8.
- Quiroga, O.L.L. (2005). Moradia do idoso. *In: Revés do Averso*. Revista do CEPE: 92-3.
- Silva, M.J.P. (2000). *Amor é o caminho (maneira de cuidar)*. São Paulo: Gente, 2000.
- Soares, R.F.N. (2001). O estagiário de fisioterapia no atendimento ao idoso institucionalizado. Dissertação de Mestrado em Gerontologia Social, pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

Recebido em 20/10/2010

Aceito em 12//11/2010

Regina de Fátima Neves Soares – Fisioterapeuta. Mestre em Gerontologia Social pela PUC-SP em 2001. Docente da Universidade Nove de Julho-UNINOVE, Programa de Pós-Graduação em Psicomotricidade, disciplina de Gerontopsicomotricidade. São Paulo (SP), Brasil.

E-mail: reginanevessoares@yahoo.com.br