



Rede de atenção à pessoa idosa

FUTURIDADE

**PLANO ESTADUAL
PARA A PESSOA IDOSA**



GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO

José Serra
Governador

Rita Passos
Secretária Estadual de Assistência e Desenvolvimento Social

Nivaldo Campos Camargo
Secretário Adjunto

Carlos Fernando Zuppo Franco
Chefe de Gabinete

Secretaria Estadual de Assistência e Desenvolvimento Social – SEADS

Departamento de Comunicação Institucional – DCI

Paulo José Ferreira Mesquita

Coordenador

Coordenadoria de Gestão Estratégica – CGE

Cláudio Alexandre Lombardi

Coordenador

Coordenadoria de Ação Social – CAS

Tânia Cristina Messias Rocha

Coordenadora

Coordenadoria de Desenvolvimento Social – CDS

Isabel Cristina Martin

Coordenadora

Coordenadoria de Administração de Fundos e Convênios – CAF

Carlos Alberto Facchini

Coordenador

Fundação Padre Anchieta

Paulo Markun

Presidente

Fernando Almeida

Vice-Presidente

Coordenação Executiva – Núcleo de Educação

Fernando Almeida

Fernando Moraes Fonseca Jr.

Mônica Gardeli Franco

Coordenação de Conteúdo e Qualidade

Gabriel Priolli

Coordenação de Produção – Núcleo de Eventos e Publicações

Marilda Furtado

Tissiana Lorenzi Gonçalves

Equipe de Produção do Projeto

Coordenação geral

Áurea Eleotério Soares Barroso

SEADS

Fernando Moraes Fonseca Jr.

Fundação Padre Anchieta

Desenvolvimento

SEADS

Elaine Cristina Moura

Ivan Cerlan

Janete Lopes

Márcio de Sá Lima Macedo

Organização dos conteúdos/textos

Áurea Eleotério Soares Barroso

Colaboradores

**Clélia la Laina, Edwiges Lopes Tavares, Izildinha Carneiro,
Ligia Rosa de Rezende Pimenta, Maria Margareth Carpes,
Marilena Rissuto Malvezzi, Paula Ramos Vismona,
Renata Carvalho, Rosana Saito, Roseli Oliveira**

Produção editorial

Maria Carolina de Araujo

Coordenação editorial

Marcia Menin

Copidesque e preparação

Paulo Roberto de Moraes Sarmento

Revisão

Projeto gráfico, arte, editoração e produção gráfica

Mare Magnum Artes Gráficas

Ilustrações

Adriana Alves

UMA REALIZAÇÃO



**FUNDAÇÃO
PADRE ANCHIETA**

Direitos de cópia

Serão permitidas a cópia e a distribuição dos textos integrantes desta obra sob as seguintes condições: devem ser dados créditos à SEADS – Secretaria Estadual de Assistência e Desenvolvimento Social do Estado de São Paulo e aos autores de cada texto; esta obra não pode ser usada com finalidades comerciais; a obra não pode ser alterada, transformada ou utilizada para criar outra obra com base nesta; esta obra está licenciada pela Licença Creative Commons 2.5 BR (informe-se sobre este licenciamento em <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.5/br/>) As imagens fotográficas e ilustrações não estão incluídas neste licenciamento.

Rede de atenção à pessoa idosa

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)**

Rede de atenção à pessoa idosa / Helena Akemi Wada Watanabe...
[et al.] ; [coordenação geral Áurea Eleotério Soares Barroso]. --
São Paulo : Secretaria Estadual de Assistência e
Desenvolvimento Social : Fundação Padre Anchieta, 2009.

Outros autores: Marília C. P. Louvison, Adriana Almeida Prado,
Telma Busch
Bibliografia.

1. Administração pública 2. Cidadania 3. Envelhecimento
4. Idosos - Cuidados 5. Planejamento social 6. Política social
7. Políticas públicas 8. Qualidade de vida 9. Serviço social junto a
idosos I. Watanabe, Helena Akemi Wada. II. Louvison, Marília C.
P. III. Prado, Adriana Almeida. IV. Busch, Telma. V. Barroso, Áurea
Eleotério Soares.

09-09542

CDD-362.6

Índices para catálogo sistemático:

- 1. São Paulo : Estado : Idosos : Estado e assistência e desenvolvimento social : Bem-estar social 362.6
- 2. São Paulo : Estado : Plano Estadual para a Pessoa Idosa- Futuridade : Bem-estar social 362.6

[...] nós envelheceremos um dia, se tivermos este privilégio. Olhemos, portanto, para as pessoas idosas como nós seremos no futuro. Reconheçamos que as pessoas idosas são únicas, com necessidades e talentos e capacidades individuais, e não um grupo homogêneo por causa da idade.

KOFI ANNAN, EX-SECRETÁRIO-GERAL DA ONU.

Prezado(a) leitor(a),

Temos a grata satisfação de fazer a apresentação deste material elaborado pela Secretaria Estadual de Assistência e Desenvolvimento Social de São Paulo (SEADS) e pela Fundação Padre Anchieta - TV Cultura.

Um dos objetivos do Plano Estadual para a Pessoa Idosa do Governo do Estado de São Paulo - Futuridade, coordenado pela SEADS, é propiciar formação permanente de profissionais para atuar com a população idosa, notadamente nas Diretorias Regionais de Assistência Social (DRADS).

No total, esta série contém dez livros e um vídeo, contemplando os seguintes conteúdos: o envelhecimento humano em suas múltiplas dimensões: biológica, psicológica, cultural e social; legislações destinadas ao público idoso; informações sobre o cuidado com uma pessoa idosa; o envelhecimento na perspectiva da cidadania e como projeto educativo na escola; e reflexões sobre maus-tratos e violência contra idosos.

Com esta publicação, destinada aos profissionais que desenvolvem ações com idosos no Estado de São Paulo, o Futuridade dá um passo importante ao disponibilizar recursos para uma atuação cada vez mais qualificada e uma prática baseada em fundamentos éticos e humanos.

Muito nos honra estabelecer esta parceria entre a SEADS e a Fundação Padre Anchieta - TV Cultura, instituição que acumula inúmeros prêmios em sua trajetória, em razão de serviços prestados sempre com qualidade.

Desejo a todos uma boa leitura.

Um abraço,

Rita Passos
Secretária Estadual de Assistência e Desenvolvimento Social

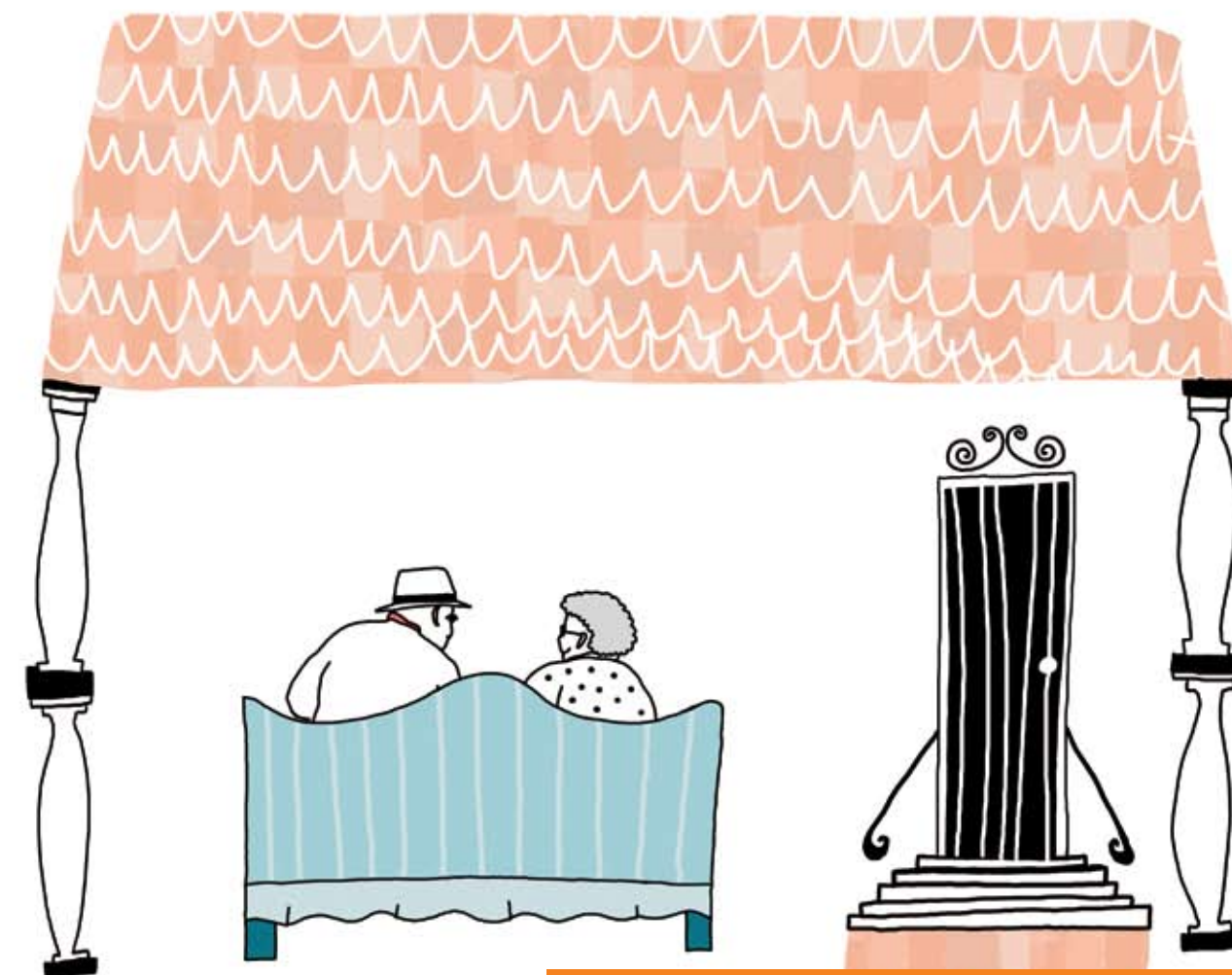
Sumário

Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIS)	
<i>Helena Akemi Wada Watanabe</i>	11
Recursos humanos	22
Manual de normas e rotinas	23
A admissão do residente	24
Cuidados com o idoso institucionalizado	26
A família do idoso	26
Voluntariado	27
Direitos dos residentes em ILPI	27
Deveres dos residentes em ILPI	29
Referências bibliográficas	30
Rede de atenção à saúde da pessoa idosa no Sistema Único de Saúde (SUS)	
<i>Marília C. P. Louvison</i>	33
Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa	36
A vigilância e a promoção da saúde das pessoas idosas	38
Estratégia da rede de atenção à saúde das pessoas idosas: humanização e acolhimento	40
A Estratégia de Saúde da Família no SUS	42
Rede de serviços de atenção à saúde do idoso especializados	44
Rede de serviços de atenção à saúde do idoso inovadores	48
Referências bibliográficas	51
Acessibilidade na cidade amiga do idoso	
<i>Adriana Almeida Prado</i>	53
Acessibilidade e desenho universal	56
Equiparação de oportunidades	57
Acessibilidade nos municípios (Fundação Prefeito Faria Lima - Cepam, 2008)	58
Como aplicar o Plano Municipal de Acessibilidade	59

Uma cidade acessível	62
Praças inclusivas	62
Trânsito com prioridade para o pedestre	62
Acessibilidade nos serviços de transporte	63
Medidas de planejamento	63
Como garantir uma cidade acessível a todos	64
Referências bibliográficas	65

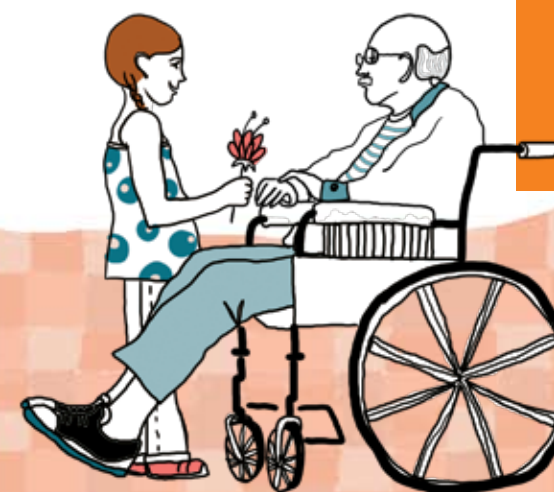
Alterações do envelhecimento e as armadilhas do espaço urbano: uma reflexão sobre a cidade de São Paulo

<i>Telma Busch</i>	67
A cidade de São Paulo, <i>locus</i> de vida ou de morte?	70
Alterações do envelhecimento e o problema das quedas	74
Referências bibliográficas	83



Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIS)

Helena Akemi Wada Watanabe



Tudo que existe e vive precisa ser cuidado para continuar existindo. Uma planta, uma criança, um idoso, o planeta Terra.

LEONARDO BOFF

O acelerado processo de envelhecimento populacional ocorrido no Brasil nas últimas décadas se deu em um contexto de grandes mudanças sociais e econômicas.

Ao longo da história, o cuidado com pessoas com alguma incapacidade funcional ou dependência se desenvolveu no espaço privado do domicílio, geralmente por familiares. Entretanto, esse cuidado foi se mostrando cada vez mais difícil, por causa da mudança na conformação das famílias e do ingresso da mulher, a cuidadora familiar de eleição, no mercado de trabalho. Assim, o Estado e as instituições privadas passaram a dividir com a família as responsabilidades pelo cuidado com essa população, oferecendo diversas modalidades de



ACERVO DA INSTITUIÇÃO

Helena Akemi Wada Watanabe é professora doutora da Faculdade de Saúde Pública - Departamento de Prática de Saúde Pública.

Associação Beneficente A Mão Branca de Amparo aos Idosos.

serviços para sua assistência. As Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIS) têm se constituído em alternativa importante para esse cuidado.

Em geral conhecidas como asilos (do grego *asylon*, local onde as pessoas sentem-se abrigadas e protegidas contra diversos danos de qualquer natureza), as instituições de longa permanência para idosos historicamente têm sua origem fundamentada na caridade e no atendimento básico das necessidades de vida, como ter onde se alimentar, se banhar e dormir, destinadas ao amparo dos

sem-família, pobres e mentalmente enfermos. A identidade que se manifestou em seu período inicial estava relacionada à caridade, numa perspectiva assistencialista que determinava a homogeneização dos velhos, a percepção da velhice como degeneração e decadência e a infantilização do idoso (Creutzberg, Gonçalves e Sobottka, 2004).



Assistência Social
Dom José Gaspar.

WALTER CRAVEIRO

Segundo a legislação brasileira, é dever da família, da comunidade e do Estado o cuidado com as pessoas idosas. Idosos sem rede familiar de apoio e em situação de vulnerabilidade podem ser atendidos em instituições do tipo asilar, como o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS) preconiza, oferecendo-lhes serviços nas áreas social, psicológica, médica, de fisioterapia, de terapia ocupacional e outras atividades específicas (MDS, Programa de Atenção à Pessoa Idosa).

ILPI é uma instituição governamental ou não governamental, de caráter residencial, destinada a domicílio coletivo de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, com ou sem suporte familiar, em condição de liberdade, dignidade e cidadania (Brasil, 2005).

A Portaria nº 2.854/2000 da Secretaria de Estado de Assistência Social (SEAS), posteriormente alterada pela Portaria nº 2.874/2000, define as modalidades de ILPI, de acordo com a capacidade funcional dos idosos nelas residentes:

- Modalidade I – Destinada a idosos independentes para as atividades da vida diária. Aí estão incluídos, também, aqueles que necessitem de algum equipamento de autoajuda.
- Modalidade II – Dirigida a idosos dependentes e independentes que necessitem de ajuda e cuidados especializados, com acompanhamento e controle adequado de profissionais da área da saúde.
- Modalidade III – Voltada para idosos dependentes que necessitem de assistência total em, pelo menos, uma atividade da vida diária.

Observa-se, hoje, que o número de idosos institucionalizados com idades mais avançadas aumentou e que as mulheres são a maioria entre os residentes nesses serviços. Pesquisas têm mostrado que o número de idosos com algum tipo de deficiência física ou mental é muito mais alto entre os institucionalizados do que

Segundo a legislação brasileira, é dever da família, da comunidade e do Estado o cuidado com as pessoas idosas.

entre os demais (Camarano, 2005). Portanto, cuidados com a saúde das pessoas idosas residentes mostram-se necessários.

Estudos nacionais apontam três motivos para a institucionalização de idosos: os relacionados ao caráter socioeconômico (precariedade ou ausência de suporte familiar e social e insuficiência financeira), às condições de saúde (sequelas de doenças crônicas ou agravos como acidentes, limitações físicas e cognitivas importantes para o desenvolvimento das atividades da vida diária e necessidade de reabilitação após período de internação hospitalar) e à opção pessoal (Pavarini, 1996; Boechat, 1996; Chaimowicz e Greco, 1999; Caldas, 2003; Cortelleti, 2004).

A institucionalização de idosos pode estar relacionada a aspectos socioeconômicos, às condições de saúde e à opção pessoal.

Segundo Brito e Ramos (2002, p. 329), as ILPIs são uma opção de cuidados para pessoas mais frágeis, muito dependentes ou que por motivos médico-sociais não podem ficar em sua residência. Em estudos em andamento na Região Metropolitana de São Paulo, verificou-se que mais de 70% dos residentes apresentam incapacidades, têm três ou mais problemas crônicos de saúde – os principais são hipertensão arterial, demência, diabetes e incontinência urinária – e fazem uso regular de pelo menos quatro medicamentos por dia (Watanabe, Lazzaro Filho e Vecchia, 2008).

É importante ressaltar que, nas últimas décadas, a forma de administrar e rotular as ILPIs se modificou, em decorrência das mudanças nas representações sociais sobre velhice por influência europeia, da expansão dos benefícios previdenciários a partir da década de 1970 e da orientação de políticas pela Organização Mundial da Saúde – OMS (Creutzberg, Gonçalves e Sobottka, 2004). Segundo Baltes e colaboradores (1994), as instituições para idosos podem se estruturar para promover um envelhecimento positivo e não necessitam apresentar características de instituições totais, tal como afirma Goffman (2005).



Associação Beneficente A Mão Branca de Amparo aos Idosos.

ACERVO DA INSTITUIÇÃO

De acordo com alguns estudos (Louzã Neto e colaboradores, 1986; Bahury, 1996; Pavarini, 1996; Goffman, 2005), instituições como as ILPIs, voltadas para pessoas aparentemente incapazes e inofensivas, são consideradas entidades fechadas, pois existem barreiras para a relação com o mundo externo, para a saída da residência, muitas vezes encontradas na própria arquitetura física. São em parte residência e em parte uma organização formal, pois:

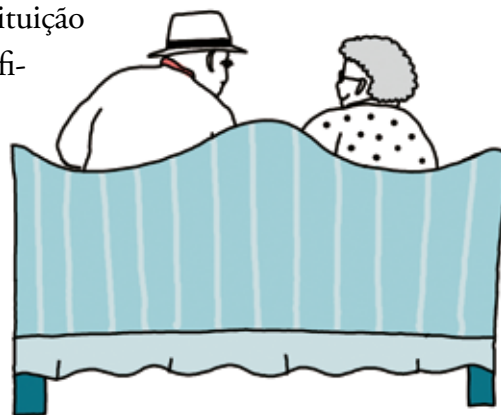
- todos os aspectos da vida dos residentes são realizados no mesmo local e sob uma única orientação (ou autoridade);
- os residentes estão sempre na companhia imediata de um grupo de pessoas e o tratamento é homogeneizado;
- as atividades diárias são estabelecidas em horários predeterminados, de modo que, assim que uma termina, começa outra;
- há um sistema de regras formais explícitas e funcionários encarregados de seu cumprimento;
- como os residentes têm todo o dia organizado, este precisa ser planejado e administrado de forma a atender à missão e aos objetivos oficiais da instituição.

É o controle das necessidades humanas pela organização burocrática. Muitos idosos vivem em ILPIs por longos períodos, alguns por décadas. Assim, elas devem ser consideradas lugar para viver. Bahury (1996) informa que os idosos vislumbram, nessas instituições, um espaço para resgatar uma sociabilidade perdida, experimentando novos modos de interação, desenvolver novas habilidades, por meio das atividades oferecidas, e, conseqüentemente, encontrar novas formas de expressar seu “eu”. Martinez (2003) afirma que idosos institucionalizados relatam a opção de residir em instituições de longa permanência como a possibilidade de resgatar uma vida social ativa, de conviver com um grupo de pessoas da mesma idade, além de evitar um conflito familiar de gerações e o sentimento de ser um estorvo para os filhos e parentes.

Já para os idosos dependentes, a ILPI se apresenta como uma possibilidade de cuidado qualificado para o qual a família não tem preparo ou disponibilidade.

Segundo Born e Boechat (2002), a ILPI, por ser um serviço de assistência de natureza médico-social, socio sanitária, deve proporcionar cuidados e ser um lugar para viver com dignidade. Os cuidados precisam abranger a vida social e emocional, as necessidades diárias e a assistência à saúde, caracterizando-se, portanto, como um serviço híbrido, de caráter social e de saúde.

Assim, não se pode considerar esse tipo de instituição apenas de assistência social, como tem sido definida pelo Estado, por meio da Política Nacional do Idoso, que estabelece em seu artigo 4º, parágrafo único: “É vedada a permanência de portadores de doenças que necessitem de assistência médica e de enfermagem permanente em instituições asilares de caráter social” (Brasil, 1994). Afinal,



muitos idosos, ao longo de sua estada nesses equipamentos, podem vir a adquirir alguma incapacidade e até mesmo se tornar dependentes.

O funcionamento das ILPIs é regulado por uma série de normas e leis especificamente estabelecidas. O Estatuto do Idoso (Brasil, 2003), em seu Título IV – Da Política de Atendimento ao Idoso, no Capítulo II, estabelece as diretrizes para as entidades de atendimento ao idoso. No artigo 49, determina os princípios a serem seguidos pelas ILPIs: preservar os vínculos familiares do idoso, desenvolver atendimento personalizado e em pequenos grupos, propiciar a participação do idoso nas atividades comunitárias de caráter interno e externo e preservar a identidade dele, oferecendo ambiente de respeito e dignidade. No artigo 50, lista as obrigações das ILPIs.

A fiscalização das entidades de atendimento ao idoso pode ser feita pelos Conselhos do Idoso, pelo Ministério Público, pela Vigilância Sanitária e por outras ações previstas em lei (Brasil, 2003). Os con-

*Muitos idosos
vivem nas ILPIs
por longos
períodos,
alguns por
décadas.
Assim, elas
devem ser
consideradas
lugar para viver.*



Associação Beneficente
A Mão Branca de Amparo aos Idosos.

selhos profissionais fiscalizam o exercício dos trabalhadores a eles vinculados.

Em setembro de 2005, a Diretoria Colegiada da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) aprovou a Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 283, que adotou o regulamento técnico e fixou normas de funcionamento para as instituições de longa permanência para idosos (Anexo I).

Para que uma ILPI seja legalmente constituída, são necessárias, incluindo os documentos arrolados na referida resolução, as seguintes condições:

- Ato ou contrato constitutivo de entidade com fins lucrativos, devidamente registrado, com sua última atualização.
- Ata de eleição da diretoria da entidade e da mantenedora.
- Registro de entidade social no Conselho Estadual ou Municipal de Assistência Social ou no Conselho Municipal do Idoso.
- Registro de seu estatuto.
- Folha de antecedentes criminais de seus dirigentes.

- Regimento interno da instituição ou estatuto social.
- Alvará municipal de autorização sanitária.
- Alvará municipal de localização e funcionamento.
- Inscrição no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ).
- Lista com os nomes dos idosos abrigados na instituição, com cópia da carteira de identidade ou certidão de nascimento, endereço e telefone dos familiares e nome do responsável.

A RDC nº 283/2005 classifica as ILPIS segundo a complexidade de cuidados que os idosos necessitam, define as características físicas desse equipamento e estabelece os recursos humanos mínimos para seu funcionamento. Ainda de acordo com esse regulamento técnico, toda ILPI deve elaborar um plano de trabalho que contemple as atividades previstas naquele documento e um plano de atenção integral à saúde dos residentes, em articulação com o gestor local de saúde, a cada dois anos. O plano de atenção, entre outras características, tem de ser compatível com os princípios da universalização, equidade e integralidade; prever a atenção integral à saúde do idoso, abordando os aspectos de promoção, proteção e prevenção; e conter informações acerca das patologias incidentes e prevalentes nos residentes. A instituição deve avaliar anualmente a implantação e efetividade das ações previstas no plano, considerando, no mínimo, os critérios de acesso, resolubilidade e humanização da atenção dispensada.

Em termos de vigilância sanitária, a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, por meio da Resolução SS nº 123/2001, que define e classifica as instituições geriátricas no âmbito do Estado, diferencia ILPIS de casas de repouso, estas destinadas centralmente à prestação de serviços de assistência médica às pessoas idosas em regime de atendimento asilar.

- **Abrigos de idosos** – Compreendem os asilos, casas para velhice com alojamento, ILPIS e residências protegidas

O plano de atenção aos residentes em ILPIS tem de ser compatível com os princípios da universalização, equidade e integralidade.

destinados à assistência social a idosos, em regime de internato, quando o tratamento médico não constitui elemento central desse atendimento.

- **Clínicas e residências geriátricas** – Abrangem casas de repouso em regime de internato para pacientes com mais de 60 anos, sob responsabilidade médica, destinadas à prestação de serviços médicos, de enfermagem e demais atendimentos de apoio terapêutico.

A ILPI deve ter um manual de normas e procedimentos tanto administrativos como de cuidados. São exemplos do primeiro caso: admissão do idoso, registro de bens e normas de funcionamento da lavanderia; do segundo: banho, corte de unhas e guarda e administração de medicamentos.

A mesma resolução determina que se realize avaliação de desempenho e de padrão de funcionamento da instituição, levando em conta, no mínimo, os seguintes indicadores: taxas de mortalidade, de incidência de doença diarreica, escabiose e desidratação e de prevalência de úlcera de decúbito e de desnutrição. Os dados consolidados anuais desses indicadores são encaminhados à Vigilância Sanitária local todo mês de janeiro do ano subsequente.

Recursos humanos

A RDC nº 283/2005 dispõe que a instituição deve ter pelo menos um responsável técnico, um profissional de nível superior da área de lazer e cuidadores de acordo com o grau de dependência e número de residentes, além dos profissionais dos serviços de alimentação, limpeza e lavanderia. Caso os residentes necessitem de cuidados de saúde, a instituição pode contar com o Sistema Único de Saúde (SUS) e com os convênios e planos de saúde individuais dos idosos, além de contratar os profissionais necessários.

Considerando que o atendimento ao idoso institucionalizado se dá por longos períodos, por vezes décadas, que no processo de envelhecimento as perdas são mais comuns que os ganhos e que a saída do idoso da instituição ocorre geralmente pelo óbito, a ILPI deve estar atenta ao cuidado com seus trabalhadores, buscando adequar o ambiente de trabalho no que diz respeito a seus aspectos físicos, emocionais e de equipamentos, oferecendo-lhes oportunidades de capacitação e valorizando seu trabalho.

A ILPI deve estar atenta ao cuidado com seus trabalhadores, oferecendo-lhes oportunidades de capacitação e valorizando seu trabalho.

Manual de normas e rotinas

O manual de normas e rotinas deve estar em local de fácil acesso a todos os trabalhadores da ILPI.

Para sua elaboração, é recomendável, inicialmente, deixar claros a visão, os valores e a missão da instituição, seus objetivos, sua estrutura organizacional, as linhas de autoridade, as atribuições e os perfis de cargos e funções.



WALTER CRAVEIRO

Assistência Social Dom José Gaspar.



ACERVO DA INSTITUIÇÃO

No manual deve ser incluída a definição de “rotinas operacionais e procedimentos”, descrevendo os objetivos da ação/atividade, quais os profissionais responsáveis por seu desenvolvimento, os materiais necessários e os procedimentos ou técnicas a serem seguidos.

É interessante que cada setor tenha seu manual de normas e rotinas: administração, alimentação, lavanderia, limpeza e cuidados.

A admissão do residente

Para o ingresso do idoso em uma ILPI, é importante que ele e sua família participem tanto da decisão como da escolha da instituição. Além disso, precisam tomar conhecimento e possuir uma cópia das normas de funcionamento da entidade, bem como do contrato de prestação de serviços.

A instituição deve ter, para cada idoso, dois prontuários: um com dados de identificação, contatos dos familiares, informações sobre convênios médicos e orientações da família sobre como proceder no caso de intercorrências, e outro para o registro dos cuidados diários.

Na admissão, é recomendável realizar uma avaliação global do idoso, para obter informações sobre sua história de vida, seus hábitos, sua rede de suporte familiar e social, e, especialmente, uma avaliação de sua saúde e de sua capacidade funcional e cognitiva, o que facilitará o planejamento do cuidado e das atividades a serem desenvolvidas.

Uma das consequências da institucionalização é o despojamento dos papéis sociais do idoso. O indivíduo perde indicações que revelam sua posição social no mundo externo, o que muitas vezes significa a perda do “eu”. Ele é orientado sobre seus direitos e deveres na instituição; muitas vezes não possui as chaves de seu dormitório e tem de dividi-lo com pessoas desconhecidas; seus pertences pessoais são arrolados e identificados; passa a ter horários preestabelecidos para atividades cotidianas, como tomar banho, fazer as refeições, descansar etc., prejudicando, portanto, sua individualidade. Assim, a ILPI, na medida do possível, deve favorecer a personalização do espaço do idoso com fotos, quadros e mesmo algum mobiliário que lhe seja caro. É importante possibilitar horários ampliados de visitas para que os vínculos

familiares sejam mantidos. A instituição deve prever

ainda as saídas dos idosos, estabelecendo normas e

rotinas bem claras tanto para os dependentes como

para os autônomos. Ressalte-se que a ILPI tem

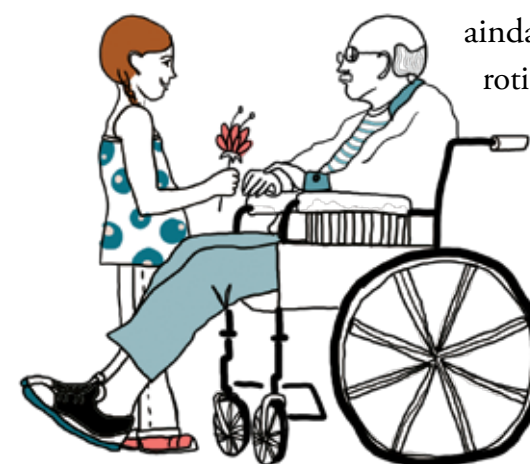
caráter de residência e, dessa forma, a liberdade de ir e vir tem de ser preservada. Idosos in-

terditados judicialmente ou com incapacidade

cognitiva comprovada, salvo por motivo

de saúde, deverão sair da ILPI apenas na com-

panhia de familiares/responsáveis.



Cuidados com o idoso institucionalizado

A gestão dos cuidados deve ser de responsabilidade de profissional devidamente capacitado.

Os cuidados têm de ser individualizados e compreender, além da higiene, o conforto e a alimentação do idoso, atividades de ocupação do tempo livre, de promoção da saúde e de prevenção de incapacidades, devendo ser planejados e avaliados pelo profissional responsável, em conjunto com a equipe de cuidados, o residente e seus familiares.

Decidir pela institucionalização de um familiar muitas vezes é difícil, principalmente na cultura brasileira.

É importante que os cuidados prestados e as atividades desenvolvidas individual e coletivamente sejam registrados todos os dias no prontuário individual do idoso e avaliados periodicamente, de forma a permitir ajustes no plano de cuidados.

A família do idoso

Decidir pela institucionalização de um familiar muitas vezes é difícil, principalmente na cultura brasileira; portanto, também se deve dar atenção especial a essa família. É importante conhecê-la e procurar entender as relações entre seus componentes, incluindo o idoso. Seu envolvimento no planejamento do cuidado é fundamental para que ela compreenda as necessidades de seu familiar e o porquê das atividades e cuidados a ele dispensados.

Voluntariado

A ILPI poderá contar com um corpo de voluntários, tanto para as atividades administrativas como para as de lazer, ocupação e cuidados. É recomendável que os voluntários passem por treinamento,

ACERVO DA INSTITUIÇÃO



Associação Beneficente
A Mão Branca de Amparo
aos Idosos.

para que possam conhecer a visão, os valores e a missão da ILPI, bem como suas normas e rotinas. As atividades que serão desenvolvidas com os idosos devem ser previamente discutidas e planejadas com o gestor de cuidados.

Direitos dos residentes em ILPI

1. Todos os residentes têm direito a manter relacionamento com seus familiares e amigos, respeitando as normas de funcionamento da instituição. Os residentes e familiares têm direito a ser informados sobre qualquer mudança que possa interferir na dinâmica de funcionamento da entidade.
2. Toda pessoa que ingressa em uma ILPI tem direito a uma atenção personalizada e a um plano de cuidados individuais, segundo suas

preferências e sua autonomia. Caso o residente não tenha a autonomia preservada, deve ser indicada uma pessoa de referência (judicialmente) para assegurar seus direitos.

3. Todos os residentes têm direito a uma atenção sem discriminação por idade, sexo, raça, religião, ideologia ou qualquer outra circunstância pessoal ou social, ao máximo respeito de sua pessoa e ao correto tratamento pelos profissionais e demais residentes.
4. Todos os profissionais da ILPI devem estar submetidos a uma ética profissional, respeitando os princípios da confidencialidade dos dados pessoais, da história de vida e de toda informação a que tiverem acesso no desenvolvimento de suas funções.
5. Todos os residentes têm direito a receber informação clara e completa sobre sua permanência na ILPI, sobre as condições e normas de funcionamento e sobre tudo o que julgarem importante.
6. Todos os residentes têm direito a tomar todas as decisões que dizem respeito a sua vida, incluindo aquelas que se referem a seus momentos finais, e a ter uma morte digna.
7. Todos os residentes têm direito a conhecer os profissionais da ILPI e a saber a quem devem dirigir-se em caso de dúvida sobre o funcionamento da instituição ou sobre o plano de cuidados.
8. Todos os residentes têm direito à informação e à participação democrática, nos termos estabelecidos pelas leis.
9. Todos os residentes têm direito a manter sua vida cultural, social, religiosa e política, salvaguardando o direito ao pluralismo de opinião.
10. Todos os residentes têm direito a expressar sugestões ou reclamações que considerarem necessárias.
11. Todos os residentes têm direito à prestação de contas dos serviços nas condições estabelecidas, acordadas e conveniadas contratualmente entre eles ou seu tutor e a ILPI.

12. Todos os residentes têm direito a considerar como domicílio próprio a ILPI, podendo ali expressar seus direitos de liberdade, incluindo a liberdade de expressão.
13. Todos os residentes têm direito a atendimento individual, independentemente das condições da ILPI.
14. Todos os residentes têm direito ao atendimento a suas necessidades integrais, prestado pela ILPI ou pelo Sistema Único de Saúde (SUS).
15. Todos os residentes têm direito a receber informação adequada e suficiente sobre os programas e tratamento oportunos, incluindo benefícios, desvantagens e possíveis alternativas. Quando o residente não tiver condições de decidir, a ILPI deverá consultar a família ou quem de direito.

Deveres dos residentes em ILPI

1. Colaborar ao máximo no cumprimento das normas internas da ILPI.
2. Respeitar as condições de admissão, entrada e saída da ILPI, pactuadas no contrato de admissão.
3. Colaborar na vida cotidiana da ILPI e no autocuidado (segundo suas capacidades) e levar uma vida ativa.
4. Tratar com o máximo respeito os outros residentes. Todo residente tem o dever de respeitar a intimidade, o repouso e a tranquilidade dos demais.
5. Respeitar e cuidar das instalações e equipamentos que utiliza e contribuir para a manutenção do bem-estar de todos.

Referências bibliográficas

- BAHURY, A. M. N. *Idosos em asilos: o processo de transição da vida privada à vida institucional*. 1996. 162 f. Dissertação (Mestrado em Sociologia) – Instituto Universitário de Pesquisas do Rio de Janeiro, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 1996.
- BORN, T.; BOECHAT, N. S. A qualidade dos cuidados ao idoso institucionalizado. In: FREITAS, E. V. et al. *Tratado de geriatria e gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002, p. 768-777.
- BRASIL. Lei nº 10.741, de 1º de outubro 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso. *Diário Oficial da União*. Brasília, 3 out. 2003.
- _____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). Resolução da Diretoria Colegiada nº 283, de 26 de setembro de 2005. Aprova o regulamento técnico que define normas de funcionamento para as instituições de longa permanência para idosos. *Diário Oficial da União*, Brasília, 27 set. 2005, p. 58-59.
- BRITO, F. C.; RAMOS, L. R. Serviços de atenção à saúde do idoso. In: PAPALÉO NETTO, M. (Org.). *Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada*. São Paulo: Atheneu, 2002, p. 394-402.
- CAMARANO, A. A. et al. *Idosos brasileiros: indicadores de condições de vida e de acompanhamento de políticas*. Brasília: Presidência da República, Subsecretaria de Direitos Humanos, 2005.
- CORTELLETTI, I. A. et al. *Idosos asilados: um estudo gerontológico*. Caxias do Sul: Edusc/EDIPUCRS, 2004.
- CREUTZBERG, M.; GONÇALVES, L. H. T.; SOBOTTKA, E. A. Instituição de longa permanência para idosos: a imagem que permanece. *Texto & Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 17, n. 2, p. 273-279, abr.-jun. 2008.
- GOFFMAN, E. *Manicômios, prisões e conventos*. 7. ed. São Paulo: Perspectiva, 2005.
- MARTINEZ, S. H. L. *O significado do cuidado para quem cuida do idoso em uma instituição asilar*. 2003. 146 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo. São Paulo, 2003.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Hacia un consenso internacional sobre los programas de cuidados de larga duración para las personas mayores*. OMS-Milkbank Memorial Fund, 2000.

- PAVARINI, S. C. I. *Dependência comportamental na velhice: uma análise do cuidado prestado ao idoso institucionalizado*. 1996. 230 p. Tese (Doutorado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 1996.
- WATANABE, H. A. W.; LAZZARO FILHO, R.; VECCHIA, T. *Condições de vida e saúde de idosos nipo-brasileiros institucionalizados na Região Metropolitana de São Paulo no centenário da imigração japonesa*. Relatório parcial apresentado à FAPESP, 2008. Mimeografado.



Rede de atenção à saúde da pessoa idosa no Sistema Único de Saúde (SUS)

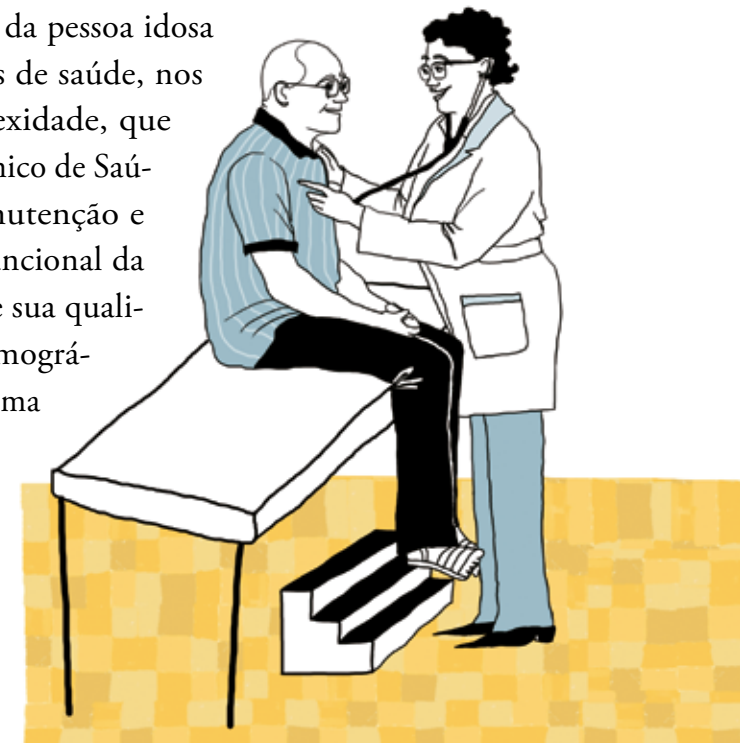
Marília C. P. Louvison



É um paradoxo que a ideia de ter vida longa agrade a todos, e a ideia de envelhecer não agrade a ninguém.

ANDY ROONEY

A rede de atenção à saúde da pessoa idosa é composta por serviços de saúde, nos vários níveis de complexidade, que integram a rede do Sistema Único de Saúde (SUS), com foco na manutenção e recuperação da capacidade funcional da pessoa idosa e na melhoria de sua qualidade de vida. A transição demográfica e epidemiológica implica uma dupla carga de doenças e a necessidade do manejo de cuidados continuados das condições crônicas (OMS, 2003). O processo incapacitante corresponde à evolução de uma condição



Marília C. P. Louvison é médica com residência em Medicina Preventiva e Social pela Unifesp, título de especialista em Clínica Médica pela SBCM, mestre e doutoranda em Epidemiologia pela Faculdade de Saúde Pública da USP, diretora técnica de serviço de saúde responsável pela Área Técnica de Saúde da Pessoa Idosa do Grupo Técnico de Ações Estratégicas (GTAE), da Coordenadoria de Planejamento em Saúde (CPS) da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

crônica que envolve fatores de risco, e entre suas consequências destacam-se a hospitalização e a institucionalização, que influenciam a qualidade de vida das pessoas idosas.

O SUS foi estabelecido em 1990 pela Lei Orgânica nº 8.080, que reafirma o acesso universal e equânime a serviços e ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, garantindo a integralidade da atenção. Boaventura Santos traduz a equidade como “direitos iguais quando a diferença inferioriza e o direito de ser diferente quando a igualdade descaracteriza”. Políticas equânimes são importantes para reduzir as desigualdades “injustas”, ou seja, as iniquidades e a exclusão social, e estão diretamente relacionadas à garantia de acesso.

Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa

Com relação às políticas da área de saúde, foi em 1999 que se tornou obrigatória aos hospitais públicos, contratados e conveniados com o SUS, a viabilização de meios que permitam a presença do acompanhante de pacientes acima de 60 anos de idade.¹ No mesmo ano foi publicada a Política Nacional de Saúde do Idoso,² revisada e atualizada em 2006, quando também se aprovou o Pacto pela Saúde, conjunto de reformas institucionais do SUS estabelecido entre a União, os Estados e os municípios. A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa tem como meta a atenção à saúde adequada e digna para os idosos brasileiros, principalmente os considerados frágeis e/ou vulneráveis, estabelecendo importante papel da equipe de saúde na família.

São diretrizes da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (Secretaria de Atenção à Saúde – SAS, 2009) e do Pacto pela Saúde: promoção do envelhecimento ativo e saudável; manutenção e recuperação da capacidade funcional; atenção integral à saúde da pessoa idosa; estímulo às ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção;

1. Portarias GM/MS nºs 280/1999 e 830/1999.

2. Portaria GM/MS nº 1.395/1999, revisada pela Portaria GM/MS nº 2.528/2006.



Exame preventivo no Centro de Referência do Idoso José Ermírio de Moraes (CRIJEM).

implantação de serviços de atenção domiciliar; acolhimento preferencial em unidades de saúde, respeitado o critério de risco; provimento de recursos capazes de assegurar a qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa; estímulo à participação e fortalecimento do controle social; formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa; divulgação e informação sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa para profissionais de saúde, gestores e usuários; promoção de cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa; e apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas.

Em 2007, no Estado de São Paulo, elaborou-se o Plano Estadual de Saúde, que apresenta em suas diretrizes a garantia da atenção integral à saúde da pessoa idosa. São eixos estruturantes do plano com relação à implementação de política específica de saúde da pessoa idosa: o envelhecimento ativo, com a garantia da promoção da saúde volta-

No Estado de São Paulo, elaborou-se o Plano Estadual de Saúde, que apresenta em suas diretrizes a garantia da atenção integral à saúde da pessoa idosa.



GUILHERME LARA CAMPOS/FOLHA IMAGEM



LUCAS LACAZ RUIZ/FOLHA IMAGEM

Campanha de vacinação contra a gripe.

da à qualidade de vida; a rede de atenção, com a manutenção e reabilitação da capacidade funcional direcionada à autonomia e independência da pessoa idosa; e a educação permanente, com a produção de conhecimento e capacitação intensiva dos profissionais de saúde da rede do SUS, para esse atendimento.

A vigilância e a promoção da saúde das pessoas idosas

A vigilância exerce importante papel na promoção da saúde. A vigilância epidemiológica visa à prevenção e controle de determinadas doenças, enquanto a vigilância sanitária tem como propósitos a eliminação, controle e prevenção de riscos à saúde e a intervenção nos problemas sanitários decorrentes do meio ambiente, da produção e circulação de bens e da prestação de serviços de interesse da saúde.

Para os idosos, a área de vigilância epidemiológica do SUS desenvolve, desde 1999, as campanhas anuais de vacinação, preconizadas pela



WALTER CRAVEIRO

Atividade física no Centro de Esporte, Cultura e Lazer, Parque Estadual das Fontes do Ipiranga (PEFI).

Organização Mundial da Saúde (OMS) nas ações de prevenção das doenças evitáveis por imunização – antipneumocócica e antigripal –,³ atingindo coberturas em torno de 80%. São ainda realizadas, com foco nesse público, ações de prevenção do câncer bucal, sob coordenação da Fundação Oncocentro de São Paulo (FOSP), e de Aids, coordenadas pelos Centros de Referência da Aids (CRT-Aids).

3. Portarias GM/MS nº 99/1999, GM/MS nº 87/2003 e SVS/MS nº 34/2003.

Quanto à promoção da saúde da população idosa, a implantação de ações locais deverá ser norteadas pelas estratégias contempladas na Política Nacional de Promoção da Saúde,⁴ que tem como prioridades as seguintes ações específicas: alimentação saudável; prática corporal/atividade física; prevenção e controle do tabagismo; redução da morbimortalidade em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas; redução da morbimortalidade por acidentes de trânsito; prevenção da violência e estímulo à cultura de paz; e promoção do desenvolvimento sustentável.

4. Portaria GM/MS nº 687/2006.

Em São Paulo, desde 1996, é desenvolvido o Programa Agita São Paulo, com o objetivo de combater o sedentarismo por meio de ações específicas para os idosos, reconhecido em 2002 pela OMS como importante modelo de promoção da saúde.

A vigilância epidemiológica abrange também ações de precaução contra violências e quedas, fundamentais para as políticas direcionadas às pessoas idosas. A queda, para o idoso, é um evento que pode comprometer muito sua condição de saúde e qualidade de vida e precisa ser evitada.

A fiscalização dos asilos e casas de repouso, chamados Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIS), é realizada pela área de vigilância sanitária do SUS, entre outros órgãos competentes, e até hoje traduz a dicotomia de controlar a qualidade de serviços híbridos. Em 2001, foi editada pela Secretaria de Estado da Saúde de

5. Resolução SS nº 123/2001. São Paulo uma resolução⁵ com a definição e classificação das instituições geriátricas no âmbito do Estado de São Paulo, e atualmente está em vigor pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) um padrão mínimo de funcionamento das ILPIS.⁶
6. RDC ANVISA nº 283/2005.

Estratégia da rede de atenção à saúde das pessoas idosas: humanização e acolhimento

Todos os serviços de saúde do SUS devem estar interligados de tal forma que o cidadão consiga, na atenção básica,⁷ ter acesso a eles de

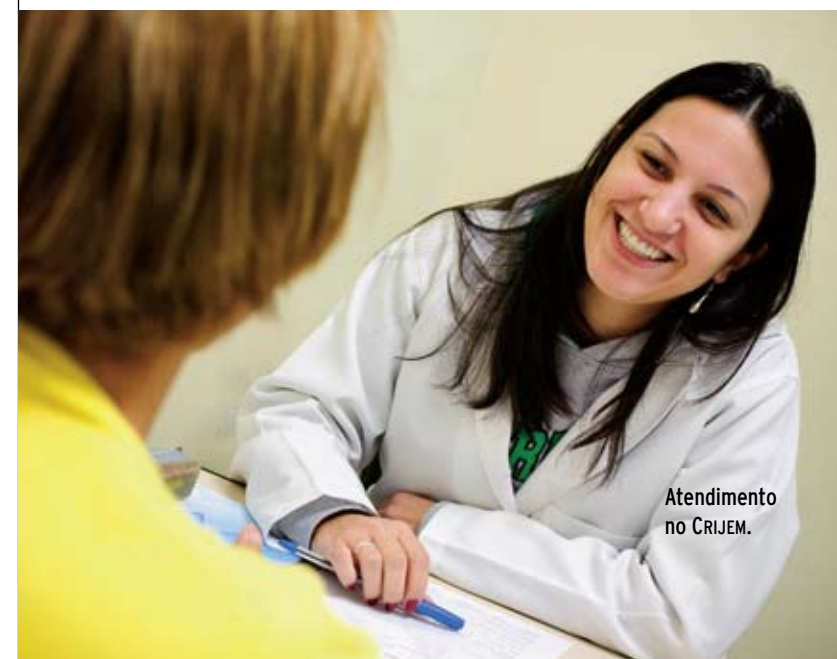
7. A atenção básica à saúde é o primeiro nível de atenção do sistema de saúde, preferencialmente sua "porta de entrada". A população tem acesso às seguintes especialidades: clínica médica, pediatria, obstetrícia e ginecologia.
- acordo com sua necessidade. Essa rede tem de se integrar com a rede de serviços sociais do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) nos vários níveis de complexidade, otimizando os centros de convivência, os centros-dia, entre outros, para melhorar a qualidade de vida da pessoa idosa e conservar sua capacidade funcional. O cuidado

precisa ser bem gerenciado para garantir a continuidade da atenção e a integração dos serviços, particularmente na atenção básica, incluindo os serviços especializados, os de internação, os domiciliares e os da rede de serviços sociais. É importante que todos os atores, sobretudo as pessoas idosas, façam parte do processo de tomada de decisão na organização dos serviços, cujas rotinas e horários devem ser ampla e adequadamente divulgados. Também é fundamental o constante treinamento sobre a especificidade de como as doenças se apresentam nos idosos, sobre a identificação de risco e de fragilidade e sobre o diagnóstico e gerenciamento das doenças crônicas, como hipertensão arterial sistêmica e diabetes melito, e das síndromes mais prevalentes nas pessoas idosas: instabilidade, imobilidade, incontinência, insuficiência cerebral e iatrogenia.

Para garantir a qualidade da atenção à pessoa idosa e a obtenção de resultados, as equipes dos serviços de saúde devem valorizar a escuta criteriosa, o acolhimento e a humanização. A Política Nacional de Humanização do SUS propõe que o acolhimento esteja presente em todo o processo de atenção e de gestão.

A OMS, ao lançar, em 2002, a política de envelhecimento ativo e a estratégia "amigos da pessoa idosa", preconizou um conjunto de princípios para os serviços de saúde, particularmente os da atenção

básica, que se desenvolvem em três eixos – informação, educação e comunicação, sistemas de gestão da atenção e ambiente físico, nos quais devem ser adotados os princípios comuns do desenho universal.



WALTER CRAVEIRO

Atendimento no CRIJEM.

A Estratégia de Saúde da Família no SUS

Uma das prioridades do SUS é a Estratégia de Saúde da Família, que visa a organizar a atenção básica à saúde em territórios delimitados, cada um deles dispondo de uma equipe para o atendimento de um conjunto de famílias adscritas, com o apoio de agentes comunitários de saúde (ACS). Trata-se de um elo cultural do SUS com a população, que, por meio do contato permanente com as famílias, facilita o trabalho de vigilância e promoção da saúde. Atualmente preconiza-se a constituição de equipes multiprofissionais de apoio matricial aos médicos e enfermeiros de família com relação às espe-

8. Portaria GM/MS nº 154/2008.

cificidades da saúde da mulher, do idoso, do trabalhador e mental, denominadas Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASFs).⁸

O caderno de atenção básica *Envelhecimento e saúde da pessoa idosa*, do Ministério da Saúde, explicita:

A atenção à saúde da pessoa idosa na atenção básica/saúde da família, quer por demanda espontânea, quer por busca ativa – que é identificada por meio de visitas domiciliares –, deve consistir em um processo diagnóstico multidimensional. [...] a atenção básica deve ser responsável pela atenção à saúde de todas as pessoas idosas que estão na sua área de abrangência, inclusive aquelas que se encontram em instituições, públicas ou privadas (Brasil, 2006, p. 13).

A mesma publicação ressalta a importância de um **programa de educação permanente em envelhecimento e saúde da pessoa idosa** que privilegie a capacitação dos profissionais da atenção básica, sobretudo dos agentes comunitários de saúde, para a efetiva incorporação das ações na atenção básica. Preconiza, também, a implantação da **caderneta de saúde da pessoa idosa** e a utilização de instrumentos técnicos validados, como de avaliação funcional e psicossocial, com o objetivo de identificar riscos de fragilidade e vulnerabilidade.



Atividade física no CRIJEM.

O cuidado com a pessoa idosa deve estar centrado na atenção básica voltada ao território, com facilidade de acesso aos serviços da rede nos vários níveis de complexidade, consultas especializadas, exames e internações. Atualmente, as referências especializadas da rede de atenção à saúde têm sido priorizadas para os casos de maior fragilidade, mas sempre com foco no envelhecimento ativo, ou seja, no envelhecimento saudável, participativo e seguro, apesar das condições crônicas e de eventuais limitações. A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa considera frágil ou em situação de fragilidade o idoso que:

vive em ILPI, encontra-se acamado, esteve hospitalizado recentemente por qualquer razão, apresenta doenças sabidamente causadoras de incapacidade funcional – acidente vascular encefálico, síndromes demenciais e outras doenças neurodegenerativas, etilismo, neoplasia terminal, amputa-

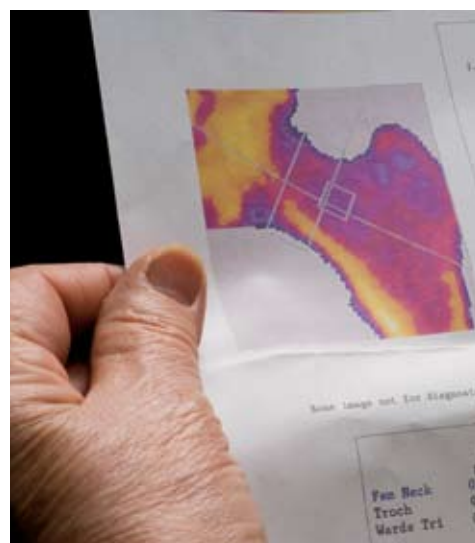
A atenção básica deve ser responsável pela atenção à saúde de todas as pessoas idosas, inclusive aquelas que se encontram em instituições públicas ou privadas.

9. Portaria GM/MS
nº 2.528/2006.

ções de membros —, encontra-se com pelo menos uma incapacidade funcional básica, ou vive situações de violência doméstica. Por critério etário, a literatura estabelece que também é frágil o idoso com 75 anos ou mais de idade.⁹

Na **gestão de patologias** e no **gerenciamento de casos**, é necessário conhecer, identificar, acompanhar, ficar atento, monitorar, direcionar, conduzir pela rede, construir caminhos, ou seja, cuidar e, acima de tudo, responsabilizar-se pelas pessoas idosas, priorizando os casos reconhecidos como de alto risco (Duarte e Lebrão, 2005). Os idosos apresentam sintomas atípicos, e muito frequentemente a queixa que os leva aos serviços de atenção básica não traduz toda a sua necessidade. Assim, recomenda-se realizar uma avaliação global da pessoa idosa com ênfase na funcionalidade, visando a direcionar a elaboração do plano de cuidados, identificar a necessidade de avaliações especializadas e determinar precocemente riscos de agravos e doenças.

Rede de serviços de atenção à saúde do idoso especializados



Os serviços de saúde estão organizados em redes de atenção regionalizadas e hierarquizadas, de forma a garantir o atendimento integral à população e evitar a fragmentação das ações em saúde. O acesso da população ocorre, de preferência, pela rede básica de saúde, e os casos de maior complexidade são encaminhados aos serviços especializados, que podem ser organizados de forma municipal ou regional, dependendo do porte e da demanda do município. As principais redes de atenção de alta complexidade do SUS são: oncologia, diálise,



Atendimento dentário no CRIJEM.

transplantes, cardiovascular, ortopedia, neurologia, deficiência auditiva, reabilitação, entre outras. São ainda redes estruturadas no SUS as de atenção à saúde mental, com foco nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), e as de saúde bucal, com equipes integradas à Estratégia de Saúde da Família e aos Centros de Especialidades Odontológicas. Ambas as redes têm importante interface com os problemas mentais e bucais que afetam os idosos e suas especificidades.

A rede de urgência e emergência se compõe do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), unidades de pronto atendimento e prontos-socorros. As unidades de pronto atendimento são unidades intermediárias que, como o nome indica, realizam atendimento imediato, mas que necessitam reinserir o paciente na rede de cuidados crônicos, direcionando e garantindo o agendamento na atenção básica.

Os programas de medicamentos básicos e de alto custo estão relacionados diretamente aos processos assistenciais de cuidado com o idoso. O Programa Estadual de Assistência Farmacêutica Básica, o Dose

Certa, padronizou e distribui para todos os municípios do Estado de São Paulo medicamentos produzidos pela Fundação para o Remédio Popular (FURP), um laboratório público estadual, vários deles utilizados no atendimento dos idosos. A assistência ao portador de mal de Alzheimer¹⁰ atendido nos centros de referência incluiu na tabela de procedimentos os medicamentos para a doença: rivastigmina, donepezil e galantamina. A população idosa se beneficia ainda do programa de medicamentos de alto custo específicos para doença de Parkinson, osteoporose, dislipidemias e artrite reumatoide. A reestruturação

das redes de atenção às doenças crônicas em idosos deve ser concebida com base nas doenças de maior prevalência, estabelecendo protocolos de atendimento para toda a rede, com foco na atenção básica, fundamentando-se em evidências científicas e ainda considerando a capacitação da rede e a disponibilidade dos medicamentos preconizados.

10. Portarias GM/MS nº 703/2002, SAS/MS nº 255/02 e GM/MS nº 843/02.

11. Portarias GM/MS nº 702/2002 e SAS/MS nº 249/2002.

12. Veja nota 10.

Em 2002, o Ministério da Saúde estabeleceu que as **Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso**¹¹ seriam compostas pelos hospitais gerais e pelos **Centros de Referência de Atenção à Saúde do Idoso**, voltados para oferecer serviços de diversas modalidades assistenciais – internação hospitalar, atendimento ambulatorial especializado, hospital-dia e assistência domiciliar –, constituindo-se em referência para a Rede de Assistência à Saúde do Idoso. No Estado de São Paulo, foram credenciados dez serviços, três deles na capital, relacionados a universidades. Determinou-se ainda que a assistência ao portador de mal de Alzheimer¹² seria realizada nesses centros, com a prescrição de medicamentos de alto custo. A distribuição em São Paulo é feita hoje nas farmácias de medicamentos de alto custo, mediante prescrição de geriatra ou neurologista, não necessariamente da rede pública.

Também os **Centros de Referência do Idoso** (CRIs), de gestão estadual, nas zonas leste e norte do município de São Paulo, oferecem



atendimento médico ambulatorial especializado, além de funcionar como espaços de convivência. Concentram ações específicas de atenção ao idoso relacionadas à saúde bucal, mental, auditiva, ocular e dos pés, com disponibilização de próteses dentárias e medicamentos de alto custo, assim como ações de reabilitação. Com foco no envelhecimento ativo, seu objetivo é mudar paradigmas, trazendo o idoso para o centro do cuidado, com possibilidades concretas de se tornar protagonista de sua vida na produção de ambientes e hábitos mais saudáveis.

Muitos municípios possuem **Centros de Referência de Atenção à Saúde do Idoso**, com serviços ambulatoriais integrados, e outros, incluindo a capital, **Unidades de Referência de Saúde ao Idoso** (URSI), com equipe mínima de geriatra, enfermeira e assistente social e algumas ações também integradas.

Os CRIs oferecem atendimento médico ambulatorial especializado e funcionam como espaços de convivência.

Rede de serviços de atenção à saúde do idoso inovadores

Além dos centros de referência, que pressupõem a disponibilidade de geriatras e gerontólogos como indicação aos clínicos da rede básica e toda a rede especializada relacionada, têm sido organizados serviços inovadores, como a atenção domiciliar, os centros-dia e os leitos de cuidados paliativos, com foco na pessoa idosa mais dependente.

A **atenção domiciliar** no SUS está sendo implantada nos municípios e tem como objetivo ampliar o acesso e aumentar a autonomia do idoso para que possa permanecer vivendo em sua residência pelo maior tempo possível. Em 2006, foram publicadas resolução da ANVISA dispondo sobre o funcionamento de serviços que prestam atenção domiciliar e portaria do Ministério da Saúde, ainda não regulamentada, instituindo a internação domiciliar no âmbito do SUS e definindo incentivo financeiro para sua implantação e recursos de custeio mensal.¹³ Com relação aos cuidados domiciliares básicos, além dos agentes comunitários de saúde, têm sido desenvolvidos alguns pro-

13. RDC nº 11/2006 e Portaria GM/MS nº 2.529/2006.

jetos, complementares à atenção básica, para as situações em que se identifiquem maior necessidade de cuidados e maior vulnerabilidade ou não haja cuidadores disponíveis. Os acompanhantes comunitários de idosos são agentes que executam alguns cuidados domiciliares, mediante planos ajustados às necessidades individuais. A equipe de acompanhantes que está sendo implantada no município de São Paulo é composta de médico, enfermeira e assistente social, além dos cuidadores.

O SUS tem leitos clínicos e cirúrgicos, utilizados com frequência por pessoas idosas, e leitos credenciados como de longa permanência, para cuidados prolongados de doenças neurológicas, nos chamados hospitais de “crônicos”, de retaguarda ou geriátricos, a maioria ocupada por idosos. A ocupação é regulada por centrais de leitos hospitalares, servindo de apoio às várias modalidades de atenção nas redes de saúde e



Atividade de lazer no CRIJEM.

WALTER GRAVEIRO

social. Deve haver leitos disponíveis para cuidados paliativos (“*hospice*”) e de reabilitação, integrados com atenção domiciliar e ações direcionadas a estimular o autocuidado e o vínculo familiar, assim como a mudar o foco apenas da incorporação tecnológica para o de melhor qualidade na vida, na doença e na morte.

Para reduzir a internação, permanência e utilização de leitos hospitalares pela população idosa, uma importante ação que tem de ser discutida são os **centros-dia**, uma forma de assistência à saúde diurna e diária situada entre a internação hospitalar e a assistência domiciliar, podendo também ser complementar a esta. Seu objetivo é assistir os idosos cuja necessidade terapêutica, de orientação e de cuidados não justifique a permanência contínua em ambiente hospitalar e cuja família não tenha condições adequadas para atender a suas demandas assistenciais no domicílio, evitando internações hospitalares de longa permanência,

Um processo de grande interface entre as áreas social e de saúde é a formação e capacitação de cuidadores de idosos.

com perda do vínculo familiar e agravamento da condição do idoso. A diversidade e a integração da rede de cuidados são um dos maiores desafios das políticas de saúde com foco nas pessoas idosas.

Um processo de grande interface entre as áreas social e de saúde é a formação e capacitação de cuidadores de idosos. Cada vez mais deparamos com cuidadores domiciliares e institucionais que poderiam melhorar a condição do idoso, constituindo-se em grandes parceiros para o sistema de saúde e bons gerentes de cuidados com o idoso. É necessário, portanto, oferecer-lhes apoio, inserindo-os na rede do SUS, auxiliando-os em centrais de informação e gerenciamento e propondo-lhes alternativas de cuidados.

A rede de atenção à saúde do idoso tem de estar integrada à rede de serviços sociais para alavancar e otimizar as respostas do governo às necessidades da população idosa. No SUS, a política de atenção integral à saúde do idoso deve aumentar e facilitar o acesso do cidadão a todos os níveis de atenção, com estrutura física adequada, insumos e pessoal qualificado. É necessário ousar na implantação de serviços inovadores e resolutivos, visando sempre a preservar a autonomia e a independência funcional do indivíduo.

O idoso deve ser protagonista de sua história. É fundamental respeitá-la, garantir seus direitos, indicar caminhos e promover a possibilidade de ampla rede de cuidados, com paz e dignidade, em uma sociedade mais justa e solidária, na qual envelhecer seja de fato um triunfo para todos. Respeitar o idoso é respeitar a si mesmo, é internalizar os princípios da vulnerabilidade, da fragilidade e da finitude em toda a rede de cuidados e construir uma cultura de solidariedade, dignidade e justiça social. Mais importante que viver muito é viver bem.

Referências bibliográficas

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Envelhecimento e saúde da pessoa idosa*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (Cadernos de atenção básica, n. 19.)
- DUARTE, Y. A. O.; LEBRÃO, M. L. O cuidado gerontológico: um repensar sobre a assistência em gerontologia. *O Mundo da Saúde*, São Paulo, v. 29, n. 4, p. 566-574, 2005.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação*. Relatório mundial. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003.



Acessibilidade na cidade amiga do idoso

Adriana Almeida Prado

Adriana Romeiro de Almeida Prado é arquiteta, urbanista, especialista e mestre em Gerontologia Social, desenvolve projetos e pesquisas em políticas sociais com ênfase na área de Acessibilidade. Docente e autora de diversas publicações sobre o tema. Funcionária do Centro de Estudos e Pesquisas de Administração Municipal (CEPAM) há muitos anos, atualmente está na Coordenadoria de Gestão de Políticas Públicas (COGEPP). Coordena a Comissão de Acessibilidade a Edificações e Meio do Comitê Brasileiro de Acessibilidade da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT).

A vida é uma peça de teatro que não permite ensaios. Por isso, cante, chore, dance, ria e viva intensamente, antes que a cortina se feche e a peça termine sem aplausos.

CHARLES CHAPLIN

O envelhecimento populacional e o crescimento da urbanização nos municípios são duas importantes questões a serem enfrentadas pela sociedade no século XXI.

O papel fundamental do arquiteto é incluir o ser humano na edificação e nos ambientes em que ele vive. Daí a importância desse profissional em assumir o compromisso de garantir que as condições ambientais dos diversos espaços permitam a adaptação de qualquer indivíduo, incluindo aqueles que apresentam perdas funcionais (Almeida Prado, 2007).





Para assegurar que as cidades sejam usufruídas pelas pessoas de todas as idades, é necessário desenvolver uma política pública com base nos conceitos de acessibilidade e desenho universal.

Acessibilidade e desenho universal

O Decreto nº 5.296/2004, de abrangência nacional, assim define:

Acessibilidade – *Condição para utilização, com segurança e autonomia, total ou assistida, dos espaços, mobiliários e equipamentos urbanos, das edificações, dos serviços de transportes e dos dispositivos, sistemas e meios de comunicação e informação, por pessoa com deficiência ou mobilidade reduzida.*

Desenho universal – *Concepção de espaços, artefatos e produtos que visam a atender simultaneamente todas as pessoas, com diferentes características antropométricas e sensoriais, de forma autônoma, segura e confortável, constituindo-se nos elementos ou soluções que compõem a acessibilidade.*

É necessário que esses conceitos sejam compreendidos pela sociedade e, principalmente, pelos profissionais das áreas de construção de edifícios, planejamento das cidades, sistemas de transportes e comunicação, a fim de que a equiparação de oportunidades se estenda a toda a população.

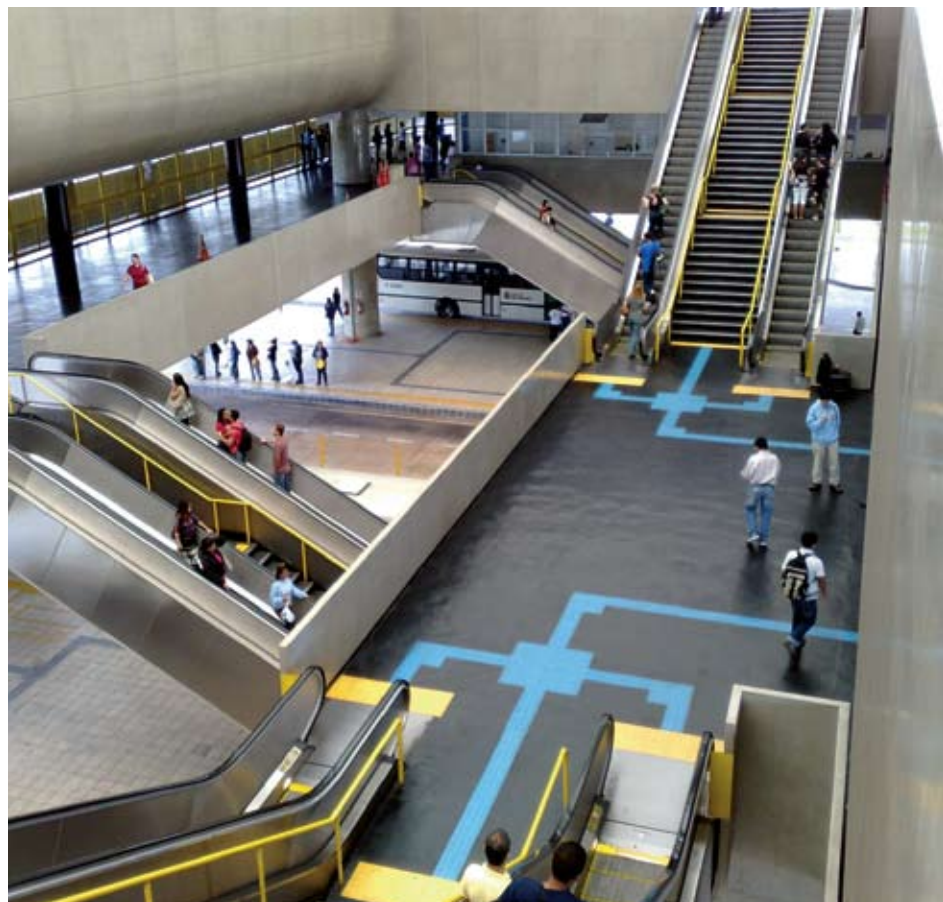
Equiparação de oportunidades

Desde 1981, declarado pela Organização das Nações Unidas (ONU) o Ano Internacional das Pessoas com Deficiência, a garantia de equiparação de oportunidades a todos é um objetivo a ser perseguido por toda a sociedade.

Equiparação de oportunidades – *É o processo mediante o qual o sistema geral da sociedade – como o meio físico e cultural, moradia e transporte, serviço social e de saúde, oportunidades de educação e de trabalho, vida cultural e social, inclusive instalações desportivas e de lazer – se torna acessível a todos (ONU, 1982).*

Fazer valer os direitos de circular pela cidade com autonomia e independência, acessar e compreender os edifícios sem dificuldade, por meio de comunicação e sinalização adequadas às pessoas com perdas sensoriais e físicas, e utilizar os meios de transporte com segurança e conforto é o desafio colocado a profissionais de distintas áreas, que precisam, portanto, conceber um projeto capaz de oferecer alternativas aos diferentes usuários.

É necessário desenvolver nas cidades uma política pública com base nos conceitos de acessibilidade e desenho universal.



ADRIANA PRADO

Rota acessível no terminal urbano Sacomã.

Acessibilidade nos municípios (Fundação Prefeito Faria Lima - CEPAM, 2008)

Para efetivar a acessibilidade nos municípios, deve haver a formulação, implementação e manutenção de um plano municipal que assegure:

- Priorização das necessidades com base em critérios técnicos que considerem, simultaneamente, a incidência demográfica associada ao uso do espaço e a complexidade da adequação.
- Programação de um cronograma das ações.
- Reserva de recursos para implantação das ações.

O planejamento tem de ser contínuo e articulado entre as diferentes secretarias (de Obras, Planejamento, Educação, Saúde, Turismo, entre outras) e parcerias com setores envolvidos, como associações comerciais, de classe (arquitetos e engenheiros) e de bairros.

Para garantir o cumprimento e a qualidade da acessibilidade, é preciso oficializar os procedimentos administrativos. São exemplos a incorporação da acessibilidade:

- nas diretrizes de aprovações, licenças, autos de vistoria e ações de fiscalização nas edificações ou nos espaços;
- nas obras executadas pela municipalidade ou por empresas prestadoras de serviços contratadas;
- nas intervenções de qualquer natureza realizadas por concessionárias, sob pena de não obtenção do documento ou suspensão do contrato ou dos serviços.

Como aplicar o Plano Municipal de Acessibilidade

É possível viabilizar o Plano Municipal de Acessibilidade definindo-se rotas acessíveis¹ no espaço urbano e nos edifícios. Uma rota acessível na cidade pode incorporar calçadas, faixas de travessia de pedestres, estacionamentos, rampas, escadas e elevadores, como as calçadas da Avenida Paulista, no município de São Paulo, e a orla de Santos, no litoral sul do Estado. Algumas vezes, as rotas compreendem o centro urbano, ligando pontos de referência cultural (igrejas, parques ou museus), serviços de saúde e educação (hospitais e escolas) e áreas de concentração de comércio.

A rota acessível em uma edificação incorpora os deslocamentos horizontais, como corredores, salas e sanitários, e verticais, como rampas, escadas e elevadores; em espaços amplos, deve ser sinalizada com pisos de orientação táteis. Em uma escola, inclui portão, acesso aos

1. Rota acessível – Um trajeto contínuo, desobstruído e sinalizado, para conectar os ambientes externos ou internos de espaços e edificações, para possibilitar a utilização de forma autônoma e segura por todas as pessoas, inclusive aquelas com perdas físicas ou sensoriais (Decreto nº 5.296/2004).

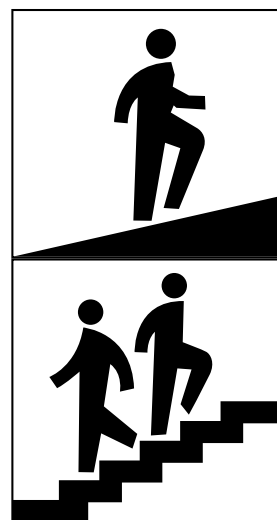


GILBERTO MARQUES

Utilização do mapa tátil na Estação Santa Cecília do Metrô.

edifícios, corredores, salas de aula, biblioteca, sanitários, quadras esportivas, parques infantis e refeitório ou cantina.

A acessibilidade das edificações inicia-se na calçada, e o trajeto pode ser por rampa, elevador e/ou escada.



Sinalizações para indicar escada e rampa.

Um mapa tátil informando os principais pontos de referência e placas com pictogramas permitem que o usuário com baixa visão se oriente, porém são raros nas edificações.

Nos corredores, deve haver placas indicativas de orientação de direção e portas sinalizadas com pictogramas e letras em relevo e em braile (ABNT, 2004).

A sinalização de degraus auxilia muito as pessoas com perda visual, e por isso se exige que, no início e término de escadas e rampas, seja colocado piso tátil de alerta (ABNT, 2004).

Áreas de estar com poltronas e cadeiras confortáveis em edifícios de uso público são uma reivindicação dos idosos (OMS, 2008). Nos banheiros, os boxes com o vaso sanitário

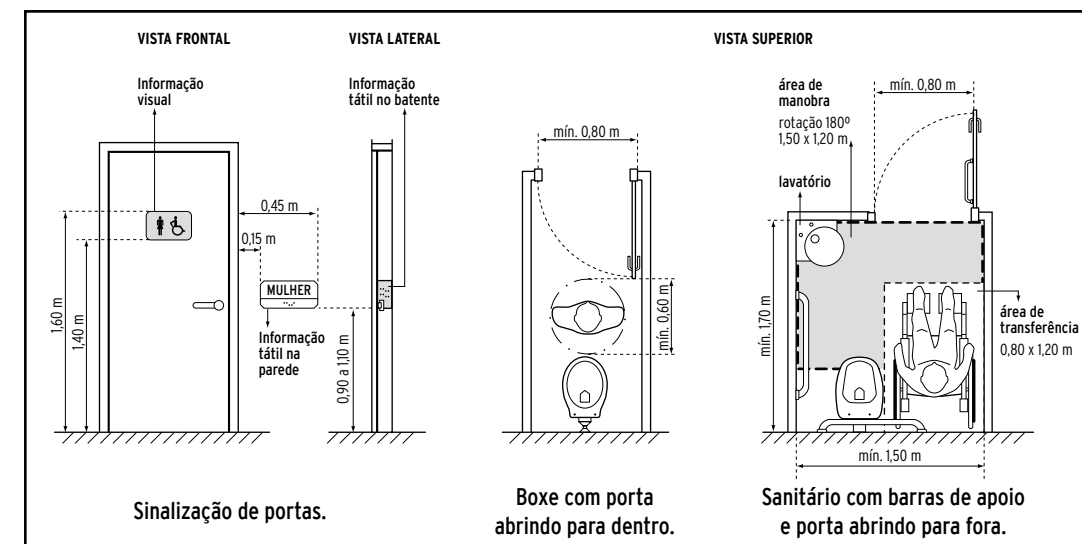


ADRIANA PRADO

Sinalização de escada.

devem ter medidas adequadas para que uma pessoa idosa o utilize com conforto, ou seja, o espaço equivalente a um círculo de no mínimo 0,60 m de diâmetro e área de varredura da porta de pelo menos 0,80 m (ABNT, 2004).

O Decreto nº 5.296/2004 determina que cada pavimento tenha sanitários para pessoas com deficiência.



Uma cidade acessível

Para uma cidade ser acessível, as calçadas devem possuir uma faixa de circulação de pedestres livre de obstáculos de no mínimo 1,20 m de largura e uma faixa de serviço (localizada entre a guia e a faixa de

circulação) para acomodar árvores, caixas de correio, lixeiras, postes, bancos e/ou sanitários públicos, necessários aos idosos que sofrem de incontinência urinária.

Nas cidades brasileiras ainda não é comum, como em várias cidades europeias, contar com sanitários públicos nas calçadas. Esse equipamento proporciona à população que está envelhecendo mais conforto e segurança em suas caminhadas.

Praças inclusivas

As praças inclusivas apresentam facilidade de acesso, com rampas, bancos e árvores que projetem sombra para abrigar as pessoas em dias de muito sol, locais para idosos separados dos das crianças e jovens, com mesas para jogos, e ciclovia separada das áreas de circulação de pedestres, para evitar acidentes.

Trânsito com prioridade para o pedestre

Para que o pedestre tenha prioridade, são importantes:

- Campanhas de trânsito educativas para o respeito aos pedestres.
- Para travessia, faixa elevada ou rebaixamento das calçadas.
- Semáforos sonorizados para auxiliar as pessoas com perda auditiva e com tempo suficiente para a travessia de idosos.
- Pontos de ônibus com abrigo para chuva e vento e banco para aguardar o transporte com conforto.



Sanitário público em Praga.



Sanitário público em Paris.



Travessia em faixas elevadas e rampa de acesso em praça pública em Londres.

Acessibilidade nos serviços de transporte

Poder deslocar-se de um lado a outro da cidade por qualquer meio de transporte (ônibus, vans, metrô, trem etc.) é direito de todos, possibilitando a participação cívica e social e o acesso aos serviços de educação, saúde, lazer e esportes, entre outros. Assim, utilizar o transporte todos os dias da semana, com um serviço em que a confiança e a frequência são garantidas, é qualidade de vida.

Os veículos devem permitir o embarque e o desembarque sem degraus, para conforto e segurança de quem utiliza bengala ou cadeira de rodas, e, segundo o Estatuto do Idoso, ter assentos reservados às pessoas idosas. Treinamentos para o pessoal dos meios de transporte sobre como atender os idosos e as pessoas com deficiência é um quesito importante na qualidade do serviço.

Poder deslocar-se de um lado a outro da cidade por qualquer meio de transporte é direito de todos.

Medidas de planejamento

Os responsáveis pelo planejamento das cidades precisam ter consciência da importância de conhecer as necessidades dos idosos, uma

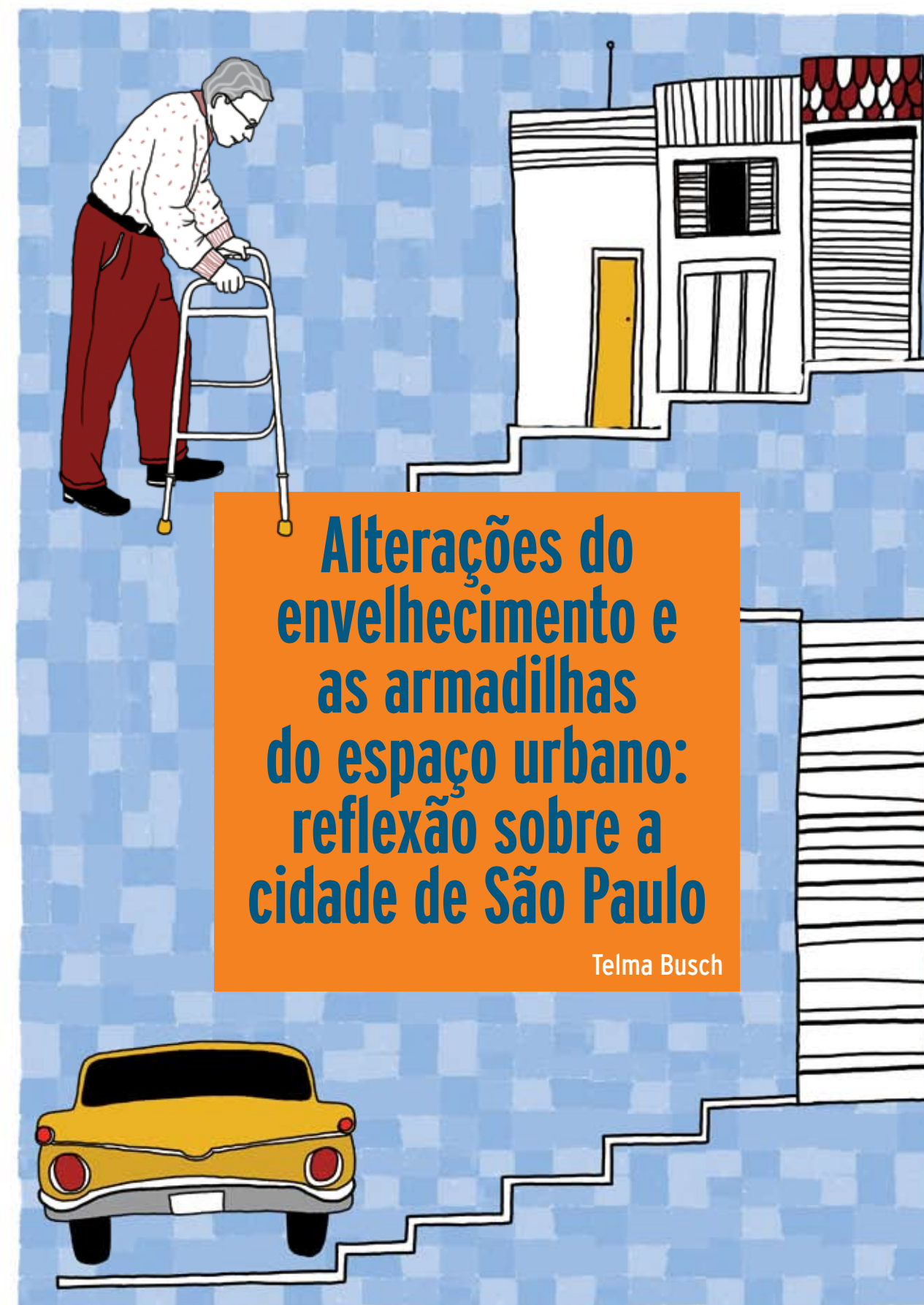
vez que essa população vem aumentando. Um exemplo é o zoneamento. É fundamental definir zonas de uso misto, ou seja, residencial e de comércio/serviços de pequeno porte, para que a população que está envelhecendo não tenha de se deslocar longas distâncias para fazer suas compras (OMS, 2008).

Como garantir uma cidade acessível a todos

Cabe aos Conselhos Municipais do Idoso a responsabilidade de recomendar aos prefeitos a formação de uma equipe para elaborar o Plano Municipal de Acessibilidade e contatar o Ministério Público para auxiliar na fiscalização de sua implantação, além de garantir que a equipe de desenvolvimento e implantação do plano seja composta por representantes das diversas secretarias e da comunidade, sobretudo de instituições ou grupos de idosos e de pessoas com deficiência.

Referências bibliográficas

- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. *NBR 9050 – Acessibilidade a edificações, espaço, mobiliário e equipamentos urbanos*. Rio de Janeiro, 2004. 24 p.
- ESPAÑA. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía. *Guía para la redacción de un Plan Municipal de Accesibilidad*. Madrid: Centro Español de Documentación sobre Discapacidad, 2000.
- ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). Programa de Ação Mundial para as Pessoas com Deficiência, 1982. Disponível em: <<http://www.ibam.org.br/publique/media/Apostila.pdf>>. Acesso em: 1 set. 2009.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Guia global: cidade amiga do idoso*. OMS, 2008.
- PRADO, Adriana Romeiro de Almeida. Cidade livre de barreiras, acessível aos idosos. In: PAPALÉO NETTO, Matheus (Org.). *Tratado de gerontologia*. 2. ed. rev. e ampl. São Paulo: Atheneu, 2007, p. 645-654.
- _____; RODRIGUES, Juçara Terra; LOPES, Maria Elisabete. *Acessibilidade nos municípios: como aplicar o Decreto 5.296/04*. São Paulo: Fundação Prefeito Faria Lima – Centro de Estudos e Pesquisas de Administração Municipal (CEPAM). Coordenadoria de Gestão de Políticas Públicas (COGEPP), 2008. 208 p.



**Alterações do
envelhecimento e
as armadilhas
do espaço urbano:
reflexão sobre a
cidade de São Paulo**

Telma Busch

[...] as escadas ficam mais duras de subir, as distâncias mais longas a percorrer, as ruas mais perigosas de atravessar, os pacotes mais pesados de carregar.

Bosi, 1994, p. 79.

Estudos sobre longevidade oferecem claros indícios de que a prevenção de doenças e deficiências, a manutenção das funções físicas e cognitivas e a participação constante em atividades sociais e produtivas são fatores cruciais para um envelhecimento bem-sucedido.

Todas as ações em saúde previstas na Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa têm como objetivo manter o idoso na comunidade, com a família, e independente o maior tempo possível.

O processo de envelhecimento implica alterações naturais, e esse é o grande desafio. A população mudou, assim como suas necessidades.



Telma Busch é fisioterapeuta do Hospital Israelita Albert Einstein (HIAE), especialista em Pneumologia pela Universidade Federal de São Paulo (Unifesp). Mestre em Gerontologia pela Pontifícia Universidade Católica (PUC-SP), doutoranda em Epidemiologia na Universidade de São Paulo e coordenadora da pós-graduação em Gerontologia no HIAE.

Uma parcela de idosos vive em condições que contradizem os princípios e objetivos de uma sociedade democrática.

No entanto, pouco se tem feito para a avaliação dos espaços como ambientes humanos. Os espaços públicos deveriam ser concebidos como de uso coletivo, para todos. Cumpre avaliar, com a devida seriedade, tendo em vista as demandas e limitações associadas ao envelhecimento da população, as mudanças decorrentes da transição demográfica em curso. Isso significa, entre outros aspectos, analisar criticamente as barreiras arquitetônicas e urbanas impostas aos idosos e aos portadores de necessidades especiais, como as pessoas com deficiência física.

Faz-se necessário o desenvolvimento de um novo olhar dos que planejam os espaços urbanos, um olhar que leve em consideração as especificidades daqueles que escapam da imagem idealizada pela sociedade.

A cidade de São Paulo, locus de vida ou de morte?

A cidade de São Paulo adquiriu, com o processo de industrialização do final do século XIX e decorrer do XX, um novo perfil; seus espaços voltaram-se, progressivamente, para a produção de bens e serviços e para a circulação de trabalhadores e consumidores. É a tal perfil que as pessoas de mais idade precisam se adaptar. Nesse modelo de cidade-trabalho, de cidade-produção, o idoso nem chega a ser visto; quando o é, torna-se, indevidamente, alvo de ridicularização. Não há como ignorar que uma nada desprezível parcela de idosos vive em condições que contradizem os princípios e objetivos de uma sociedade democrática e defensora da dignidade humana.

São Paulo apresenta uma complexidade proporcional a sua grandeza. Recebeu e continua recebendo pessoas das mais diversas partes do Brasil e do mundo e tem grande força industrial, comercial e cultural, mas também abriga graves problemas sociais. Esconde armadilhas,

principalmente para o idoso, que transita pelas ruas com grande dificuldade, correndo o risco de quedas, que poderão despertar-lhe a perda de autoconfiança e o medo, causar-lhe sequelas mais graves ou mesmo levá-lo à morte.

É indiscutível a necessidade de adequação dos edifícios de uso público, das calçadas e do transporte coletivo de modo a garantir o acesso às pessoas idosas, pois existem determinadas situações que tornam as atividades desses indivíduos um verdadeiro transtorno, quando não impossibilitam o simples exercício do direito de ir e vir.

Como todo cidadão, os idosos pagam impostos e possuem deveres. Entretanto, um direito fundamental, o da locomoção, seja em busca de trabalho, de saúde ou de lazer, pode transformar-se em uma grande cilada, na medida em que eles têm de enfrentar dificuldades





WALTER CRAVEIRO

Os idosos têm de ser vistos como pessoas que “pertencem” a São Paulo, uma cidade rica e com grandes possibilidades de entretenimento.

de diversos graus, como escadas, portas, pisos escorregadios, calçadas depredadas e desniveladas, às vezes ocupadas por automóveis, assim como prédios públicos e pontos turísticos de difícil acesso.

Por exemplo, para atravessar as ruas, os pedestres muitas vezes precisam sair correndo antes que o semáforo feche. Segundo a Associação Brasileira de Pedestres (ABRASPE, 2002), para não atrapalhar a fluidez do trânsito na cidade de São Paulo, as pessoas têm de cruzar as ruas a uma velocidade de 1,3 metro por segundo, enquanto o ideal, para os idosos, seria 1 metro por segundo.

Programar os semáforos para que atendam todos os que têm dificuldade de locomoção é uma providência a ser tomada com urgência, mas o que ocorre é que os luminosos são regulados de acordo com a velocidade que pedestres jovens são capazes de atingir.

Daros¹ afirma:

Essa mentalidade precisa mudar. A cidade tem de ser amiga dos mais frágeis; os idosos acabam se enclausurando em casa.

Carneiro² revela:

Em março de 2002, 60% das pessoas com mais de 51 anos ficaram feridas ou morreram em acidentes no Estado de São Paulo. A maioria foi atropelada, resultando em um total de atropelamentos que fica pouco abaixo do número de colisões entre veículos: 122 atropelamentos contra 137 batidas.

Referindo-se à questão da falta de conscientização no trânsito, Pires³ desabafa:

Vejo muitos motoristas acelerarem quando o sinal está amarelo. Se o pedestre se antecipar, perde a vida. O idoso é desrespeitado 24 horas por dia.

1. Eduardo José Daros, 68 anos, é presidente da ABRASPE.

2. Vera Dias Carneiro é presidente da Associação de Vítimas de Acidentes de Trânsito (AVAT).

3. Roberto Pires, 77 anos, é presidente da Associação de Aposentados e Pensionistas da Previdência Social de São Paulo (ASAPREV).

Diante de tais fatos, pode-se dizer que é urgente conscientizar os motoristas de que eles também são pedestres e de que os idosos possuem limitações físicas e são incapazes de se locomover como um jovem.

Além disso, deve-se exigir dos empresários, arquitetos, urbanistas e responsáveis por obras públicas maior sensibilidade a essas limitações, forçando-os a apresentar alternativas de acesso e locomoção a fim de solucionar os riscos que o espaço público reserva a esse segmento da população.

Os idosos têm de ser vistos como pessoas que “pertencem” a São Paulo, uma cidade rica e com grandes possibilidades de entretenimento. São necessários espaços públicos que incentivem a vida comunitária,



que resgatem o ciclo de vida das pessoas, que estimulem o convívio entre as gerações, que estendam a casa para a rua, que respeitem as diferenças, que evitem e acabem com as armadilhas que, escondidas na malha urbana, têm nos idosos as principais vítimas.

Pode-se concluir que, antes de pensar e de requerer a participação de todos os cidadãos nos serviços e equipamentos disponibilizados pelas cidades, é preciso examinar se essa participação será possível, se todos os meios para que isso ocorra estão presentes na estrutura urbana, se as edificações e os espaços abertos contemplam durabilidade, funcionalidade, estética, acessibilidade e habitabilidade, de modo a respeitar as necessidades diferenciadas dos idosos e, ao mesmo tempo, fomentar atitudes solidárias na população em geral no que tange à limitação desses indivíduos.

Alterações do envelhecimento e o problema das quedas

A diminuição das reservas funcionais no organismo humano pode ser observada em todos os aparelhos e sistemas: muscular, ósseo, nervoso, circulatório, pulmonar, endócrino e imunológico.

Perdas não podem ser evitadas, por melhores que sejam os hábitos de vida. Por esse motivo, é de grande importância que os indivíduos tenham em mente que envelhecer não é uma doença, mas um processo benigno, também denominado senescência. Como processo normal, não deve ser confundido com senilidade, nome dado às alterações produzidas pelas inúmeras afecções que podem acometer o idoso.

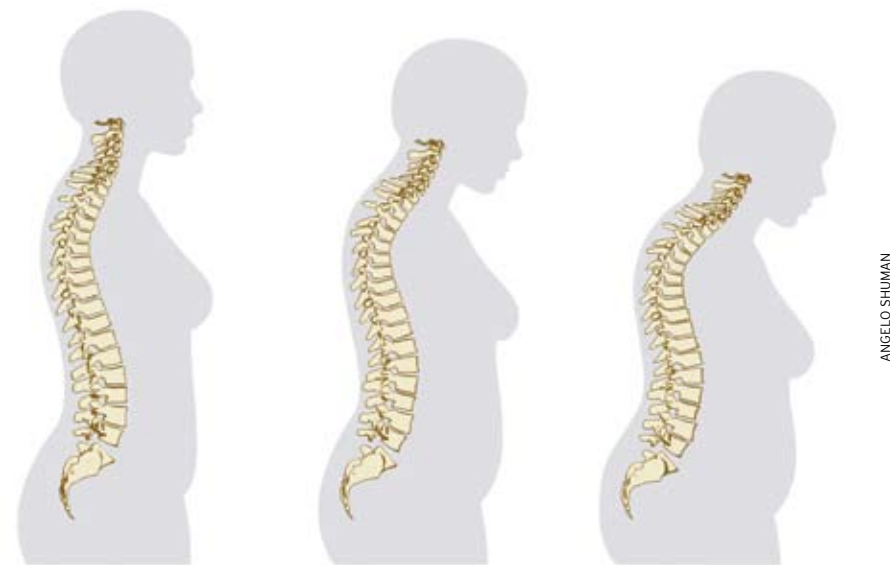
Várias são as mudanças que ocorrem no envelhecimento, mas cabe destacar aqui aquelas que estão mais relacionadas direta ou indiretamente ao espaço urbano.

No que se refere à composição e formato do corpo que envelhece, a estrutura começa a diminuir a partir dos 40 anos, na proporção média de 1 cm por década. Essa perda decorre da diminuição dos arcos do pé e do aumento das curvaturas da coluna, assim como do encurtamento da coluna vertebral, causado por alterações nos discos intervertebrais (Atkinson, 1969, p. 63).

Levando em conta principalmente os efeitos antropométricos (relacionados à medição do tamanho e das proporções do corpo humano) e musculares no envelhecimento, torna-se cada vez mais primordial a preocupação com os espaços destinados à terceira idade.



Há alterações evidentes na composição do corpo, como o aumento do tecido adiposo, que tende a se depositar no interior do abdômen e diminuir nas regiões periféricas. O teor total de água se reduz, por perda de água intracelular, limitando a relação entre o fluido intracelular e o extracelular. O potássio total, que na maior parte é intracelular, também cai. A perda de água e potássio deve-se à redução geral do número de células nos órgãos. Essas mudanças na composição do corpo levam à diminuição da massa consumidora de oxigênio, quando expressa por unidade de peso ou de superfície (Atkinson, 1969).



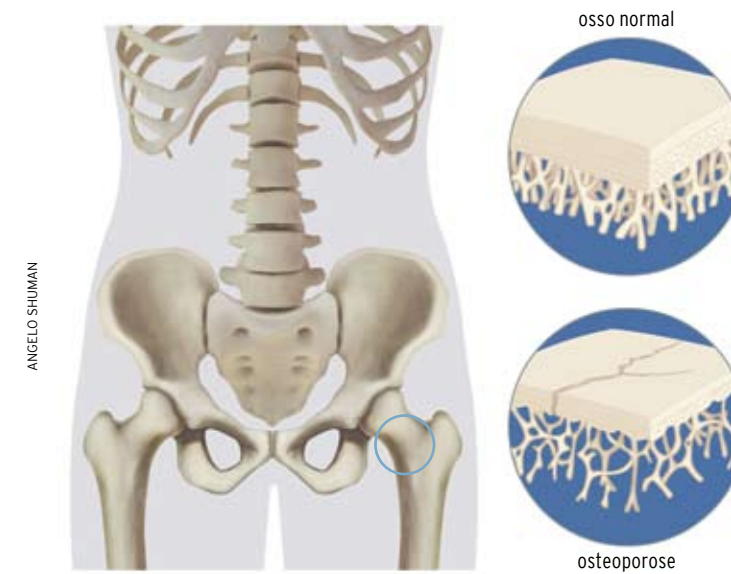
Encurtamento da coluna vertebral, causado por alterações nos discos intervertebrais.

Quanto à perda de massa, os órgãos internos mais afetados são os rins e o fígado, mas os músculos sofrem mais prejuízo com o passar do tempo (Atkinson, 1969). A massa muscular diminui 40% entre os 30 e os 80 anos. Uma revisão de 17 estudos sugere que o risco de queda aumenta quatro a cinco vezes por fraqueza muscular e três vezes por alterações na marcha ou instabilidade postural.

O processo de envelhecimento é acompanhado do declínio funcional dos diversos sistemas sensoriais do organismo.

O processo de envelhecimento é acompanhado do declínio funcional dos diversos sistemas sensoriais do organismo. Uma das alterações mais frequentes é a diminuição visual (restrição da discriminação espacial, limitação do olhar para cima e redução da capacidade para seguir objetos com o olhar). É importante ressaltar que a visão responde pela maior parte do aprendizado do ser humano, pela segurança e pela mobilidade.

Outro sinal relacionado ao envelhecimento é a diminuição da audição, fato que acaba prejudicando a comunicação e a interação social, tornando o idoso desprotegido dos riscos invisíveis e mais exposto às armadilhas do espaço.



A osteoporose caracteriza-se por redução da massa óssea.

A capacidade funcional do sistema somatossensitivo das pessoas idosas se transforma. Ocorre redução na quantidade e estrutura das terminações nervosas. De modo geral, pode-se dizer que, à medida que o indivíduo envelhece, a integração dos sentidos experimenta uma deterioração progressiva, o que faz com que ele se torne dependente, inseguro e privado de qualidade de vida.

O sistema ósseo também se altera com o envelhecimento. Os osteócitos, que controlam todo o metabolismo da matriz extracelular, diminuem em número e atividade. Com isso, o metabolismo do cálcio se desequilibra e há perda deste elemento, tornando os ossos mais frágeis e suscetíveis a fraturas.

A osteoporose, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), é uma desordem esquelética, crônica, progressiva, caracterizada por redução da massa óssea, levando à diminuição da resistência dos ossos e ao aumento da suscetibilidade a fraturas. Acomete homens e mulheres, principalmente após a menopausa (Siris e colaboradores, 2001), e a incidência, que varia de acordo com a influência de vários fatores ligados à massa óssea, é de 50% para as mulheres com

80 anos ou mais e 20% para os homens na mesma idade (Freitas e colaboradores, 2006). Fator de risco importante para a queda, a osteoporose pode ser diagnosticada com um exame de saúde e ter a progressão interrompida.

A queda é hoje considerada um problema de saúde pública, dadas a mudança de perfil da população e as graves consequências econômicas ao país e aos indivíduos. Quedas e problemas de mobilidade geralmente resultam da interação de múltiplos fatores de risco e situações na maioria das vezes evitáveis. Vários são os aspectos intrínsecos que

podem predispor à queda: idade, história de queda anterior, mudanças cognitivas, depressão, problemas de mobilidade, instabilidade postural, fraqueza muscular, distúrbios neurológicos, alterações da visão e/ou da audição, excesso de medicamentos, interação medicamentosa e incontinência urinária. Como o indivíduo se torna mais frágil, o risco aumenta com a idade (Vandervoort, 1998; Rubenstein, Powers e MacLean, 2001; Rogers e colaboradores, 2003).

No Brasil, em torno de 29% dos idosos caem ao menos uma vez por ano e 13%, de forma recorrente; apenas 52% não sofrem queda durante dois anos consecutivos (Perracini e

Ramos, 2002). Isso confirma os achados de que a história de queda anterior é fator preditivo de futuras quedas.

Quedas ou quase quedas são comuns para mais de 30% das pessoas com idade igual ou superior a 65 anos, e 50% dos indivíduos com mais de 80 anos residentes na comunidade sofrem uma queda. A incidência de queda entre os idosos cresce todo ano, refletindo o crescimento dessa po-



A queda é hoje considerada um problema de saúde pública, pelas graves consequências econômicas ao país e aos indivíduos.



WALTER CRAVEIRO

pulação. A proporção de mulheres que caem é maior que a de homens, talvez porque estas morram mais cedo (Muche, 2006).

Na cidade de São Paulo, em 2004, as quedas foram responsáveis pela internação hospitalar no Sistema Único de Saúde (SUS) de 4.749 pessoas com idade superior a 60 anos, 2.992 delas do sexo feminino (Ministério da Saúde, 2006). Também lideraram as causas de morbidade e mortalidade, chegando a 26% do total, correspondendo a 20% de idosos com idade entre 60 e 69 anos, 24% entre 70 e 79 e 49% com 80 ou mais.

Em 2005, das 195 mil internações decorrentes de causas externas, as quedas ficaram em primeiro lugar (48,2%), seguidas de complicações médico-cirúrgicas, sequelas de causas externas e queimaduras (21,5%), acidentes de transporte (17,1%), agressões (6,9%) e lesões autoprovocadas (1%).

Além disso, as quedas lideraram os custos de tratamento, com 41% do valor total pago pelo SUS (Gawryszewski e colaboradores, 2006),



superando os acidentes de transporte, com 22%. Em comparação a estes, foram responsáveis pelo triplo das internações e por um gasto 1,8 vez maior no mesmo ano.

Entre os idosos que caíram, 20% a 30% sofreram lesões de moderadas a severas, como fratura de quadril e trauma de crânio, reduzindo a mobilidade e a independência e aumentando o risco de morte prematura (Sterling e colaboradores, 2001).

As quedas estão associadas com dor, declínio funcional e perda de histamina. Mais de 40% das pessoas que sofreram lesão ocasionada por queda continuam com dor ou restringem sua atividade por aproximadamente dois meses após a lesão (Gawryszewski e colaboradores, 2006). Metade dos idosos com idade igual ou superior a 65 anos hospitalizados por fratura não retorna para casa ou não recupera a independência (Yuan e Erb, 2006).

Em dissertação de mestrado, Mendes (2002) deparou com vários depoimentos de idosos vítimas de armadilhas do espaço urbano:

Uma das vezes caí na rua quando entrava no prédio. Estava segurando o braço do meu marido e ele a minha mão. Sabe aquelas árvores com

raízes enormes que têm aqueles canteiros em volta? Tropecei na ponta e caí com tudo. Quebrei todos os dentes, levei pontos na boca e fui internada num hospital.

Outro depoimento:

Dessa vez estava vindo do supermercado com o carrinho de compras e quando cheguei no meio da rua para atravessar (meio-fio) havia um desnível. Tropecei e caí num buraco. Sempre tive muitas quedas devido a buracos, pedras nas calçadas, até minha irmã deficiente foi projetada de sua cadeira de rodas porque a roda enganchou num buraco. Quebrou o osso da perna, o que dificultou ainda mais o cuidado com ela.

Todos os entrevistados tiveram mais de um episódio de queda. Em alguns casos, os fatores intrínsecos ao envelhecimento foram agravados por riscos ambientais. Quase todos se sentiram culpados, mesmo que parcialmente, pela queda que sofreram; no entanto, não deixaram de se ver como vítimas.

Foi um pouco descuido meu. Acredito que as calçadas estivessem ruins, mas não sei como caí. Um fato real é que as calçadas não são ideais, ando muito pela cidade e observo, mas ainda acho que a culpa foi minha.

Isso reforça o fato de que a maioria dos idosos não reconhece seu “lugar de cidadão” e, portanto, seu direito na sociedade. Poucos entrevistados atribuíram a causa da queda exclusivamente às armadilhas do espaço público.

Caí numa rua muito acidentada. Aqui em Perdizes é muito degrauzinho quebrado, muita subida, falta calçamento na rua. Tem muitos desníveis. Tem casas que precisam fazer muretas. Tá certo que este bairro é horrível.

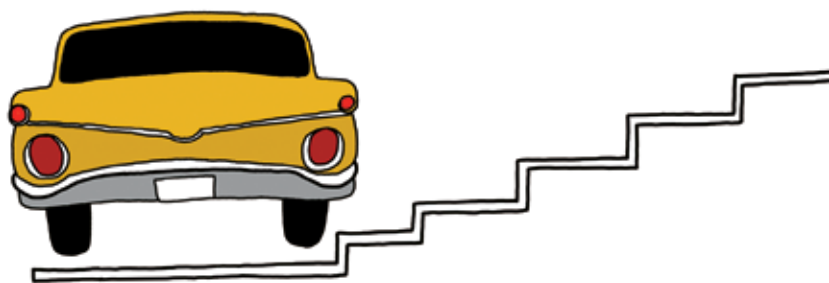
Todos eles tiveram a vida modificada pela queda, ficando com sequelas não apenas físicas, como também sociais e emocionais, desde o simples medo de cair novamente até o isolamento social e a dependência completa. A queda colocou à prova as relações familiares e os

Estamos longe de compreender as consequências que a longevidade acarreta para a sociedade.

laços afetivos, os quais, pela insistente fala dos idosos, não foram rompidos. Há sempre uma preocupação em esconder o descaso, o abandono, em negar o que pareceu claro aos olhos do entrevistador.

Segundo Mendes (2002), definir a cidade de São Paulo, principalmente do ponto de vista de quem envelhece, é tarefa difícil, já que a maioria dos idosos não tem noção de seus direitos como cidadãos. A correria do dia a dia, os problemas, o individualismo obscurecem qualquer possibilidade de reflexão. Isso faz com que eles aceitem com certa passividade todos os obstáculos impostos pela cidade. Essa dificuldade de avaliação torna-se ainda mais evidente quando o entrevistado pertence a um nível social inferior. O despreparo de São Paulo e de outras cidades na mesma situação é algo que não pode continuar a passar despercebido.

Por fim, podemos afirmar que ainda estamos longe de compreender todas as consequências que a longevidade acarreta para a sociedade moderna. No entanto, somos movidos pela certeza da necessidade de apoio da sociedade civil, do governo e dos movimentos sociais para a revitalização da vida comunitária e readequação do desenho urbano, no esforço de melhorar as condições de vida das pessoas em geral e dos idosos em particular.



Referências bibliográficas

- ATKINSON, P. J. Structural aspects of ageing bone. *Gerontology*, v. 15, n. 2-3, p. 171-173, 1969.
- BOSI, E. *Memória e sociedade: lembranças de velhos*. 5. ed. São Paulo: Cia. das Letras, 1994.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.395, de 9 de dezembro de 1999. Aprova a Política Nacional do Idoso e determina competências. *Diário Oficial da União*, Brasília, Seção 1, p. 142, 13 dez. 1999.
- CAMARANO, A. A. *Os novos idosos brasileiros: muito além dos 60*. Rio de Janeiro: IPEA, 2004. 594 p.
- CARNEIRO, V. D. Associação de Vítimas de Acidentes de Trânsito (AVAT). Disponível em: <<http://www.avat.org.br>>. Acesso em: 10 jul. 2002.
- DAROS, E. J. Associação Brasileira de Pedestres (ABRASPE). Disponível em: <<http://www.abraspe.org.br>>. Acesso em: 18 ago. 2002.
- FOLHA DE S. PAULO. Domingo, 15 mar. 2009. Especial 1.
- FREITAS, E. V.; PY, L.; CANÇADO, F. A. X.; DOLL, J.; GORZONI, M. L. *Tratado de geriatria e gerontologia*. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.
- GAWRYSZEWSKI, V. P.; PELLINI, A. C. G.; HIDALGO, N. T.; VALENCICH, D. M. O.; BRUMINI, R. O impacto dos acidentes e violências nos gastos da saúde. *Boletim Epidemiológico Paulista*, ano 3, n. 27, p. 8-13, mar. 2006.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Censo demográfico. Esperança de vida ao nascer resultante do processo de interpolação – 1980/2100. Revisão 2004a. Disponível em: <<http://www.ibge.com.br/home/estatistica/populacao/perfilidoso/default>>. Acesso em: 18 jul. 2009.
- _____. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de População e Indicadores Sociais. *Projeção da população do Brasil por sexo e idade para o período 1980-2050*. Revisão 2004b. Rio de Janeiro: IBGE, 2004. 82 p.
- _____. Diretoria de Pesquisas. Coordenação de Trabalho e Rendimento. *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio – PNAD 2003*. Rio de Janeiro: IBGE, 2003.
- _____. Projeção da população do Brasil. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/metodologia2006>. Acesso em: 18 jul. 2009.

- KALACHE, A.; VERAS, R. P.; RAMOS, L. R. O envelhecimento da população mundial: um desafio novo. *Revista de Saúde Pública*, n. 21, p. 200-210, 1987.
- MENDES, T. A. B. Dissertação (Mestrado em Gerontologia) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo, 2002.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Departamento de Informática do SUS (Datasus). Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br>>. Acesso em: 10 ago. 2006.
- MUCHE, J. A. Geriatric rehabilitation: guideline for the prevention of falls in older persons. *Journal of the American Geriatrics Society*, n. 49, p. 664-672, 2001.
- PERRACINI, M. R.; RAMOS, L. R. Fatores associados a quedas em uma coorte de idosos residentes na comunidade. *Revista de Saúde Pública*, v. 36, n. 6, p. 709-716, 2002.
- PIRES, R. Associação de Aposentados e Pensionistas da Previdência Social de São Paulo. Disponível em: <<http://www.asaprev.org.br>>.
- PRADO, A. R. de A. *Eliminação de barreiras*. São Paulo: IBAP, 2000.
- . *Município acessível ao cidadão*. São Paulo: CEPAM/SEBRAE, 2001.
- REVISTA KAIROS. *Gerontologia: estética e envelhecimento*. Caderno temático, São Paulo, ano 1, n. 1, 1998.
- ROGERS, M. E.; ROGERS, N. L.; TAKESHIMA, N.; ISLAM, M. M. Methods to assess and improve the physical parameters associated with fall risk in older adults. *Preventive Medicine*, n. 36, p. 255-264, 2003.
- RUBENSTEIN, L. Z.; POWERS, C. M.; MACLEAN, C. H. Quality indicators for the management and prevention of falls and mobility problems in vulnerable elders. *Annals of Internal Medicine*, n. 135, p. 686-693, 2001.
- SANTOS, M. *Metamorfoses do espaço público*. 4. ed. São Paulo: Hucitec, 1996.
- SIRIS, E. S.; MILLER, P. D.; BARRET-CONNOR, E.; FAULKNER, K. G.; WEHREN, I. E.; ABBOT, T. A.; BERGER, M. L.; SANTORA, A. C.; SHERWOOD, L. M. Identification and fracture outcomes of undiagnosed low bone mineral density in postmenopausal women. Results from the National Osteoporosis Risk Assessment. *Journal of American Medical Association*, n. 286, p. 2815-2822, 2001.
- STERLING, D. A.; O'CONNOR, J. A.; BONADIES, J. Geriatric falls: injury severity is high and disproportionate to mechanism. *Journal of Trauma-Injury Infection and Critical Care*, v. 50, n. 1, p. 116-119, 2001.

- UBIERNA, J. A. J. *La accesibilidad del entorno urbano un reto para una mejor movilidad de todos*. Trabalho apresentado no II Encontro Ibero-Americano de Engenharia Civil e Construção. Salvador, 25-27 abr. 1994.
- VANDERVOORT, A. A. Alterações biológicas e fisiológicas. In: PICKLES, B.; COMPTON, A.; COTT, C.; SIMPSON, J.; VANDERVOORT, A. A. *Fisioterapia na terceira idade*. São Paulo: Santos, 1998.
- YUAN, J. R.; ERB, J. K. Falls prevention, or “I think I can, I think I can”. *Home Care Nurse*, v. 24, n. 2, p. 103-111, 2006.
- ZELEZNIK, J. Normative aging of the respiratory system. *Clinics in Geriatric Medicine*, v. 19, n. 1, p. 1-18, 2003.



SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA
E DESENVOLVIMENTO SOCIAL

