

Pontifícia Universidade Católica de São Paulo
PUC-SP

Vera Lúcia Tavares

**A BUSCA DA EXCELÊNCIA NO ATENDIMENTO EM UMA ILPI
SOB A PERSPECTIVA DO SUJEITO RESIDENTE**

Mestrado em Gerontologia

São Paulo
2008

Pontifícia Universidade Católica de São Paulo
PUC-SP

Vera Lúcia Tavares

**A BUSCA DA EXCELÊNCIA NO ATENDIMENTO EM UMA ILPI
SOB A PERSPECTIVA DO SUJEITO RESIDENTE**

MESTRADO EM GERONTOLOGIA

**Dissertação apresentada à Banca Examinadora
como exigência parcial para obtenção do título
de Mestre em Gerontologia pela Universidade
Católica de São Paulo, sob a orientação da
Profª Doutora Suzana A. Rocha Medeiros.**

São Paulo
2008

Banca Examinadora

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à memória de minha querida mãe, que mesmo diante das adversidades, manteve-se com o espírito alegre e otimista, cuja lucidez e sabedoria inigualável muito me ensinou a como lidar com o idoso dependente, respeitando sua individualidade. Deu-me grande estímulo ao saber da existência deste estudo.

AGRADECIMENTOS

À professora doutora Susana A. Rocha Medeiros, orientadora desta dissertação, pela tranqüilidade e segurança que transmitiu durante todo o processo na elaboração desta escrita e pela liberdade que me concedeu.

À minha irmã Ana Maria e sobrinhos Luis Henrique e Adriana, um agradecimento muito especial pelo apoio, estímulo e confiança, responsáveis pela família maravilhosa que somos.

Ao meu cunhado Prof^o Mauro Henrique, pela paciência e critério na revisão gramatical desta dissertação.

À Lindinalva, pela formatação deste trabalho.

À diretoria do Hospital Alemão Oswaldo Cruz e Sociedade Beneficente Alemã que me proporcionaram com total apoio o desenvolvimento deste estudo.

A todos os amigos que trilharam comigo os caminhos dentro do Hospital Alemão Oswaldo Cruz e na Sociedade Beneficente Alemã.

A todos os moradores da Sociedade Beneficente Alemã que tão gentilmente me permitiram compartilhar de suas vidas.

À Vera Machado que me ajudou na coleta de dados para o enriquecimento desta pesquisa.

Ao meu querido amigo, Sr. Gunter Kreinberg, ex presidente do Hospital Alemão Oswaldo Cruz e atual diretor presidente da Sociedade Beneficente Alemã, que muito tem me ensinado através de sua vida profissional, a ser uma pessoa humana, justa, e ao mesmo tempo, destemida e ousada nos empreendimentos administrativos. Prova viva de um idoso produtor, dinâmico e idealista.

RESUMO

O envelhecimento é um fenômeno mundial que pressupõe alterações biológicas, psicológicas e sociais, que muitas vezes leva o idoso a uma dependência total ou parcial de um cuidador que geralmente são os cônjuges, filhos, noras, genros, sobrinhos ou netos. Esses cuidadores em sua maioria não dispõem de uma formação profissional de saúde, mas são movidos por sua boa vontade e pela disponibilidade. Porém, percebe-se que cada vez mais, esses familiares exercem atividades profissionais fora do lar e as Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs) constituem-se muitas vezes, na única opção para esses indivíduos e suas famílias. O objetivo deste estudo é identificar os desejos dos moradores com relação a ILPI, e o que eles esperam do lugar onde moram, através de uma pesquisa qualitativa. Foi utilizada como técnica de coleta de dados, entrevistas semi estruturadas, mediante a utilização de um questionário com questões abertas. Apresento reflexões que se referem às representações sociais dos moradores que vivem nesta ILPI, identificando seus desejos com relação ao local onde residem e o que esperam deste local. Identificando ainda as relações dos moradores entre si e como se relacionam com os dirigentes da instituição, contribuindo para que o idoso morador preserve sua capacidade funcional e autonomia e também através de sugestões para a elaboração de planos de ação para melhorias contínuas de assistência a esses moradores, tornando a ILPI uma comunidade aprazível, proporcionando-lhes qualidade de vida e preservando sua identidade.

PALAVRAS CHAVES: Envelhecimento; Idoso; Moradia; Capacidade

Funcional; Autonomia

ABSTRACT

Aging is a world phenomenon that comprises biological, psychological, and social changes, which many times lead the elder to a total or partial dependence of a caretaker, who are usually the spouses, sons, daughters, daughters-in-law, sons-in-law, nephews, nieces, or grandchildren. Most of these caretakers do not have a healthcare professional background, but are moved by their good will and availability. However, it is noticed that, more and more, these relatives have professional activities out of the house and the Long-Term Stay Institutions (LTSI) many times consist in the only choice for these subjects and their families. The purpose of this study is to identify the will of the residents regarding the LTSI, and what they expect of the place where they live, through a qualitative research. Semi-structured interviews were used as a data collection technique, upon the use of an open-question questionnaire. Reflections regarding the social representations of the residents of this LTSI, which identify their wishes related to the place where they live and what they expect of it, are presented. These reflections also identify the inter-relations among residents and how they relate to the institution managers, contributing for the resident to preserve his/her functional ability and autonomy. There are also suggestions for the elaboration of action plans for the continuous healthcare improvements to these residents, turning the LTSI into a pleasant community, which provides them with quality of life and preserves their identities.

KEY WORDS: Aging; Elder; Residence; Functional Capacity; Autonomy.

SUMÁRIO

DEDICATÓRIA.....	4
AGRADECIMENTOS	5
RESUMO.....	6
ABSTRACT	7
SUMÁRIO.....	8
INTRODUÇÃO	10
TERRITÓRIO DA VELHICE	18
Os primórdios da velhice	18
A velhice nos dias atuais	20
As conseqüências do envelhecimento.....	23
Perfil sócio-econômico e violência contra o idoso.....	26
Perfil das doenças no idoso e o reflexo no familiar.....	30
INSTITUCIONALIZAÇÃO.....	37
O significado de institucionalização	37
Institucionalizar ou não o idoso?.....	39
Perfil das instituições no Brasil	43
METODOLOGIA.....	49
Sociedade Beneficente Alemã	57
HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ.....	75
O OLHAR DO MORADOR	86
CONSIDERAÇÕES FINAIS	104
NOTAS DA AUTORA.....	108
BIBLIOGRAFIA.....	110
ANEXO	117
FOTOS.....	120

You can dye your hair
But it's the one thing you can't change.
Can't run away from yourself, yourself...
Funny how it all falls away
So help the aged

Jarvis Cocker: "Help the aged"

Você pode tingir o cabelo
Mas tem uma coisa que você não pode mudar
Não fugir de si mesmo, de si mesmo
Engraçado como tudo se perde
Então ajude os velhos

Jarvis Cocker (da banda Pulp): "Ajude os velhos"

INTRODUÇÃO

Família e escola costumam ser definidas como os dois ambientes mais importantes para a socialização. Tanto o contexto familiar como o escolar é constituído por pessoas que desempenham um determinado e importante papel no desenvolvimento do indivíduo. De acordo com ARANHA (1996, p.57), a família existe como suporte, solo, horizonte da aprendizagem das relações afetivas, que preparam o indivíduo para a sua maturidade. Afirma (p.61) que a família é uma instância mediadora entre o indivíduo e a sociedade. Ela deve promover a superação do egocentrismo infantil, tornando o adulto disponível para o convívio social.

Minha avó, mãe de meu pai, uma senhora de descendência alemã e com quem convivi intensamente até os meus 18 anos, ocasião em que faleceu, teve uma influência muito grande para a minha formação profissional. Quando criança e na fase da pré-adolescência sentia um prazer imenso em poder ajudá-la a lavar os longos cabelos, de uma cor amarela dourado e depois penteá-los com toda a paciência, desembaraçando-os e fazendo uma trança que ela gostava tanto! Lembro também que gostava de ouvir suas histórias, admirava suas mãos já manchadas pela idade, seu corpo já arqueado pelo peso dos anos. Parece que naquela época as pessoas envelheciam muito mais rápido que hoje. Ela faleceu aos 74 anos, mas aparentava ser muito, mas muito mais velha! Lembro que sempre falava com minha avó que gostaria de ter uma profissão para cuidar das

peças e “dar injeção” e ela sempre demonstrava que acreditava no meu potencial para cuidar, enquanto meus pais e meu avô não me levavam muito a sério. Minha avó faleceu em junho de 1970 eu estava com 18 anos, e foi em dezembro do mesmo ano que decidi fazer um curso técnico de enfermagem.

Reiniciei os estudos em 1971, não consegui fazer o técnico de enfermagem, e fiz o magistério, mas com a convicção que a faculdade seria enfermagem. Após o magistério, prestei vestibular e fui aprovada para o curso de graduação em enfermagem, sempre pensando o quanto a minha avó ficaria orgulhosa de mim, e percebendo a preocupação de meus pais indagando se eu estaria fazendo a escolha certa. Mesmo demonstrando certa preocupação com minha escolha me ofereceram todo o apoio e estímulo para concluir o curso de graduação.

Portanto, minha área de formação é enfermagem e durante 27 anos sempre atuei em instituições hospitalares assistindo pacientes clínicos e cirúrgicos, no início prestando cuidados diretos e posteriormente assumindo a área administrativa.

Aos 67 anos minha mãe teve um Acidente Vascular Cerebral Transitório, que, após algumas sessões de fisioterapia, ficou sem seqüelas. Porém, em 1966, então

com 72 anos de idade, pessoa hígida, independente, com todos os sinais cognitivos preservados, sofreu novo Acidente Vascular Cerebral Isquêmico (AVCI) que a deixou hemiplégica à esquerda e com perda do equilíbrio motor, em função da área do cérebro afetada, o hipotálamo. A partir de então, confinada a uma cadeira de rodas passou a ser dependente de cuidadores para auxiliá-la nas necessidades básicas. Manteve o nível de consciência e a fala preservada, o que muito facilitou a assistência que, a partir de então, ela necessitaria. Mesmo com

limitações de locomoção, teve uma boa qualidade de vida, sempre bem humorada, otimista, cercada pelo carinho e amor de meu pai, minha irmã, cunhado, netos e o meu. Até então, nunca havia parado para refletir que a minha mãe era uma pessoa idosa, talvez em função de sua independência e por ser uma pessoa extremamente ativa e dinâmica em todas as atividades que desenvolvia. Só percebi esse fato quando a vi num leito hospitalar dependendo dos cuidados de enfermagem e depois, retornando para casa numa cadeira de rodas.

Na ocasião já estava trabalhando numa instituição hospitalar de caráter privado há nove anos, Hospital Alemão Oswaldo Cruz, e exercendo a função de chefe de enfermagem das unidades de internação, depois passando a gerente, cargo que ocupei até julho de 2007. Por ocasião da doença da minha mãe passei a observar com muito mais atenção os pacientes idosos que apresentavam o mesmo quadro que ela e que estavam internados necessitando da assistência de enfermagem pela qual eu era responsável. E foi também a partir desse momento que comecei a perceber que diariamente, durante o recebimento do plantão de todos os pacientes internados comecei a contar quantos idosos havia no dia, e me interessava pelos diagnósticos também.

Na instituição sempre houve uma preocupação em se trabalhar preservando a individualidade de cada paciente, tratando-o com humanismo e seguindo um planejamento diário, individual de cuidados, que denominamos cuidados integrais. Nossa preocupação sempre foi prestar cuidados seguindo uma Sistematização de Assistência de Enfermagem (SAE) com embasamento técnico-científico para o paciente clínico ou cirúrgico. Passei a me interessar com a possibilidade de

desenvolver uma sistematização voltada especialmente para o idoso, investigando com o próprio idoso como é que ele gostaria de ser cuidado. Essa idéia ficou incutida na minha cabeça, mas sem muito avanço, porém já proporcionando situações no cuidar, especificamente para os idosos, pacientes e/ou acompanhantes.

A instituição hospitalar onde trabalho é de origem alemã, Hospital Alemão Oswaldo Cruz, fundada em 1897, mas que somente em 1923 é que foram concluídas as obras do prédio que abrigaria o hospital, a princípio com capacidade para 50 leitos e, atualmente com um total de 224 leitos.

Semelhante ao que aconteceu com a instituição hospitalar mencionada acima, no ano de 1863, foi fundada em São Paulo, por integrantes da colônia alemã, um lar para idosos, Sociedade Beneficente Alemã, com o objetivo de oferecer apoio às pessoas que só falavam o idioma alemão e que necessitavam de cuidados. Em 1925, com o auxílio de doações, foi possível comprar um amplo terreno e transferir para este local o lar dos idosos, que hoje é uma ILPI com uma ampla infra-estrutura para atender até 220 moradores.

Apesar da origem ser semelhante, a administração do Hospital Alemão Oswaldo Cruz e da SBA (Sociedade Beneficente Alemã) são distintas e independentes, sendo que alguns membros do conselho que tem voz de voto no hospital também o tem na SBA. No entanto, a instituição hospitalar sempre apoiou e ajudou através de doações a instituição de idosos, que é de caráter misto, isto é, filantrópico e particular. Quando deixou de ser exclusivamente filantrópica, mudou a razão social e conseqüentemente o nome, passando a ser Lar Recanto Feliz. Porém ainda é conhecida como SBA.

Na década em que foi fundada, os moradores que iam para esta ILPI, em sua grande maioria eram independentes, e sem doenças crônicas da idade, mesmo porque, segundo estatísticas (IBGE, 1982), a expectativa de vida ao nascer em 1900 girava em torno de 33.7 anos; nos anos 40 era de 39 anos; nos anos 50, aumentou para 43.2 anos e, na década de 60, era de 55.9 anos. Com o passar dos anos, já entre 1960 e 1980, essa expectativa ampliou-se para 63.4 anos e, as projeções para o período de 2000 a 2025, permitem supor que a expectativa média de vida do brasileiro estará próxima de 80 anos, para ambos os sexos. Conseqüentemente com o aumento da expectativa de vida podem começar a surgir o aparecimento de várias doenças degenerativas, cardiovasculares e demenciais.

Na década de 90, com o aumento de moradores dependentes que passaram a exigir um maior cuidado de enfermagem, o Hospital Alemão Oswaldo Cruz auxiliou a SBA na construção de um prédio de dois andares, com capacidade para 80 moradores com dependência total ou parcial dos cuidados de enfermagem durante as 24 horas. Este prédio foi inaugurado em 24 de outubro de 1998 com o nome de Akazienheim.

Até então a SBA contava com apenas um profissional enfermeiro para supervisionar toda a assistência de enfermagem, tanto para os moradores independentes, que residem em casas, chalés ou apartamentos individuais nos diversos pavilhões ali existentes, quanto para os moradores com dependência parcial ou total que foram transferidos para o Akazienheim, ou seja, era responsável pela equipe de enfermagem que atendia todos os moradores da instituição, em torno de 200.

Quando inaugurado, em 1998, não havia 80 moradores que necessitassem de ficar neste pavilhão, porém com o passar dos anos o número de dependentes foi crescendo gradativamente e ocupando sua capacidade máxima em 2004. Em função de haver apenas uma enfermeira para supervisionar toda a instituição, os cuidados de enfermagem do Akazienheim que deveriam ser mais intensos começaram a ficar prejudicados refletindo na qualidade.

Em 2 de junho de 1999 fui designada pelo diretor superintendente do Hospital Alemão Oswaldo Cruz a fazer uma visita à Sociedade Beneficente Alemã, para conhecer a área física do local, bem como o número de moradores, grau de dependência e faixa etária, observar a qualidade da assistência de enfermagem prestada aos moradores e o número de funcionários. Desta visita foi elaborado um relatório à diretoria do hospital com sugestões de melhorias, porém, por diversos fatores que dificultaram a implantação das ações de melhorias, este projeto ficou para um segundo plano.

Após cinco anos, em 27 de abril de 2004, fui novamente designada a fazer uma segunda visita a Sociedade Beneficente Alemã que resultou num novo relatório comparativo com o anterior.

Em 1º de fevereiro de 2005 a diretoria do Hospital Alemão Oswaldo Cruz liberou seis enfermeiras que já trabalhavam no hospital para serem transferidas para a Sociedade Beneficente Alemã e atuarem na Unidade Akazienheim, onde residem os moradores com total dependência e que necessitam de cuidados intensivos de enfermagem e eu prestando assessoria a estas enfermeiras visitando a Sociedade semanalmente.

Completamente sem experiência na área de geriatria e moradores em ILPIs, antes de assumir tal função passei a visitar várias instituições acumulando subsídios e parâmetros comparativos com a ILPI onde iria atuar e as demais existentes na cidade de São Paulo.

Designei então seis enfermeiras, consultadas previamente se haveria interesse em trabalhar com idosos. Esses profissionais foram então transferidos do Hospital Alemão Oswaldo Cruz para a SBA, Sociedade Beneficente Alemã, onde passaram a atuar numa escala de trabalho, obedecendo aos três turnos, manhã, tarde e noite, ou seja, estariam presentes nas 24 horas no Akazienheim, coordenando o trabalho da equipe de enfermagem que já atuavam lá e também prestando assistência direta aos moradores.

A partir desta data, a enfermeira que já trabalhava na SBA há alguns anos, permaneceu na mesma função, porém, administrando o atendimento aos moradores externos. As enfermeiras do Hospital Alemão Oswaldo Cruz, passaram a atuar somente no prédio Akazienheim.

Ao iniciar o trabalho nesta Unidade, criamos normas, rotinas e procedimentos que passaram a nortear todas as atividades desenvolvidas pela equipe de enfermagem contribuindo assim para uma assistência qualificada e humanizada.

Assessorando este trabalho, passei a interagir com todos os moradores da SBA , tanto os dependentes do Akazienheim, quanto com os moradores externos, que residem em chalés, casas ou apartamentos. Foi a partir de então, aliada as experiências vivenciadas com minha mãe, que na ocasião estava com 82 anos, é que meu interesse pela gerontologia e geriatria passou a ficar mais aguçado.

Começo a me questionar sobre as limitações de minha atuação na SBA. Ou seja, enquanto profissional enfermeiro, embasado nos conhecimentos técnicos científicos foi possível elaborar normas, técnicas e rotinas para facilitar a execução dos procedimentos de cuidados aos moradores, evidenciando melhorias na qualidade da assistência prestada. Mas não me sentia preparada para uma atuação mais subjetiva com os sujeitos moradores na instituição, podendo antever suas ansiedades e também necessidades.

Foi por esta razão que senti a necessidade de desenvolver esta pesquisa, com o objetivo de identificar os desejos dos moradores com relação a ILPI, e o que eles esperam do lugar onde moram e, especificamente, conhecer as relações entre si, como se relacionam com os dirigentes da instituição, contribuir para que o idoso preserve sua capacidade funcional e autonomia e elaborar planos de ação para melhorias contínuas de assistência ao morador da instituição.

Percebi que, para os moradores externos, ou seja, aqueles que residem em casas, chalés ou apartamentos com independência total ou parcial, existem uma série de atividades, com horários, datas programadas, sempre com o objetivo de mantê-los ativos e integrados socialmente. O que será que o morador pensa de tudo isso? Será que é isso mesmo que ele gosta? Que o deixa feliz? Que o faz sentir-se bem? Será que ele sente aconchego? Qual será sua percepção de viver numa ILPI longe dos familiares? Será que ele poderia contribuir com sugestões para se criar um ambiente o mais próximos possíveis, adequados ao seu estilo de vida, antes de ir morar na ILPI?

Acredito que posso inferir que a busca pela excelência no atendimento ao morador só será possível através de sua contribuição através de idéias e

sugestões, transformando a Sociedade Beneficente Alemã numa comunidade aprazível, proporcionando-lhe qualidade de vida e preservando sua individualidade. Com essa hipótese a minha pesquisa foi desenvolvida nesta instituição.

TERRITÓRIO DA VELHICE _____

Os primórdios da velhice

“Não me rejeites na minha velhice; quando me faltarem as forças, não me desampares.”

Salmos capítulo 71 verso 9

A velhice seria uma benção ou uma maldição? Depende muito do olhar de quem analisa a velhice e muito mais de quem vive a velhice!

“Velhice é sabedoria, mas também fraqueza.

Velhice é experiência adquirida, mas também incapacidade de estar ativo na vida de todos os dias ou mesmo na vida política. Velhice é possibilidade de dar conselhos...digamos, de modo geral, que a velhice na cultura grega tradicional é sem dúvida honrosa, mas não é com certeza desejável.”

FOUCAULT, (2004, p.134)

PAPALÉO (1999) afirma que nas sociedades primitivas os velhos eram objetos de veneração e respeito, sendo-lhes confiados negócios de grande importância

econômica e social, além de muitos jovens recorrerem a eles em busca de conselhos.

Nos livros das Escrituras Sagradas lemos vários relatos sobre a velhice, alguns a enaltecendo, pois junto com a idade vem à sabedoria, a experiência, a paciência. Mas, em contrapartida, lemos também que a velhice pode ser uma maldição onde existe o desrespeito, o descaso, o abandono, a doença, a degradação.

Podemos observar pelos relatos bíblicos, que o homem era uma espécie longeva, ou seja, vivia por muito mais de cem anos de idade e, uma coisa interessante, continuava produtivo e sendo um benefício para a sociedade em que vivia. Um exemplo de produtividade do homem longevo lemos no livro de Gênesis, quando Deus deu instruções a Noé para que este construísse uma arca que serviria como abrigo para ele, seus filhos e descendentes, pois estava prevista uma forte inundação na terra;

*“E era Noé da idade de seiscentos anos,
quando o dilúvio das águas veio sobre a terra”
Gênesis capítulo 7, verso 6*

Ou seja, já era avançado em dias quando construiu a arca e, segundo a continuação do relato, ainda viveu muitos anos após o dilúvio:

*“Noé, passado o dilúvio, viveu trezentos e
cinquenta anos. Todos os dias de Noé foram
novecentos e cinquenta anos; e morreu”
Gênesis capítulo 9 versos 28 e 29*

Ainda embasada nos relatos bíblicos, tenho a percepção que houve uma decadência gradual na expectativa de vida do homem, porém ainda considerada uma vida com boa qualidade:

“Foram os dias da vida de Abraão cento e setenta e cinco anos. Expirou Abraão; morreu em ditosa velhice, avançado em anos; e foi reunido ao seu povo”

Gênesis capítulo 25, versos 7 e 8

Com a evolução do tempo os próprios relatos enfatizam a diminuição da expectativa de vida já induzindo ser um peso, um fardo o homem avançado em dias.

“A duração de nossa vida é de setenta anos, e se alguns, pela sua robustez, chegam a oitenta anos, o melhor deles é canseira e enfado, pois passa rapidamente e nós voamos.”

Salmos, capítulo 90 verso 10

A velhice nos dias atuais

Nos dias atuais, em alguns países subdesenvolvidos, onde impera a pobreza, a falta de informação e guerras, existe uma redução relevante da expectativa de vida. Segundo reportagem da Revista Veja de 09/06/1999, um levantamento da Divisão de População da ONU, mostra que em 2005 a expectativa de vida em Zimbábue deverá cair mais de um terço, de 66 para 41 anos. Em Botsuana, a situação ainda é mais dramática, com queda de 29 anos de expectativa de vida.

Apesar da diminuição da expectativa de vida em alguns países da África (devido à AIDS) e em alguns Estados recém-independentes (devido ao aumento do número de mortes causadas por doenças cardiovasculares e pela violência) o envelhecimento global é certo. (Envelhecimento ativo: uma política de saúde, p.10).

O envelhecimento populacional é, hoje, um proeminente fenômeno mundial. A Organização Mundial da Saúde (1995) referida por (BOECHAT, 1996) destacou que a população idosa mundial em 1975 equivalia a 350 milhões. Estimou em 2000 esta população duplicaria e que em 2025 aumentaria para 1 bilhão e 100 milhões de pessoas.

Portanto, os anos de 1975 a 2025 corresponderão à “Era do Envelhecimento”, marcada pelo crescimento demográfico da população idosa, o que decorre, principalmente, do controle da natalidade e do aumento da expectativa de vida (LEME, 1997).

Até 2050 o número de pessoas idosas com mais de 60 anos será maior do que o de menores de 15 anos pela primeira vez na história, informa a Organização Mundial das Nações Unidas (ONU). A expectativa de vida subiu em cerca de 20 anos desde 1950, chegando ao seu atual nível de 66 anos. O país com população mais jovem é o Iêmen, Nigéria e Uganda com média de 15 anos, e o mais idoso, o Japão, com média de 81,9 anos (Fonte: United Nations, 1998).

A expectativa de vida pode variar de acordo com a classe social, ou seja, quanto melhor o rendimento maior será a esperança de vida, enquanto que as classes de baixa renda detêm taxas bem inferiores em relação aos de alto poder aquisitivo. O que explica a discrepância entre os dois extremos, Iêmen e Japão.

Entre os países que terão as maiores populações de idosos daqui a menos de 30 anos, oito se situam na categoria de países em desenvolvimento (SILVESTRE, KALACHE, RAMOS, VERAS, 1996).

Em 1992 foi feita uma estimativa da divisão da população pelas Nações Unidas de que em 2025, o contingente de idosos na América Latina atingirá uma cifra de

12,5% do total de habitantes, o que equivalerá a 96,9 milhões de pessoas em números absolutos (BOECHAT, 1996).

As atuais conquistas médico-tecnológicas na medicina moderna tem possibilitado a prevenção e cura de doenças que antes eram consideradas fatais, o que reduziu a mortalidade, aumentou a expectativa de vida e, conseqüentemente, elevou a taxa da população idosa, mesmo em países em desenvolvimento, onde o acesso aos serviços médicos é restrito.

Se para os países do Primeiro Mundo, o aumento de idosos já representa um grande problema, no futuro próximo, o Brasil viverá a mesma situação. As projeções estatísticas apontam que, até os anos de 2025, ocuparemos o 6º lugar no mundo, no que se refere à população idosa (LEME, 1997). No Brasil, a expectativa de vida no último século aumentou de 34 para 66 anos, podendo chegar a 72 anos em 2020. A população idosa em vinte anos (1980-2000) cresceu em 86.7%, e atualmente equivalem a 7.8% da população total, o que representa aproximadamente 14 milhões de pessoas com 60 anos ou mais. (LESSA, 1998).

BELTRÃO e CAMARARO (2002) ao dissertarem acerca do fenômeno do envelhecimento populacional, sobretudo no Brasil, apontam que essas mudanças nas estruturas etárias alteram as demandas por políticas sociais, com ênfase no campo da saúde e com maior peso em doenças crônico-degenerativas.

Diante das estatísticas confirmativas de que o Brasil é um país envelhecete me vem uma inquietação, em função da grande desinformação sobre a saúde do idoso e as particularidades e desafios do envelhecimento populacional para a saúde pública em nosso contexto social. O aumento da expectativa de vida

necessita ser acompanhado pela melhoria ou manutenção da saúde e qualidade de vida. Existe uma grande disparidade no Brasil, entre as disposições legais e a realidade dos idosos. O crescimento demográfico e as previsões do envelhecimento no Brasil, ainda aguardam soluções imediatas.

O artigo 3º do ESTATUTO DO IDOSO traz a seguinte proposta:

“É obrigação da família, da comunidade, da sociedade, e do poder público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao...”

Se por um lado a expectativa de vida aumentou, por outro lado, esta população de idosos demanda atenção e serviços específicos. No caso da saúde, busca-se qualidade de vida por meio da promoção da saúde e da prevenção de doenças de maior ocorrência nesta faixa etária.

É bem verdade que em 1994 foi promulgada a Lei Federal 8.842 (BRASIL, 1994), buscando ordenar a proteção aos idosos. Porém, a implementação da lei é ainda muito precária.

As conseqüências do envelhecimento

Envelhecer é um processo que atinge o corpo todo. Não existe remédio para o envelhecimento; a luta contra os efeitos do tempo existe há muitos e muitos anos, e a velhice é um fato que não se pode escapar, deve ser entendida como uma

etapa da vida da mesma forma que temos a infância, a adolescência e a maturidade. São fases da vida, nas quais acontecem modificações que afetam a relação do indivíduo com o meio, com o outro e com ele mesmo. Aprender a aceitar as mudanças em cada etapa da vida, mudanças estas em nosso corpo e em nossa mente é muito importante para um envelhecimento saudável e principalmente feliz. Velhice está deixando de ser sinônimo de doença. A melhora na expectativa de vida é um fato que já estamos vivenciando. A doença crônica não é uma consequência inevitável da idade, mas, o resultado de escolhas, de estilos de vida. As maneiras de se alcançar a longevidade estão ao alcance de todos nós nos dias atuais.

Hoje, os grandes centros que estudam o envelhecimento estão mais preocupados com a qualidade de vida do idoso do que com os aspectos de saúde, pois é surpreendente como hoje os idosos estão vivendo com boa saúde, com importante diminuição de suas incapacidades. À medida que envelhecemos ocorrem milhares de mudanças em nosso organismo, mas não devem ser consideradas como doenças. O envelhecimento é um fenômeno biológico e psicológico que gera influência a nível familiar e social, é caracterizado pela perda gradual das funções orgânicas. Portanto, envelhecer significa a perda de três classes de fatores principais: biológicos, psíquicos e sociais. São esses fatores que podem acelerar ou retardar o aparecimento e a instalação de doenças e de sintomas encontrados geralmente na etapa do envelhecimento. Cada órgão, independentemente, reduz aos poucos sua função e o corpo se torna senil.

Segundo (WERNECK, 1991) o processo do envelhecimento não é uniforme. O organismo envelhece como um todo, enquanto que seus órgãos, tecidos, células

e estruturas subcelulares têm envelhecimento diferenciados, parecendo ser influenciado pela hereditariedade, que hoje estudos da genética demonstram que a hereditariedade não é necessariamente direta dos pais, podem ser dos avós, bisavós e antecedentes em geral mais distantes.

O envelhecimento é progressivo e lento caracterizado por menos eficiência funcional, com enfraquecimento dos mecanismos de defesa, diminuição da cognição, das respostas reflexas e do estado de alerta, além do enfraquecimento da estrutura óssea da função e da massa muscular (VIEIRA, 1996).

Junto com envelhecimento pode ou não vir às diversas patologias ao mesmo tempo, pois a terceira idade é freqüentemente caracterizada pela associação de várias doenças, que se denomina comorbidade. Porém, isto não é uma regra, pois nem todos ficam limitados por essas doenças, e muitos levam vida perfeitamente normal, e se associada às enfermidades, estas podem ser controladas e os idosos expressam satisfação na vida.

O que está em jogo na velhice é a autonomia. Não importa se o idoso é hipertenso, diabético, cardíaco, ou que tome medicação para depressão. O que importa é que mantenha sua autonomia, seja feliz e integrado à sociedade. Como resultado de um tratamento eficaz pode ser considerado um idoso saudável.

No Brasil, envelhecer sem nenhuma doença crônico-degenerativa é mais exceção do que regra; todavia, isso não significa que o idoso seja incapaz de gerenciar a sua própria vida e encaminhar o seu dia a dia de forma independente, colocando em prática o auto-cuidado.

Segundo MINAYO (www.mj.gov.br) *“os idosos apresentam mais problemas de saúde que a população geral. Em 1999, dos 86.5 milhões de pessoas que*

declararam ter consultado um médico nos últimos 12 meses, 73.2% eram maiores de 65 anos. Mais da metade dos idosos apresentava algum problema de saúde (53.3%), sendo 23.1% portadores de doenças crônicas.”

Muitas dessas doenças podem ser conseqüências da situação sócio econômica que impossibilitam ao idoso ter acesso à saúde, seja através de atendimento médico, como quanto à aquisição de medicamentos.

Perfil sócio-econômico e violência contra o idoso

Segundo os dados do IBGE, referente ao rendimento mensal das pessoas de 60 anos ou mais, para o ano de 2002, 42.8% desse contingente populacional possui uma renda mensal de um salário mínimo. Embora este índice tenha decaído nos últimos 10 anos, o mesmo ainda é bastante elevado. Por outro lado, o número de idosos que recebem mais de cinco salários mínimos aumentou de 11.2% em 1991 para 19.3% em 2002, porém não se pode ignorar que seis milhões de idosos tem filhos ou parentes sob sua responsabilidade (IBGE, 2002). No ano de 2000 (IBGE) eram 4,2 milhões de netos e bisnetos que viviam sob a custódia dos avós. Outro fator que pode acarretar doenças aos idosos são os maus tratos. No Brasil hoje, segundo MINAYO, no texto sobre Violência contra Idosos (www.mj.gov.br)

“as violências e os acidentes constituem 3.5% dos óbitos de pessoas idosas, ocupando o sexto lugar na mortalidade, depois das doenças do aparelho circulatório, das neoplasias, das enfermidades respiratórias, digestivas e endócrinas. Morrem cerca de 13.000 idosos por acidentes e violências por

ano, significando por dia, uma média de 35 óbitos, dos quais 66% são homens e 34% mulheres”.

A negligência é conceituada como recusa, omissão ou fracasso por parte do responsável pelo idoso em prestar-lhe os cuidados de que necessita e é uma das formas de violência mais presentes tanto em nível doméstico quanto institucional em nosso país.

Podemos caracterizar violência institucional quando não se percebe a humanização no cuidar do idoso pelo profissional da saúde. BOFF (1999) considera sete condições essenciais que surgem como decorrência do cuidado, são elas: o amor como fenômeno biológico, a justa medida, a ternura, a carícia, a cordialidade, o convívio e a compaixão, acrescentando ainda: a sinergia, a hospitalidade, a cortesia e a gentileza. Para WALDOW (Revista Nursing, março de 2001) flexibilidade, paciência, honestidade, confiança, humildade, esperança e coragem são qualidades essenciais para que o profissional consiga de fato cuidar de alguém. Afirmo ainda que o cuidado integral ao idoso proporciona a criação de um vínculo afetivo com os profissionais que cuidam dele. Quando esta relação é estreitada, conduz à tranquilidade, segurança, confiança e o benefício do tratamento se evidenciam.

O cuidar envolve um agir, uma atitude do profissional da área de saúde, integrado por duas formações: a pessoal e a profissional. As possíveis repercussões destes valores, com reflexo na prática do profissional que presta assistência podem ser percebidas no cotidiano, no relacionamento entre idosos e profissionais de saúde. Estudos recentes (GRANT 1996) e (SCHEFFLER 1995) demonstram que as atitudes dos profissionais de enfermagem e estudantes em relação ao idoso são

em sua maioria atitudes negativas. Os valores negativos que são vigentes na sociedade constituem o estereótipo do idoso, como um ser improdutivo, doente, inválido e ultrapassado, em fase final de sua vida, sem objetivos e sem esperanças. Talvez em função desses estereótipos é que os mais jovens, em sua maioria, não estão imbuídos de humanização ao tratar o ser humano como um ser integral, individual, independente de raça, credo, cor e idade. Se for um indivíduo idoso, talvez fique em segundo plano, em detrimento de um indivíduo mais jovem para ser cuidado.

Da negligência freqüentemente advém lesões e traumas físicos, emocionais e sociais para o idoso. Esses fenômenos impacta sobre a saúde, pois referem-se a resultados e a processos no documento de Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, do Ministério da Saúde (MS, 2000). É importante que se ressalte que a violência contra os idosos constitui um problema universal. Estudos de várias culturas e com o objetivo comparativo entre os países, tem demonstrado que idosos de todos os status sócio econômicos, etnias e religiões estão sujeitos aos maus tratos, que ocorrem de várias formas: física, sexual, emocional e financeira. Freqüentemente, uma pessoa idosa sofre, ao mesmo tempo, vários tipos de maus tratos (CHAVEZ, 2002; MENEZES, 1999; WOLF, 1995). Todos os autores que investigam empiricamente ou tem analisado dados em serviços de Emergências Hospitalares e dos Institutos Médico-Legais, comprovam eventos dessa natureza baseados em fichas de atendimento a esses idosos onde constam registros de lesões e traumas físicos, mentais e emocionais (CHAVEZ, 2002; MENEZES, 1999; MS, 2001; PAVLIK et al, 2001). Por exemplo, (WOLF,1995) em uma revisão de várias pesquisas canadenses, ressalta como

abusos mais freqüentes os de origem financeira (12,5%), a agressão verbal (1,4%) e as agressões físicas (0,5%).

Países com maior acumulação de conhecimento sobre o assunto, como os Estados Unidos e Canadá, revelam uma prevalência de maus tratos de 10% para toda a população idosa (CHAVEZ, 2002; KLEINSCHIMIDT,1997; WOLF,1995) fato que não se pode comprovar no Brasil, em função das pesquisas nesse campo serem ainda insipientes.

Na maioria dos estudos internacionais, enfatiza-se como a mais freqüente forma de violência contra os idosos, a que ocorre no âmbito familiar. (CHAVEZ, 2002; KLEINSCHIMIDT,1997) demonstram que 90% dos casos de maus tratos e negligências contra as pessoas acima de 60 anos ocorrem nos lares. Esse é um problema global que recebeu atenção da Organização Mundial da Saúde e que na Declaração de Toronto para a Prevenção Global de Maus Tratos às Pessoas Idosas definiu maus tratos ao idoso

“como qualquer ato isolado ou repetido, ou a ausência de ação apropriada, que ocorre em qualquer relacionamento em que haja uma expectativa de confiança, e que cause dano, ou incômodo a uma pessoa idosa. Estes podem ser de vários tipos: físico, psicológico, emocional,sexual, financeiro ou simplesmente refletir atos de negligência intencional, ou por omissão.”

No Brasil, algumas pesquisas como a de (MENEZES, 1999) demonstram também a alta incidência de violência familiar, mas os trabalhos atuais pesquisados sobre o tema não permitem uma explicitação sobre a proporção que esse fenômeno incide sobre o conjunto de violências e acidentes em idosos. No ano de 2000, as

13.383 mortes de indivíduos com idades acima de 60 anos ou mais representaram 11,4% do total de mortes por acidentes e violências. Comparando com os dados do Censo 2000, que mostrou que os indivíduos nessa faixa constituem 8,6% do total da população (IBGE, 2002), é possível observar que essa população tem maior representação proporcional na mortalidade violenta do que na população geral. A crescente vulnerabilidade fisiológica dos idosos deve contribuir para esta maior mortalidade devido a uma combinação de fatores que incluem dificuldades nos campos da percepção e equilíbrio, declínio no sistema músculo esquelético, diminuição da capacidade visual, entre outros. Porém, isso não significa que traumas e lesões sejam consequência inevitável da idade, pois a premissa fundamental de saúde pública de que as causas externas podem ser previsíveis e, portanto, evitáveis, vale para todas as idades.

Perfil das doenças no idoso e o reflexo no familiar

A alteração do perfil das doenças mais comuns no Brasil iniciou-se em 1910, proporcionando um quadro diferente do que até então ocorria. Em 1930 as doenças cardiovasculares constituíram-se na principal causa da mortalidade perdurando até o momento atual (SHOUEIR JÚNIOR, RAMOS, PAPALÉO NETTO, 2000).

Ao explicar o conceito de transição epidemiológica (LAURENTI, 1993) refere-se a uma mudança e uma evolução gradual dos problemas de saúde caracterizados por alta incidência, prevalência e mortalidade por doenças infecciosas, para um estado em que passaram a predominar as doenças não infecciosas,

particularmente as cardiovasculares, neoplasias malignas, causas externas, transtornos mentais, diabetes e outras doenças crônicas e degenerativas.

Em 1930 (PRATA,1992) mostra que, cerca de 46% de todos os óbitos nas capitais brasileiras deviam-se a doenças infecto-parasitárias, e 12% eram relacionadas com as doenças do sistema circulatório. Em 1995, essa estatística apresentou-se completamente alterada, com 7% dos óbitos por doenças infecto-parasitárias e 33% por doenças do sistema circulatório. Outro tipo de óbito freqüentemente relacionado com o envelhecimento, as neoplasias, aumentou de 3% em 1930 para 12% em 1995.

As doenças mais comuns nos idosos são as crônico-degenerativas, ou seja, a hipertensão arterial, diabetes mellitus, osteoartrose, depressão, demências, entre outras, são doenças muitas vezes incuráveis, mas que, dependendo da fase evolutiva, podem ser controladas e algumas, estacionadas.

Segundo pesquisa de (MEDEIROS e OSÓRIO, 2001):

“o crescimento das demandas por serviços sociais por parte dos idosos foi parcialmente acompanhado por aumento na oferta de serviços, tanto públicos quanto privados. O setor privado respondeu ao aumento das demandas com a criação de instituições com fins lucrativos, entidades beneficentes e organizações de defesa dos interesses dos idosos. Tais instituições incluem prestação de serviços de saúde, asilos, casas de repouso, spas, hotéis, atividades recreativas e educação continuada. Evidentemente, o acesso da maioria da população idosa a esses serviços é limitado por restrições financeiras familiares.”

Concluí-se daí que, apesar da participação crescente das entidades não governamentais, o Estado ainda é o principal vetor na assistência aos idosos.

Apesar de existir um empenho da medicina e da ciência em aprimorar as estratégias em prol do envelhecimento saudável, ainda estamos muito aquém dessa realidade, ainda hoje o envelhecimento assusta as pessoas, pois, para muitos, este é sinônimo de dependência de cuidados.

“Embora o envelhecimento seja uma das grandes conquistas da humanidade, ele também representa desafios para as diferentes sociedades, particularmente para países sub desenvolvidos, como o Brasil, que não dispões de recursos para atender às necessidades dos indivíduos idosos, sobretudo, com mais de 80 anos, ou seja, além das doenças transmissíveis (ainda comuns) do analfabetismo, de problemas infra-estruturais eles têm que atender às necessidades médicas e sociais do idoso.”

Revista Nursing março de 2001 ano 4

Infelizmente, o envelhecimento saudável no Brasil e em muitos países em desenvolvimento, ainda não é uma regra, é uma exceção. Segundo publicação de (RAMOS, L.C. e cols, 1993), estudos populacionais revelam que 40% dos indivíduos com 65 anos ou mais precisam de algum tipo de ajuda para realizar pelo menos uma tarefa do tipo fazer compras, cuidar das finanças, preparar refeições e limpar a casa. Uma parcela menor, mas significativa, 10%, requer auxílio para realizar tarefas básicas, como tomar banho, vestir-se, ir ao banheiro, alimentar-se e até sentar e levantar de cadeiras e camas.

No Brasil, a porcentagem da população idosa que se auto avalia com estado de saúde ruim ou muito ruim é de 18%; com saúde regular é de 45% e com saúde boa ou muito boa é de 37% (IBGE, 2000).

Um estudo dos economistas Marcelo Néri, da FGV-Rio, e Wagner Soares, do IBGE, mostra como a saúde e a qualidade de vida dos idosos melhoraram nos últimos tempos. Eles compararam dados coletados em 1998 e 2003. Desde 1998, a quantidade de idosos com doenças crônicas caiu 4%; com dificuldade de andar diminuiu 10%; que estiveram de cama nos 15 dias anteriores à pesquisa caiu 11%; que procuraram serviço de saúde nos 15 dias anteriores à pesquisa caiu 14%; que avaliam seu estado de saúde como bom ou muito bom aumentou 12%; e com plano de saúde cresceu 14%..

Mesmo com essa evolução, ainda tímida, mas muito importante para o nosso contexto social, muitas pessoas idosas apresentam limitações físicas ou mentais. Com isso, podem necessitar de suporte e cuidados como moradia, alimentação e auxílio em suas atividades diárias. Esse auxílio em grande parte é prestado pelos familiares, que, segundo (LEME e SILVA), dada a importância da família como base e raiz da estrutura social, em relação ao idoso, ela é um órgão de apoio e saúde. Na verdade, a população idosa é proveniente de uma época com valores culturais bem marcados, em que a assistência e os cuidados com os doentes e idosos, eram pontos de honra. E essa situação de valorização afetiva permanece ainda hoje bem nítida no inconsciente ou no subconsciente de grande parte dos idosos.

A realidade hoje é a existência de uma larga utilização de familiares que cuidam de idosos no domicílio, pois muitos desses idosos não podem ser mantidos em

instituições hospitalares, principalmente quando não necessitam mais de suporte médico-hospitalar. São idosos que retornam aos seus lares, mas ainda necessitando de cuidados especiais que sempre acabam sendo oferecidos por um familiar.

De acordo com (ELSEN, 1994), a maioria dos problemas de saúde são tratados na família. No Brasil, estudo realizado na década de noventa, com a intenção de revelar a situação da atenção e da proteção ao idoso, identificou-se que 44,3% dos idosos de mais de 65 anos, viviam em famílias nucleares, 41,3% em famílias extensas, 11,8% em famílias unipessoais e 2,6% em famílias compostas (NERI,2000). Porém, percebe-se que cada vez mais os filhos exercem atividades profissionais fora do lar. Segundo estatísticas (IBGE 2000) apenas 39% das famílias possuem, homem ou mulher, trabalhando no lar, dando assim suporte às pessoas idosas.

LEME e SILVA (1996 p. 95) fazem referência a estudos ingleses que revelam que 95% de todos os cuidados de saúde aos idosos são ministrados pelos chamados “cuidadores informais” que são cônjuges, filhos, noras, genros, sobrinhos, netos, que não dispõem de formação profissional de saúde, porém, são movidos por sua boa vontade e pela disponibilidade.

Muitas vezes a família não se encontra adequadamente estruturada para assumir o papel de cuidadora de um familiar idoso e dependente. Essa estrutura pode ser de ordem pessoal, financeira e social.

Como impedimento pessoal surgem os aspectos relativos ao conhecimento de como cuidar de uma pessoa idosa dependente para a realização das atividades da vida diária, e também pode ser por deficiência de condições físicas para poder

manusear a pessoa idosa, ou ainda, não dispor de tempo por estar inserido no mercado de trabalho.

As questões financeiras estão relacionadas às impossibilidades econômicas de se montar toda uma infra-estrutura física e funcional em casa para poder oferecer a atenção necessária à pessoa idosa de forma individual.

E os aspectos sociais estão relacionados aos conflitos entre os familiares e contratação de cuidadores com conhecimentos geriátricos e experiência na prestação dos cuidados necessários ao idoso.

Esse tipo de tarefa inesperada e sem preparo acabam acarretando sobrecargas pessoais, alterações no modo de viver e exteriorização de sentimentos como revolta, estresse, preocupação financeira, incompreensão por parte de outros familiares que se recusam a dividir as tarefas. Ou seja, o cuidador familiar não consegue mais administrar bem o cuidado de si mesmo, à medida que cuida do outro.

Segundo (MENDES, 1995) ao cuidar de um ente querido próximo que se torna dependente, há uma turbulência de sentimentos: amor pena, alívio, culpa e, até mesmo revolta pela dependência do outro.

A perda da autonomia e da independência, a situação econômica precária do idoso ou da família, o descaso dos familiares e o fato de cada vez mais os filhos, noras e netos exercerem atividades fora do lar, podem constituir-se em motivos de asilamento.

Quando os familiares decidem pela deliberação ao asilamento, pensam no melhor local para o idoso ir morar, em termos de espaço físico, relacionamento interpessoal e de cuidados necessários. Este local também deve permitir que haja

estímulo à manutenção dos vínculos familiares e afetivos, evitando com isso, a exclusão e o abandono. O que não impede do idoso sentir-se excluído de seu contexto familiar, perdendo em muitos casos, o contato com seus parentes.

Na nova realidade que se apresenta, o idoso passa a enfrentar e a buscar novas formas de adaptação a todas as mudanças, pois, em geral, já não conta com o apoio de sua família e de seus amigos.

A população de idosos cresce a cada dia, e as instituições de longa permanência constituem-se, muitas vezes, na única opção para esses indivíduos e suas famílias. É necessário, portanto, que possuam infra-estrutura adequadas tanto em recursos humanos quanto em materiais para atender esta clientela com qualidade e humanismo. A criação de instituições de longa permanência para idosos seria, portanto, uma tentativa de solução para aqueles indivíduos acima de 60 anos que vivem sozinhos, seja por seu estado civil, solteiro ou viúvos, ou talvez por uma tendência ao isolamento social dessa camada da população causada pelos próprios familiares.

INSTITUCIONALIZAÇÃO

O significado de institucionalização

Na língua portuguesa institucionalização significa “ato ou efeito de institucionalizar”. Institucionalizar, por sua vez, é “dar caráter de instituição, ou adquirir caráter de instituição”. Instituição é definida como “ato ou efeito de instituir, associação ou organização” (Ferreira, 2002). De um modo geral, as pessoas com 60 anos ou mais, que vivem em instituições especializadas, recebem cuidados pertinentes às necessidades adquiridas. Assim, idoso institucionalizado é aquele que vive em uma instituição para receber cuidados.

Asilo vem do grego ‘asylon’, através do latim ‘asylum’ cujo significado é o de refúgio, local onde são recolhidas para sustento ou também para educação, pessoas pobres ou desamparadas, como mendigos, crianças abandonadas, órfãos e velhos. Considera-se ainda asilo, o lugar onde ficam, isentos da execução das leis, os que a ele se recolhem. Relaciona-se assim, a idéia de guarita, abrigo, proteção ao local denominado de asilo, independentemente do seu caráter social, político ou de cuidados com dependências físicas e/ou mentais.

Historicamente, os asilos e albergues para idosos destinavam à atenção para aqueles desprovidos de recursos, sem vínculos familiares, fragilizados e impossibilitados de viverem sozinhos.

Segundo RESENDE (2003), as primeiras instituições filantrópicas destinadas a abrigar pessoas idosas, surgiram no Império bizantino, no século V da era cristã.

No ocidente, a primeira moradia para idosos foi fundada pelo papa Pelágio II (520-590), que transformou sua própria casa em hospital para idosos.

Por muitos anos as instituições que abrigam pessoas idosas eram denominadas asilos, ainda hoje algumas insistem em manter esta nomenclatura, porém leva consigo um sentido negativo, associado muitas vezes à pobreza, abandono e rejeição familiar.

Devido ao caráter genérico dessa definição, outros termos surgiram para denominar local de assistência a idosos como, por exemplo, abrigo, lar, casa de repouso, clínica geriátrica e ancionato.

Atualmente, em função da imagem negativa que a palavra asilo carrega consigo por estar rotulada à discriminação e também para padronizar a nomenclatura, tem sido proposta a denominação de ILPIs (Instituição de Longa Permanência para Idosos), definindo-se estabelecimentos para atendimento integral a idosos, dependentes ou não, sem condições familiares ou domiciliares para a sua permanência na comunidade de origem visto que os idosos institucionalizados não estão asilados, mas sim residindo numa instituição, na qual buscam um bom tratamento alimentar, saúde e segurança. (Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia – Seção São Paulo, 2003).

Atualmente essas instituições vão-se reordenando, modificando seus estatutos e aderindo a novas terminologias para definir suas atividades.

A criação de Instituições de Longa Permanência para Idosos teve sua origem no século XX, no qual o Brasil visava atender apenas os idosos desamparados, como ressalta GROISMAN (1999). O rótulo da velhice institucionalizada encobria então várias categorias: moribundos, indigentes, pobres, inválidos, abandonados,

solitários, doentes, alcoólatras e outros desvalidos. Porém, devido às intensas transformações sociais, políticas e econômicas ocorridas desde o século XIX, surge no país a fase da filantropia, esta, desenvolvida principalmente com a chegada dos imigrantes alemães, japoneses e italianos, visto que estes, em suas culturas, sempre valorizaram o idoso, tendo-o como superior e membro fundamental para ensinamentos históricos de seus povos, eles são tidos como redentores de todo o conhecimento, complementa ALCÂNTARA (2004).

Institucionalizar ou não o idoso?

No Brasil, o Senado Federal aprovou em outubro de 2003 o Estatuto do Idoso, com o intento de garantir os direitos sociais dos idosos. Esse documento garante, aos idosos, acesso aos serviços de saúde e de assistência social, atenção integral à saúde por intermédio do Sistema Único de Saúde (SUS), atendimento domiciliar e/ou internação ao idoso incapaz de se locomover e medicação gratuita, assim como outros recursos relacionados ao tratamento.

Cabe salientar também, a obrigação do estado em garantir ao idoso a proteção à vida e à saúde, por meio de efetivação de políticas públicas que permitam o envelhecimento saudável e em condições de dignidade, com uma vida confortável e adequada. Para isso, é necessário que as ações de saúde dirigidas aos idosos objetivem, entre outras coisas, mantê-los na comunidade, tendo a família como apoio, embasado no modelo do cuidado domiciliar (Estatuto do Idoso, 2004).

O aumento da expectativa de vida do brasileiro foi uma das mais importantes conquistas no campo social do século passado, mas, apesar de documentado o

Estatuto do Idoso, o país que viu sua população envelhecer não implantou programas efetivos para assisti-la. O abandono do idoso no Brasil se evidencia na precariedade dos serviços e programas sociais e de saúde principalmente para os de baixa renda.

Mais do que em qualquer outro período ao longo do curso da vida, o idoso precisa de uma relação direta, estreita e duradoura com a família. A família é o elo que o liga ao cotidiano. É na família que o idoso realiza suas relações afetivas e significantes, espera a segurança e o apoio necessário para que continue vivendo sua velhice com autonomia, de modo que seja bem sucedida (NERI, 1999). Desta forma ele espera manter os espaços vitais que lhe permitam privacidade, aconchego e preservação da sua história.

O Brasil, a exemplo de outros países, tem valorizado a manutenção dos idosos em seus domicílios, recebendo cuidados de sua família. Esta estratégia, dentre outros objetivos, visa reduzir custos com assistência hospitalar e instituições de longa permanência. Por outro lado, demanda a disponibilidade de um parente para assistir a necessidade do idoso dependente. Entretanto, apesar dessa valorização, percebe-se uma tendência de aumento de taxas de institucionalização, aparecendo como causa desse fenômeno, mudanças na estrutura familiar, como redução do número de filhos e nível de dependência dos idosos (VIEIRA, 2003).

À medida que a idade avança, existe uma progressiva perda de recursos físicos, mentais e sociais, à qual tende a despertar sentimentos de desamparo. A velhice parece deixar o indivíduo impotente, indefeso, fragilizado para tomar suas próprias decisões, para enfrentar seus problemas, o cotidiano, não só diante dos

familiares, mas também da sociedade como um todo. Sendo assim, o idoso tem sido visto como uma pessoa improdutiva, ultrapassada, e pouco se tem feito para recuperar sua identidade e elevar sua auto-estima.

Muitas vezes, o retorno do idoso ao domicílio, após um período de hospitalização, requer cuidado e atenção. Os efeitos desse retorno sobre o idoso e a família muitas vezes podem ser desestruturadores, uma vez que o retorno exige disponibilidade de espaço, pessoa para prestar o cuidado e ainda, recursos econômicos. Ainda assim a maioria dos idosos prefere ser cuidado em casa.

A situação familiar do idoso no Brasil reflete o efeito cumulativo em eventos sócio-econômicos demográficos e de saúde ao longo dos anos, demonstrando que o tamanho da prole, as separações, o celibato, a mortalidade, a viuvez, os recasamentos e as migrações, vão originando, no desenvolver das décadas, tipos de arranjos familiares e domésticos, onde o morar sozinho, com parentes ou em instituições de longa permanência, pode ser o resultado desse desenlace.

À medida que a população envelhece, aumenta a demanda por instituições de longa permanência.

Nos Estados Unidos, cerca de 5% dos idosos residem em abrigos que oferecem serviços de saúde, lazer e assistência social. Na Inglaterra, a frequência da institucionalização é minimizada por meio de atendimento em hospitais-dia com assistência multidisciplinar à saúde, oferecida a essa população principalmente na área de reabilitação, e eles prestam-se, em grande parte, para aliviar o trabalho extra dos familiares de idosos dependentes (CHAIMOWICZ, 1998).

Os principais motivos de admissão de idosos em instituições de longa permanência é, segundo uma pesquisa realizada por PRADO e PETRILLI (2002),

a falta de respaldo familiar relacionado a dificuldades financeiras, distúrbios de comportamento e precariedade nas condições de saúde.

A velhice trás consigo o enfraquecimento dos laços familiares, que pode ser provocado pelo impacto biopsicosocial, ocasionando a perda de papéis e funções sociais. No Brasil, a crise familiar é um efeito que se reflete nas desigualdades do sistema econômico, político e social. São as instituições de longa permanência que na maioria das vezes acolhem estes idosos que não se relacionam com suas famílias, sendo estes levados pela mesma para um local considerado por muitos como ideais para os idosos. Também há a procura destes estabelecimentos pelos próprios idosos que os vêem como última alternativa, ingressando por vontade própria, influenciada por situações como: falecimento do cônjuge, fator econômico, rejeição familiar, necessidade cuidados em um local que não precisem dispor de muito recurso financeiro e de um local onde haja companhia, acolhida e uma estrutura que lhes proporcione tranquilidade e segurança.

Por diferentes fatores, após a institucionalização do idoso, o familiar deixa de assisti-lo, geralmente não comparece na instituição para visitas necessárias, o que torna o idoso excluído do mundo familiar com o qual conviveu durante todo o seu passado e para o qual contribuiu inclusive com o sacrifício de sua vida útil (KUNRATH, 2001).

Segundo ALCÂNTARA (2004) *“contudo é inadequado julgar sempre a família pela infelicidade dos seus velhos, como muitos o fazem. Há de se considerar que as pessoas não mudam em função da idade. Os velhos também são tiranos, chatos e indiscretos. O avanço da idade cronológica não é a garantia para um comportamento adequado. Há circunstâncias em que a família está completamente impossibilitada de assumir os seus velhos e, na falta de outras*

opções, vê-se obrigada a decidir pelo internamento, o que não exclui o sentimento de remorso”.

Perfil das instituições no Brasil

No período de 1960 a 1980, deu-se a institucionalização do atendimento ao idoso em várias modalidades, sendo predominantemente abrigos e asilos para pessoas idosas sem renda mensal ou com renda mensal até um salário mínimo. Destacase nessas iniciativas, particularmente as organizações ligadas a Igreja Católica (principalmente os Vicentinos) as organizações espíritas e inúmeras organizações não governamentais/não religiosas.

No campo da assistência social ao idoso, destacam-se alguns itens específicos pela SEAS (Secretaria de Estado de Assistência Social) no Relatório Brasileiro Sobre o Envelhecimento da População Brasileira:

1. Implantação e implementação das modalidades de atendimento aos idosos: Casa Lar, Centro de Convivência, Atendimento Domiciliar, Atendimento Integral Institucional, Família Acolhedora, Família Natural;
2. ampliação e fortalecimento da rede de atendimento ao idoso;
3. revitalização da rede prestadora de serviço de atenção ao idoso (asilos, centros de convivência, centro dia, casa lar e outros);
4. normatização e definição de padrões mínimos de serviços de ação continuada para financiamento da rede prestadora de serviços.

Na Portaria nº 810, de 22 de setembro de 1989, do Ministério da Saúde, estão descritas as normas e padrões para o funcionamento de casas de repouso, clínicas geriátricas e outras instituições destinadas ao atendimento de idosos,

quanto à definição, organização, área física e recursos humanos. Todavia, muitas instituições funcionam sem estarem sob as condições ideais e, ainda que recebam o aval para funcionarem, segundo BORN (1996) “estão longe de atenderem à população idosa”.

A partir do dia 23 de setembro de 2003, a situação dos asilos no Brasil passa a ser regulamentada pelo Parecer 1301/03 (Estatuto do Idoso), mais especificamente nos artigos:

Art.35. Todas as entidades de longa permanência, ou casa-lar, são obrigadas a firmar contrato de prestação de serviços com a pessoa idosa abrigada.

Parágrafo 10. No caso de entidades filantrópicas, ou casa-lar, é facultada a cobrança de participação do idoso no custeio da entidade.

Art. 37. O idoso tem direito a moradia digna, no seio da família natural ou substituta, ou desacompanhado de seus familiares, quando assim o desejar, ou ainda, em instituição pública ou privada.

Art. 48. As entidades de atendimento são responsáveis pela manutenção das próprias unidades, observadas as normas de planejamento e execução emanadas do órgão competente da Política Nacional do Idoso, conforme a Lei nº 8.842, de 1994.

O perfil das Instituições de longa permanência inspecionados pela Vigilância Sanitária do Município de São Paulo no período de fevereiro a agosto de 2005 revelou que foram inspecionadas 38 casas de repouso, destas 75% tiveram demanda provinda de denúncias do Ministério Público, 80% não possuíam material adequado para higienização das mãos, 70% apresentavam problemas relacionados à armazenagem de alimentos, 55% possuíam inadequações físicas

(escadas, pisos, paredes e tetos). Cinquenta e cinco por cento apresentavam condições insatisfatórias, 37% apresentavam condições satisfatórias com restrições e apenas 8% encontravam-se em condições satisfatórias para executar a atividade proposta. No que se refere ao risco oferecido por estes serviços, 36,8% foram classificados como de alto risco, 44,7% de risco moderado e 18,4% de baixo risco. Com relação aos procedimentos, 29% foram interditadas, 42% foram autuadas e 76% receberam orientação técnica. (JALBUT, 2005).

O artigo “Quem vai cuidar de mim quando eu ficar velha?” (BORN, 2001) comenta que na sociedade brasileira há uma rejeição a instituições que prestam assistência ao idoso residente e que esse tipo de instituição ainda necessita passar por um grande processo de reestruturação para que possa atender de maneira satisfatória as necessidades do morador.

A maioria dos asilos e casas de repouso não estão adequados para atender as necessidades dos idosos. Falta de assistência médica, superlotação e instalações não apropriadas são alguns dos principais problemas constatados pela Vigilância Sanitária.

Nas instituições asilares privadas, chamadas de casas geriátricas ou hotel-residência para idosos, os idosos são individualizados, ou seja, possuem um atendimento personalizado, com dieta individual e adequada e inúmeras atividades recreativas e sociais.

Já nos asilos públicos, onde se encaixa a maioria dos asilados, há deficiência de mão de obra, não possuem profissionais qualificados para a prestação de serviços, não há espaço como pátios ou jardins para deambulação dos idosos e

realização de atividades recreativas para garantir o bem estar e uma boa qualidade de vida aos idosos.

Segundo editorial de O Estado de S.Paulo, no artigo Idosos em risco, datado de 01/05/2007, “há três anos, quando o Estatuto do Idoso entrou em vigor, definindo direitos e estipulando deveres para melhorar a vida dos brasileiros de mais de 60 anos, esperava-se que haveria drástica redução dos casos de negligência em relação aos idosos, tanto no campo familiar como no institucional. No entanto, cenas de maus tratos, instalações fora dos padrões sanitários, pessoal despreparado e atos de violência física flagrados em blitzes realizadas em casas de repouso e asilos continuam chocando o País. Desde o início do ano, nove asilos e casas de repouso foram fechados em São Paulo por causa das más condições de atendimento aos idosos... a administração municipal pouco sabe a respeito dessa atividade. Não há sequer dados sobre o número total de entidades que abrigam os idosos. Sabe-se apenas que 61 estão regularizadas e têm licença de funcionamento da Coordenação da Vigilância Sanitária (COVISA). Numa cidade de 1.2 milhão de idosos, esse número é irrisório e não corresponde à realidade...O Estatuto do Idoso prevê penas de até 12 anos de reclusão para quem expuser alguém com mais de 60 anos a perigo de vida, humilhá-lo, negar-lhe cuidados básicos ou tratá-lo com violência. Onde isso acontece, a lei deve ser cumprida com rigor. Mas não basta fechar casas de repouso e asilos e processar os responsáveis pelas transgressões. É preciso que as autoridades mantenham programas de apoio à profissionalização das pessoas que trabalham nessas entidades. No cuidado com os idosos é preciso que haja caridade e solidariedade.

“Mas também é imprescindível o aprimoramento de técnicas de seleção profissional e de gerenciamento, para que melhore a qualidade do atendimento” (destaque da autora).

Tomiko Bom, em artigo escrito no Portal do Envelhecimento datado de 19/05/2004 com o título “Asilo de Idosos: a estação final de uma trajetória marcada por indignidades”, refere que conhece grande número de ILPIs, em diversas regiões do Brasil, algumas com padrões comparáveis ao dos países mais ricos, com instalações adequadas e dispendo de uma equipe multiprofissional, com formação gerontológica, desenvolvem um satisfatório programa de atendimento aos idosos. Nestas ILPIs, segundo Tomiko, são consideradas as dimensões biopsicosociais do envelhecimento e respeito à individualidade e à privacidade do idoso.

Levando-se em conta que a grande maioria dos estabelecimentos inspecionados pela Vigilância Sanitária oferecia um grande risco à população atendida, entende-se ser imprescindível, neste momento, o estabelecimento de parcerias junto a outros órgãos com mesmo interesse, a fim de proteger a saúde da população idosa institucionalizada no Município de São Paulo. Segundo Alcântara (2004) “o que não faz sentido é delegar a responsabilidade apenas à boa vontade das instituições filantrópicas”

Algumas instituições de longa permanência para idosos na cidade de São Paulo possuem parcerias com hospitais privados, como é o caso da Casa de Repouso Santa Marina ligada ao Hospital Santa Marina, Residencial Israelita Golda Mayer ligada ao Hospital Israelita Albert Einstein, Residencial Santa Catarina ligada ao Hospital Santa Catarina, Recanto São Camilo ligado ao Hospital São Camilo e

Sociedade Beneficente Alemã ligada ao Hospital Alemão Oswaldo Cruz. Essas parcerias possibilitam às instituições garantir aos moradores idosos um atendimento qualificado respeitando as normas regulamentares para um funcionamento adequado e seguro.

METODOLOGIA

Este estudo foi realizado com base na Metodologia da Pesquisa Qualitativa, que, segundo MINAYO (1994:22).

“trabalha com o universo de significados, motivações, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variável”

As pesquisas qualitativas são exploratórias e estimulam os entrevistados a pensarem livremente sobre algum tema, objeto ou conceito. Elas fazem emergir aspectos subjetivos e atingem motivações não explícitas, ou mesmo conscientes, de maneira espontânea. São usadas quando se busca percepções e entendimento sobre a natureza geral de uma questão, abrindo espaço para a interpretação. Na pesquisa qualitativa não há necessidade de grande número de participantes, uma vez que nesta modalidade, a opção é pela profundidade e não tanto pela amplitude. E, sendo a pesquisa construtiva é possível ao pesquisador interagir com cada participante, perguntando como é para ele/ela aquele determinado fenômeno, como pensa nele, como o sente, bem como pedir esclarecimentos, de modo a ir estabelecendo o diálogo. Ao utilizar o método qualitativo busquei explicar o porque das coisas, exprimindo o que convém ser feito, mas não quantificar os valores e as trocas simbólicas, nem submeter à prova dos fatos, pois os dados analisados são mensuráveis e se valem de diferentes abordagens. Na pesquisa qualitativa, o cientista é ao mesmo tempo o

sujeito e o objeto de suas pesquisas. O conhecimento do pesquisador é parcial e limitado.

A pesquisa qualitativa foi utilizada, pois, desejei entender detalhadamente porque um indivíduo faz determinada coisa. Foi-me útil como uma ferramenta para determinar o que é importante para ele e porque o é, ajudou-me a identificar questões e entender porque elas são significativas, não foi projetada para coletar resultados quantificáveis.

Essa compreensão foi resultado de uma observação participante que teve início em 1999 por ocasião de minha primeira visita ao campo de estudo, depois, uma segunda visita em 2004 e finalmente em 2005 atuando efetivamente enquanto gerente de enfermagem das unidades de internação do Hospital Alemão Oswaldo Cruz assessorando as seis enfermeiras do referido hospital que foram para a instituição prestar assistência aos moradores idosos com alto grau de dependência. Portanto, a observação participante subsidiou todo o roteiro desta pesquisa.

Foi utilizada como técnica de coleta de dados, entrevistas semi estruturadas, mediante o desenvolvimento de um questionário com questões abertas, que norteou todo o desenvolvimento deste trabalho. De acordo com TRIVIÑOS (1992): *Entrevista semi estruturada é aquela que parte de certos questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses, que interessam à pesquisa e que, em seguida, oferecem amplo campo de interrogativas, junto com novas hipóteses que vão surgindo à medida que recebem as respostas do informante. Dessa maneira, o informante, seguindo espontaneamente a linha de*

seu pensamento e de suas experiências dentro do foco principal colocado pelo investigador, começa a participar na elaboração do conteúdo da pesquisa”.

Seguindo o enunciado acima, elaborei um questionário com seis questões abertas, sendo que as três primeiras questões tiveram o propósito de uma aproximação com o morador entrevistado criando um vínculo de confiabilidade, oferecendo-lhe nas questões seguintes a oportunidade de se expressar de maneira espontânea e objetiva o que mais lhe agrada e o que menos lhe agrada na sociedade.

Tive a oportunidade de estar face a face com o fenômeno observado, participando desse cenário e colhendo dados, com oportunidades de modificá-lo ou até ser modificado por ele, pois percebi que na entrevista semi estruturada houve a oportunidade de uma participação ativa, e, apesar de observar um roteiro, foram necessárias adicionar perguntas para esclarecer questões que me nortearam para uma melhor compreensão do texto.

De acordo com (GIL, 1999), a entrevista, enquanto técnica de coleta de dados é adequada para a obtenção de informações acerca do que as pessoas sabem, crêem, sentem ou desejam, além de ser a mais flexível de todas as técnicas de coleta de dados no contexto das ciências sociais.

Segundo (MINAYO, 1993) a entrevista semi estruturada permite a elaboração de um roteiro que deve direcionar uma conversa com objetivos específicos e, ainda acrescenta, que as qualidades desse roteiro consiste em enumerar de forma mais abrangente possível as questões que o pesquisador quer abordar no

campo, a partir de suas hipóteses ou pressupostos, conseqüentes da definição do objeto de investigação. São entrevistas para coleta de depoimentos.

Como mencionado na fase introdutória deste trabalho, o local da pesquisa foi em uma ILPI, conhecida como Sociedade Beneficente Alemã (SBA), nome preservado desde a sua fundação, em razão de um grande número de seus moradores serem de origem germânica e também por preservarem a cultura e tradições. Neste local também residem moradores de outras nacionalidades, porém a maioria é alemã ou descendente.

A SBA é um local com instalações que se distribuem em casas isoladas, inseridas em uma linda paisagem onde se preserva a natureza, repleta de jardins, árvores, lago com cisnes brancos, patos e outros animais. Existem também apartamentos individuais ou para duas pessoas, com amplos terraços, equipados com uma série de facilidades para atender às necessidades de cada morador. Estes locais podem ser decorados com móveis do próprio morador para que ele sinta-se em casa.

Existe serviço completo de lavanderia. Possui um restaurante freqüentado pelos moradores independentes ou semidependentes onde é servido o almoço, momento em que existe uma importante interação entre os moradores e funcionários que utilizam também o mesmo restaurante. Para os moradores fisicamente impedidos de se deslocarem, as refeições são servidas nos pequenos refeitórios existentes em cada pavilhão. No jantar as refeições são enviadas individualmente para cada morador em suas residências.

São programadas também, atividades com sessões de ginástica, yoga, dança sênior e treinamento de memória. São promovidas atividades de lazer como

concertos, corais, espetáculos, excursões, eventos culturais, oportunidade em que os moradores podem sair da instituição e interagir com outras comunidades.

São festejadas datas comemorativas dentro da instituição como Carnaval, Festa Junina, Dia dos Idosos, Natal e a cada trimestre o dia dos aniversariantes. Já é tradicional o Dia da Feijoada, que acontece uma vez ao ano, e é uma festa aberta aos familiares dos moradores, dos funcionários e à comunidade externa, recebem em média neste evento um número de 400 a 500 visitantes.

Em todos estes eventos a participação não é obrigatória, permitindo que o morador decida o que deseja fazer.

Os sujeitos desta pesquisa foram os moradores do campo acima descrito e dos que residem no prédio Akazienheim, onde enfermeiros do Hospital Alemão Oswaldo Cruz administram a assistência de enfermagem, por serem moradores com alto grau de dependência e necessitando de cuidados intensivos. A partir do mês de agosto de 2007 passaram a atuar na assistência aos moradores externos também, ou seja, fora do Akazienheim.

Foi elaborada uma carta de solicitação para a coleta de dados direcionada à administração da instituição (Anexo 3) que foi prontamente autorizada. O gerente da instituição demonstrou-se bastante solícito e informou que os familiares e/ou responsáveis dos moradores estavam cientes de que a instituição oferece campo de estágio e também libera campo para pesquisas, quando solicitado, portanto, não houve necessidade de elaborar termo de consentimento do familiar e/ou responsável pelo morador para aplicar os questionários. Informou também que, para os moradores, havia a necessidade de um consentimento verbal de cada um deles, para participar da pesquisa.

As entrevistas seguiram um roteiro, primeiro com o preenchimento da ficha de identificação do entrevistado (Anexo 1) e a seguir foram realizadas perguntas e, com o consentimento do entrevistado, gravadas. (Anexo 2). Antes de aplicar as entrevistas fiz o teste piloto com uma moradora, onde tive a oportunidade de melhorar as questões, deixando-as mais fáceis de entendimento e com um retorno mais eficaz para atingir o objetivo da pesquisa, e também pude antecipar que não seria apenas uma pesquisa de perguntas e respostas, e sim uma conversação direcionada pelas perguntas, pois os moradores gostam muito de conversar e detalhar os fatos, o que senti como um ponto positivo a ser explorado nesta pesquisa.

Com a colaboração da funcionária responsável pelo setor de Relações Sociais da SBA e dos enfermeiros do Hospital Alemão Oswaldo Cruz que lá atuam, foram indicados doze moradores, com idades variadas, de ambos os sexos e com as funções cognitivas preservadas, objetivando uma melhor interação durante as entrevistas. Moradores estes residindo no Akazienheim e nas demais moradias da instituição.

As entrevistas foram então agendadas, obedecendo ao horário que o morador achou mais propício bem como o local onde seriam realizadas, e os mesmos escolheram locais num ambiente tranquilo, onde não houve possibilidades de interferências de terceiros e nem dispersão das idéias. Muitas entrevistas foram realizadas nos apartamentos, ou casas dos moradores, e outras foram realizadas na sala de estar do Akazienheim e na sala de estar do Übelle, um local onde residem moradores semidependentes.

Antes de iniciar cada entrevista foi-lhes apresentado os objetivos do estudo, garantindo o caráter confidencial do conteúdo e assumindo o compromisso de lhes comunicar os resultados. Foi solicitada também permissão para que as entrevistas pudessem ser gravadas, e não houve recusa por parte de nenhum deles.

O objetivo da gravação foi permitir uma transcrição fidedigna das informações coletadas e conseqüentemente uma análise com maior precisão, tentando assim alcançar o objetivo da pesquisa.

A análise das entrevistas propiciou-me apresentar reflexões que se referem às representações sociais dos moradores que vivem nesta instituição acerca de sua vida no dia a dia, suas motivações, alegrias e desejos.

As representações sociais são idéias, conceitos, valores, princípios e imagens com as quais pensamos sobre a realidade, sobre nossas condições de existência. As nossas práticas, as nossas atitudes cotidianas são orientadas pelas representações que formamos em nossas mentes sobre quem somos, o que devemos fazer e como devemos interagir com as outras pessoas. O filme espanho/argentino *Elsa Y Fred*, de Marcos Carnevale, de 2005, retrata com perfeição o conceito de representações sociais e sua influência no indivíduo e naqueles que o rodeiam. Por si só diz pouco, pois não tem nada de objetivas, elas, as representações, devem ser interpretadas.

A pesquisa apoiou-se na Teoria das Representações Sociais proposta por Serge Moscovici, na França, em 1961.

MOSCOVICI (2003) se refere às representações sociais como um conjunto de conceitos, proposições e explicações advindas da vida cotidiana e das

comunicações inter pessoais. Explica que para compreender melhor o funcionamento humano, e o modo como os atores sociais se agrupam, devem considerar conjuntamente os afetos, as condutas, a organização, a sistematização de como eles compartilham crenças, atitudes, valores, perspectivas futuras e experiências sociais. Refere ainda que, quando os sujeitos sociais constroem e organizam campos representacionais, eles o fazem de forma a dar sentido à realidade, a apropriá-la e interpretá-la. Quando o fazem, dizem quem são, como entendem a si mesmos e aos outros, como se situam no campo social e quais são os recursos cognitivos e afetivos que lhes são acessíveis, num dado momento histórico.

A discussão da vida do idoso na instituição em estudo se inseriu nesta perspectiva. Os participantes do estudo não são receptores passivos. Os fenômenos por eles vivenciados necessitam ser discutidos e explicados em função de valores sociais e pertencimento ao grupo.

Esta opção teórica permitiu-me conhecer idéias, crenças, noções, imagens, conhecimentos e atitudes referentes a morar em uma Instituição de Longa Permanência para Idosos, que foram expressos pelos moradores, podendo contribuir com estudos, propostas e análises, favorecendo esclarecimentos que possam vir a contribuir para mudanças de paradigmas.

Sociedade Beneficente Alemã – Do serviço de imigração ao Moderno Centro para a Terceira Idade

A Sociedade Beneficente Alemã foi fundada em 24 de setembro de 1863 já com um conteúdo de programa social bem definido como descrito nos “Estatutos da Sociedade Beneficente Alemã” em São Paulo:

§ 4. A Sociedade tem por objetivo social aliviar a situação dos alemães necessitados e seus familiares de nações aparentadas (se falarem o idioma alemão) em São Paulo, sem distinção de crenças religiosas, ajudando-os com conselhos e ações. A eficiência da Sociedade se estende a:

Enfermagem com acomodações em bons hospitais públicos ou com a prestação de auxílio financeiro necessário, medicamentos e busca por um médico;

Assistência temporária a reconvalescentes em situações normais;

Assistência a órfãos pobres com abrigo, alimentos, roupas e educação até a saída da escola;

Autorização de aulas livres aos filhos de pais pobres;

Atestados de trabalho;

Autorização de passagens e viagens àquelas pessoas, cuja permanência local causaria maiores danos à Sociedade;

Autorização de subsídios regulares e mensais a pessoas regulares e domiciliadas aqui há vários anos, mas que sejam pobres e incapacitadas de trabalhar, de ambos os sexos, em especial, viúvas senis;

Para sepultamentos autoriza-se uma quantia em 308 rs.

Nos 144 anos de sua existência, a Sociedade Beneficente Alemã vem obedecendo ao conteúdo desse programa social, e seu trabalho é considerado também uma parte da história do desenvolvimento do país, na medida em que não basta tornar o país útil, construir indústrias, desenvolver tecnologias, organizar a troca de mercadorias, obter êxito pessoal; é necessário, também, criar a consciência de que, atrás disso tudo estão os destinos de pessoas tornaram-se vítimas desse desenvolvimento.

Um período de 144 anos está além do nosso horizonte temporal vivido hoje, e para entendê-lo de maneira correta torna-se necessário observar os episódios do século passado, que agora fazem parte da história, e perguntar por que surgiram as sociedades beneficentes na metade do século passado.

Observações sobre a imigração alemã no Brasil

Em 12 de outubro de 1822, Dom Pedro foi nomeado imperador do Brasil, tendo se casado logo em seguida com a Princesa Leopoldina, filha do imperador austríaco Franz I, descendente da Casa de Habsburgo. Com base em seu conselho, teve início um recrutamento planejado de colonos alemães para o sul do Brasil.

Nos sete anos da primeira fase da imigração alemã, entre 1824 e 1830, chegaram ao Brasil 50 navios que em sua maioria provinham de Hamburgo e Bremen, trazendo principalmente famílias de colonos originárias da região da Prússia, que naquela época tinha se tornado Renânia. Naquela época realizou-se também o transporte de 175 colonos que em 1829 fundaram a Colônia Alemã de Santo Amaro, na cidade de São Paulo.

Até o final dos anos 50 do século XIX mais de 100 famílias emigraram para São Paulo por contrato, em particular de Portugal, Alemanha e Suíça, a fim de trabalhar nas plantações pelo sistema de meio-arrendamento. Os contratos de trabalho continham uma divisão dos rendimentos resultantes das colheitas entre os fazendeiros e os colonos.

Prometeu-se aos imigrantes que dentro de muito pouco tempo eles estariam com suas dívidas liquidadas e que poderiam contar com boas possibilidades de ganho. Entretanto, apesar de todas as promessas, o endividamento da maioria dos colonos estabelecidos só aumentou. Os custos de viagem e de transporte que lhes tinham sido financiados, juntamente com os custos de alojamento referentes ao primeiro ano da plantação, mal puderam ser pagos com seus rendimentos normais.

A mudança gradativa de trabalho escravo para a força de trabalho contratada e remunerada, criou novos problemas sociais, com os quais a Associação Beneficente teve de lidar nas décadas seguintes.

O primeiro quarto de século, de 1863 a 1888.

Por volta de 1863 São Paulo tinha praticamente 25.000 habitantes, dos quais menos de 1.000 habitantes eram alemães.

Os fundadores da Associação Beneficente eram médicos, farmacêuticos, comerciantes, o proprietário de uma gráfica, o proprietário da relojoaria existente na praça e um proprietário de hospedaria. Em resumo, uma roda ilustre discutia à mesa as pequenas e grandes preocupações da população paulistana de língua alemã e buscava caminhos para diminuí-las. Havia a intenção de se acumular capital para se obter um princípio sólido para uma atividade efetiva no futuro. Provisoriamente, somente as contribuições correntes, os juros e outros donativos podiam ser gastos com assistenciais. Todos os superávits de caixa deveriam ser depositados para garantir o futuro da Sociedade.

O primeiro presidente da Associação Beneficente Alemã, tratava dos doentes de forma altruísta e também não se opunha em pagar do próprio rendimento no lugar de associados que estavam em atraso.

Embora ninguém contestasse a utilização de um serviço beneficente realizado de acordo com o plano, não havia a participação de outros círculos da colônia nas ambições da Associação Beneficente.

Em 1866 o quadro de associados tinha se reduzido a 30, resolveu-se então criar uma caixa de empréstimo para incentivo a alemães pobres.

Em 1873 a Associação sofreu um forte golpe quando a casa bancária na qual estava depositado seu considerável patrimônio, suspendeu seus pagamentos e solicitou a seus credores autorização para um adiamento do pagamento. Embora nos dois anos seguintes todas as quantias foram pagas de volta sem prejuízos, o trabalho da Associação Beneficente experimentou um difícil golpe, com a saída

de muitos associados, que passaram a contribuir somente com outras entidades com profissionais alemães, comerciantes em dificuldades financeiras.

Portanto, de 1877 a 1879 as atividades da Associação ficaram suspensas. Nesse período ocorreu a fundação do jornal “Germânia” redigido em língua alemã que contribuiu muito para que as estruturas até então livres de pessoas de língua alemã se reunissem em uma comunidade. No ano de 1878 foi fundada também a Escola Alemã que atualmente é o Colégio Visconde de Porto Seguro, com esforços de apoio da Associação Beneficente.

Em 1880 a Associação Beneficente despertou de sua agonia, pois foi uma época de prosperidade econômica, com a exportação do café e construção de ferrovias. As metas foram redefinidas: além da assistência a alemães necessitados e também a familiares de nações aparentadas, surgiu pela primeira vez o plano de se acumular capital para a construção de uma instituição de caridade que deveria ser responsável e oferecer assistência a um lar para desabrigados, a um asilo, a um orfanato ou a um hospital.

Essas novas metas foram estabelecidas nos estatutos de 1881. Através de campanhas e atividades sociais constantes e publicidade, a quantidade de associados começou a crescer novamente; associados abonados da colônia doavam somas mais elevadas. Essas somas favoreciam também a Santa Casa como agradecimento pelos tratamentos hospitalares e exames concedidos gratuitamente. A busca por emprego, atividade desprezada nos últimos anos, passou a ter uma importância notória.

Em 1882 em média 45 pessoas receberam tratamento gratuito, 100 pessoas encontraram emprego através da busca de trabalho da Associação.

Em 1883 novamente a Associação Beneficente sofre novo baque, a casa bancária na qual o patrimônio estava depositado desde 1880, entrou em processo de falência, provavelmente em consequência de uma forte crise que abalou o mercado de café. Nos anos 1883 a 1885 o Brasil, país do café que estava em ascendência, viu-se obrigado a registrar suas maiores colheitas de café até então alcançadas, de forma que em consequência da excessiva oferta deu-se uma queda catastrófica do preço do café que abalou gravemente a estrutura econômica do país. Novamente associados da Associação Beneficente se afastaram ou se recusaram a pagar suas contribuições. Foram anos de crescente imigração, nos quais um apoio expressivo aos recém-chegados teria sido necessário.

Entre 1887 e 1888, em face deste desenvolvimento infeliz dos fatos, a reanimação da Associação foi colocada novamente em uma discussão iniciada pelo jornal "Germânia".

Um evento especial ajudou a Associação Beneficente com o tão necessitado aumento de caixa, levando a uma revolução para melhorar a sua posição dentro da colônia. Por ocasião do falecimento do Imperador da Alemanha em 9 de março de 1888, foi realizado uma cerimônia fúnebre imponente, em memória do velho soberano no salão dignamente decorado da franco-maçonaria "Amizade", na qual participaram aproximadamente 1.000 pessoas da colônia alemã, de círculos oficiais brasileiros e da sociedade. A cerimônia que animou o coração e a alma alcançou uma reminiscência digna através de uma coleta cujo surpreendente resultado foi entregue à Associação Beneficente. Com isso deveria ser construído pelos alemães em São Paulo, ao fundador do Império Alemão, um memorial de

amor ao próximo. A antiga denominação Sociedade Beneficente Alemã logo se impôs, porém ela sempre foi acrescida do complemento “Fundação Imperador Wilhelm” e se manteve dessa forma até 1935.

O período até a primeira Guerra Mundial, 1888 – 1914.

Nos anos de 1889 a 1897, foi despertado um crescente interesse para o trabalho da Associação Beneficente. Em 1891 foi assentada a pedra fundamental para a construção do novo prédio da “Sociedade Germânica” que para a colônia alemã viria a constituir por muitos anos o centro das atenções.

Na mesma época, São Paulo foi acometida por grandes inundações e por uma perigosa epidemia de tifo que provocou inúmeras vítimas e influenciou também a participação no trabalho da Associação. Os jornais alemães apoiaram o trabalho da Associação através de publicidade. Nesse período ocorreu também uma generosa doação de uma grande empresa de Hamburgo, ocasião em foram tomadas ações adicionais de publicidade.

As despesas para fins de auxílio, em particular com referência a crianças necessitadas, e também os rendimentos, mantiveram-se equilibrados.

A Associação sofreu uma grave decadência no período de 1897 a 1905, porém não foram encontrados documentos para verificação das causas desta decadência. A situação de crise só se tornou pública em 1905, quando a Associação Beneficente praticamente não possuía mais nenhum recurso para poder prestar auxílio. O motivo da miséria foi provavelmente uma ação financeira mal conduzida.

Em 1905, a diretoria sugeriu uma fusão da Associação Beneficente Alemã com a Associação Hospital Alemão que já naquela época florescia. Porém, o Jornal Alemão, que foi fundado em 1897 em oposição ao jornal Germânia, e que existe até hoje, lançou uma veemente discussão sobre a confusa situação da Associação Beneficente, situação essa que diferenciava, com razão, entre a idéia social mantenedora e os atores aos quais se atribuía uma boa parcela da culpa. Com isso, a fusão das associações não se concretizou.

A Associação Beneficente estava sobrecarregada, pelo auxílio que prestava aos necessitados da colônia alemã e também aos novos imigrantes que continuavam chegando ao Brasil. Foi solicitado então ao Consulado Alemão no Brasil recursos vindo de Berlim para a sua sobrevivência.

Em 1907 deu-se uma lenta reanimação da Associação, porém ainda atravessava muitas dificuldades em função do auxílio que prestava aos alemães que desejavam serem repatriados. O governo paulistano reconheceu a difícil situação e ajudou com subvenções e passagens gratuitas até Santos, para a repatriação.

O ano de 1910 foi um ano rico de trabalho para a Associação Beneficente, os alemães que viviam em colônias voltavam para a cidade, onde caíam na miséria. E era nesse momento que o papel da Associação era bastante extenuante, pois prestavam auxílio jurídico, ajuda aos doentes, doavam roupas e utensílios domésticos, e juntamente com a Associação, os jornais de língua alemã ajudavam com a publicidade e arrecadação de donativos. Nessa ocasião foram calculados 774 casos de auxílio.

Entre 1911 e 1912 foram atendidas com sucesso mais de 1 100 solicitações de auxílios. Os elevados valores aumentavam consideravelmente devido às

passagens oferecidas para a repatriação e também pelo fato de que havia aumentado muito o número de idosos que recebiam regularmente donativos em dinheiro, especialmente em 1912, e, além disso, as aposentadorias tinham aumentado com preços crescentes de moradia e de gêneros alimentícios.

Em 1913, a Associação Beneficente pôde comemorar seu jubileu de cinqüenta anos e recebeu uma série de generosas doações.

Em 1914, a colônia alemã tinha aumentado para 20.000 conterrâneas. A sua propriedade abrangia a Igreja Evangélica, a casa da “Sociedade Germânia”, a escola da Vila Mariana e o prédio recém-construído da Escola Olinda, atual Colégio Porto Seguro. Além disso, havia as quadras de esporte e de lazer de quatro associações de ginástica e de desporte e também casas menores das associações de canto. A essência das associações florescia e através disso a Associação Beneficente entrou com suas tarefas temporariamente em um plano secundário.

Com um impacto do rompimento das negociações de guerra na Europa, isso mudou. E a Associação Beneficente tornou-se o centro das atividades de auxílio nessa época. A crise financeira em São Paulo, provocada pelo acentuado recuo condicionado à guerra das exportações de café, contribuiu para o aumento da miséria de alguns alemães através do desemprego.

Com a entrada do Brasil para a Guerra contra a Alemanha, em 5 de novembro de 1917, o trabalho público da Associação foi suspenso, o saldo bancário foi bloqueado e o lar foi fechado temporariamente.

Apesar disso, o trabalho da Associação Beneficente não foi paralisado e durante o período de situação de guerra continuou sendo mantido sob a denominação

“Auxílio Alemão aos Pobres”. Sempre houve doações nos tempos difíceis. A reacomodação de idosos e desempregados foi empreendida com sucesso no lar. Pelo fato do Hospital Alemão ter ajudado a Associação prestando amparo aos doentes, a partir de 1918, através dos meios liberados, os idosos e desempregados puderam ser atendidos com regularidade e a Associação acumulou experiências na eliminação de situações de crise, experiências que viriam a ser importante nos períodos seguintes.

O período pós-guerra até 1930.

O período pós-guerra logo trouxe consigo para São Paulo a normalização de todas as relações diplomáticas Brasil-Alemanha, porém trouxe uma perceptível indiferença em relação às funções da Associação Beneficente. O asilo e lar beneficente que funcionava no prédio alugado passou a ter dificuldades. A Associação Austro-Húngara se dissolveu, transferiu seu patrimônio e seus associados para a Associação Beneficente Alemã.

O plano de se criar um lar maior e próprio para abrigo de idosos e desabrigados sempre foi rediscutido. Entrementes, havia também a intenção de se construir esse lar no terreno da Associação Hospital Alemão. Quando a necessidade dos imigrantes que voltaram das fazendas de café se tornou especialmente urgente, a Associação Beneficente recebeu uma valiosa doação de Hamburgo, que deveria ser utilizada para a compra de um terreno maior com a construção de um lar. Essa doação favoreceu a oportunidade de compra de um terreno localizado na

estrada de Cotia, não longe do Butantã e logo se deu início à construção da primeira casa e ao cultivo do terreno coberto de floresta e pinheiros.

Em 1924, no dia 2 de fevereiro, o lar já podia ser habitado. Simultaneamente foram formados também um pomar e uma horta.

No ano seguinte havia 11.844 pessoas que chegaram à diretoria da Associação Beneficente com os mais diferentes pedidos. A crescente intensidade de trabalho da diretoria partia nitidamente dessas cifras.

As ênfases de trabalho eram constituídas pela previdência aos imigrantes e pela criação de trabalho. Novos imigrantes sem experiência foram muitas vezes enganados, de forma inescrupulosa, por vendas obscuras de terras e também por empreendimentos irrealizáveis de colonização, perdendo todo o seu dinheiro. Em 1924 havia 1.264 pessoas solicitando assessoria e informação. Em 1925 o número de pessoas que buscavam informações subiu para 1915.

As atividades de procura por trabalho da Associação Beneficente às quais ela tinha se dedicado desde 1922 em um trabalho conjunto com o Consulado Alemão e outros setores interessados, eram um verdadeiro reflexo da situação econômica então vivida. O trabalho de intermediação tinha de ser realizado e representava, além da previdência aos pobres e da assistência aos novos imigrantes, uma das tarefas principais mais urgentes da Associação Beneficente.

De 1924 a 1929 puderam ser intermediadas quase 11.000 vagas de trabalho, das quais 9.600 recaíram nos dois primeiros anos.

Em 1929, o período de crise foi agravado ainda mais pela revolução rompida em 1930, que exigia muito das atividades de auxílio. O lar estava super lotado, e para o controle das atividades criou-se uma Comissão Alemã de Auxílio, em

cooperação estreita com a Associação Beneficente, que teve uma participação ativa na distribuição de roupas, alimentos e medicamentos. Foram atendidos 25% de alemães nascidos na Alemanha, 23% austríacos e 52% alemães não nascidos na Alemanha. Isto teve a participação de todas as camadas representadas na Comissão de Auxílio, a primeira grande obra conjunta desde 1914. Assim, a obra de auxílio de 1930 teve a oportunidade de observar mais profundamente a camada étnica e social da colônia de língua alemã que então estava estimada em 50.000 a 60.000 colonos. A cidade de São Paulo tinha ultrapassado a margem dos 900.000 habitantes. O interesse na Associação Beneficente Alemã crescia. As ampliações do novo lar foram continuadas, uma vaca leiteira e uma criação de pequenos animais contribuiu para uma melhor alimentação dos moradores do lar. A jovem reserva do pomar foi aumentada para 788 unidades.

O período entre 1931 – 1939.

Com a fundação da Associação das Associações alemãs, existiam em São Paulo 47 Associações com 9.000 associados. Fazia-se uma publicidade acentuada e propaganda aos associados em benefício à Associação Beneficente. As doações fluíam com abundância.

Durante a revolução de 1923, no Rio Grande do Sul, a quantidade de pessoas que buscavam ajuda aumentou naturalmente, novamente foi empregada uma comissão de auxílio, foram montados locais de alimentação. Novamente teve-se de alertar com urgência contra o alistamento de alemães em um batalhão de

estranhos. Apesar disso, novamente no final da revolução havia prisioneiros políticos que queriam ser abastecidos.

Em 1933 acontecia a tomada do poder por Adolf Hitler na Alemanha e os movimentos nacionais de renovação encontraram, também no Brasil, solo fértil (movimento integralista, nacionalismo econômico sob Getúlio Vargas). Nesse ano ocorreram novamente doações generosas do Cônsul Geral Anton Zerrenner, que muito já estava ajudando a Associação Hospital Alemão.

No período de 1936/1937 realizou-se, dentro da colônia alemã, uma grande coleta que apresentou um resultado surpreendentemente elevado, que deu para sanar todas as dívidas da Sociedade Beneficente, foi um marco na história da instituição.

Outro marco na história do desenvolvimento da Associação Beneficente constituiu a colocação de uma pedra fundamental do novo lar para os idosos, em março de 1937.

Em 1941, no dia 2 de julho, foi inaugurada a nova construção da segunda ala do novo lar, que pôde ser executada graças à generosa ajuda da Câmara de Comércio Brasil-Alemanha. Porém, com a eclosão e entrada do Brasil na Segunda Grande Guerra Mundial, a situação em todas as áreas da colônia alemã se tornou mais crítica, o que incluiu a Sociedade Beneficente. Esta, por sua vez, através de sua diretoria, solicitou uma Administração Federal a fim de poder realizar as atividades beneficentes e assim, em concordância com o governo brasileiro, manter a Sociedade e suas instalações para a colônia alemã, e assim, pela primeira vez na sua história, um brasileiro foi nomeado pelo governo para administrá-la. Seu nome era Dr. Julio de Revoredo, que executou suas tarefas

com afinco e capacidade administrativa por muitos anos. Assim, a partir de junho de 1943 a placa de identificação na porta da Sociedade registrava: “Sociedade Beneficente Alemã, sob Administração do Governo Federal”.

O período pós-guerra, até 1963.

A Alemanha estava dividida em quatro partes, as cidades estavam destruídas por bombardeios, no lugar da Guerra Mundial logo veio a guerra fria entre o lado ocidental e oriental, era a época das grandes correntes de fugitivos e milhões de refugiados. Após a guerra, deu-se então, uma nova imigração e o retorno de muitos ao Brasil, e muitos desses novos imigrantes tiveram que ser alimentados na Sociedade Beneficente.

Em 1950 foi concretizado o sonho acalentado desde 1926, ou seja, a instalação de luz elétrica na Sociedade.

Em 1952, a Associação Hospital Oswaldo Cruz que estava hipotecado, sentiu um certo alívio com a compra de uma casa para a instalação do escritório e a parte administrativa.

Em 1953 a Sociedade Beneficente Alemã foi reconhecida com o status de sociedade para estrangeiros. Os valores patrimoniais que foram tomados em consequência das medidas de guerra foram devolvidos novamente à Sociedade Beneficente em 1954.

Devido ao status estrangeiro da associação, foi necessário realizar alterações nos Estatutos que requeriam que também a diretoria pudesse ser composta somente de cidadãos alemães. Com isso o Sr. Julio de Revoredo foi nomeado associado de honra, ocupando esse cargo na história de longos anos da associação.

Em 1954 ocorreu a devolução do pagamento antecipado da hipoteca da Associação Hospital Oswaldo Cruz. Com isso, o hospital prestou um grande serviço à Associação Beneficente, ajudando-a passar por um funil financeiro. Assim, a ajuda mútua e a compreensão justa trouxeram vantagens e utilidade para ambas às associações.

Das doações que chegaram à Associação Beneficente nos anos de 1953 a 1956 foi possível construir no terreno um lar de assistência com toda modernidade daquela época.

Além das ligações com todas as instituições vinculadas à pátria, como igrejas, associações, autoridades alemãs, a Associação Beneficente mantinha, tanto nos difíceis anos de 1941 a 1954 como também nos anos seguintes, relações com as autoridades do país anfitrião, Brasil: com o Serviço Social do Estado, com a polícia, com o Hospital das Clínicas, com a Secretaria de Segurança, apenas para citar os mais importantes.

Repetidas doações da Secretaria da Saúde Pública e da Assistência Social salientavam a compreensão e a amabilidade das autoridades brasileiras para com a Associação Beneficente.

O Hospital Alemão Oswaldo Cruz também participava continuamente com importantes doações e atenuava as grandes preocupações com dinheiro da Associação, isentando dos custos os moradores doentes atendidos lá.

Em 1960 iniciaram-se as atividades de construção no terreno da Associação Beneficente, desencadeadas por uma série de doações e também pelo original idéia de motivar casais ou pessoas sozinhas que se tornaram idosas a construir por conta própria na área da Associação residências individuais na forma de casas duplas. Como contra benefício a Associação assumia a obrigação de cuidar do bem-estar físico até o final da vida. Assim, nos anos seguintes surgiram, até 1963, seis novas e agradáveis unidades de casas com duas a quatro residências que dão para o lar o caráter de aldeia que até hoje é tão apreciado.

Em 1962 viviam aproximadamente 112 pessoas, assim, após o término dos projetos de construção estavam alojadas aproximadamente 150 pessoas no lar. Nesse ínterim entravam inúmeras outras doações, nas quais, na maioria, casais sem filhos presenteavam à Associação Beneficente com imóveis e como contra-benefício recebiam as maiores garantias possíveis para os últimos anos de sua vida.

O Hospital Alemão Oswaldo Cruz sempre isentava as dívidas que se acumulavam no final do ano, e sempre uma grande quantidade de médicos ajudavam sem interesses pessoais.

O ano de 1963 foi coroado pela festa de 100 anos da Associação, que convidou para uma grande festa popular no terreno da Sociedade Beneficente, tendo sido um grande sucesso sob a participação de todas as associações e grupos da língua alemã, levando a muitos visitantes, pela primeira vez, a obra da Sociedade Beneficente Alemã.

A prosperidade econômica dos anos sessenta contribuiu para que no ano seguinte a 1963 houvesse avanços adicionais na ampliação do lar. Um número

maior de doações permitiu que surgissem outras casas individuais, denominadas “Casas Alpinas”.

Em 1965 a ocupação média do lar aumentou para 180 pessoas. Devido ao número crescente de pessoas que desejavam ser abrigadas pelo lar, tentou –se apresentar uma manifestação ao Governo Federal de Bonn, Alemanha, pedindo subvenção para a ampliação do lar, porém, em função da situação econômica que estava tensa na Alemanha, a resposta foi negativa.

Foi então que aconteceu que um morador do lar, o senhor Friedrich Palle, herdou um grande terreno na Áustria e doou para a Associação Beneficente. Com a venda do terreno foi realizada a construção de mais um lar com 12 quartos individuais de solteiro, com banheiro e uma pequena cozinha e também mais 8 quartos de casal. Este lar pôde ser inaugurado em 1966 e recebeu o nome do doador, Palle.

Em 1966 foi construída mais 8 pequenas moradias, com 2 quartos, banheiro e cozinha e também um pavilhão com 16 quartos de solteiro com cozinha e banheiro. Nesse ano também ocorreu a aquisição de 250 jazigos no Cemitério da Paz, com o qual pôde-se solucionar um antigo problema também no futuro.

Com o rápido crescimento da Sociedade Beneficente Alemã, tornou-se necessário estruturar a organização interna com a criação de um setor de planejamento da diretoria.

Em 1966 havia 1.151 associados e doadores registrados.

Em 1968 quase todo o terreno da Sociedade Beneficente já havia sido explorado, com a construção de casas individuais, e pavilhões de apartamentos, tanto para solteiros como para casais. Havia ainda um pequeno espaço para a construção

de mais um pavilhão de apartamentos, o Lar Stickel, que foi concluído em 1976, graças a valiosa contribuição do senhor Dr. Eurico Stickel, é um moderno complexo residencial composto de 14 apartamentos individuais com uma pequena sacada, todas voltadas para o lago de cisnes.

Em 1983 foi, como 1982, um ano de crise. A inflação aumentava de forma galopante, a quantidade de desempregados aumentava, a indústria e o comércio sofriam com as ações necessárias de deflação que o governo tomava, porém, graças a ajuda de muitos, foi possível para a Associação Beneficente fazer com que a vida dos moradores fosse atingida o menos possível pela crise.

Em 1985 foi comemorado o 100º aniversário de uma moradora e em seguida de um morador. A partir dos anos 80 a idade para admissão aumentou perceptivelmente.

A ano de 1988 entrou para a história da Associação Beneficente Alemã como o ano de inauguração do grande Lar Heinz Hellner; o grande e amplo telhado de três águas arqueava-se, como proteção, por cima de 44 quartos claros e amplos que brevemente foram ocupados pelos moradores.

O Hospital Alemão Oswaldo Cruz sempre aliviou os custos de tratamento para 80 a 90 moradores doentes anualmente, sempre esteve ao lado da Sociedade com grande lealdade.

Com o apoio financeiro de várias empresas e do Hospital Alemão Oswaldo Cruz, em 1998 foi inaugurado um prédio de dois andares, o Akazienheim, com capacidade para 80 moradores com grau de dependência elevado e com várias doenças.

A procura pelo lar por pessoas idosas e/ou familiares tem sido grande desde então. Apesar de prevalecer o número de moradores de origem alemã e sua cultura estar bem arraigada, residem lá moradores de todas as nacionalidades, num ambiente de tranqüilidade, harmonia e, sobretudo segurança que é o que mais se procura.

HOSPITAL ALEMÃO OSWALDO CRUZ

Em 1863, imigrantes da língua alemã, artesãos, comerciantes e também médicos, farmacêuticos e arquitetos, residentes na cidade de São Paulo formaram a Sociedade Beneficente Alemã e fundaram, em 1878, um jornal em alemão. Igrejas e grupos de ginástica e de canto desenvolviam uma movimentada vida social.

Foi então que a ativa colônia alemã sentiu que era preciso construir um hospital próprio, mas para isso acontecer era preciso planejar, fazer contas, avaliar as possibilidades de realização de um empreendimento próprio. Era necessário delinear o que seria o embrião do Hospital Alemão.

O primeiro passo em direção à realização do projeto aconteceu em 1897, quando um grupo de senhoras promoveu, no prédio da escola alemã na rua Florêncio de Abreu, um bazar para a criação do Fundo Hospital Alemão. O entusiasmo delas levou à participação dos homens, e, poucas semanas mais tarde, realizava-se a reunião para a fundação da Associação Hospital Alemão.

Esponaneamente, trezentas famílias se associaram. E teve início uma campanha inédita para a arrecadação de fundos. Apesar do esforço de toda colônia, a construção do hospital permaneceria um projeto para o futuro.

Um ano mais tarde, em 1898, o Sr. Anton Zerrenner, empresário e cônsul honorário da Alemanha, que fizera parte do conselho desde o início, assumiu a Presidência da Associação.

Em 1905 surgia a oportunidade de comprar o terreno perfeito para a construção do hospital. Um terreno de 23.500 metros quadrados, na região do bairro Paraíso. O Livro de Ouro, aberto desde a fundação da Associação, doado pelo membro e encadernador Theodor Hennies e em uso até hoje, voltou a circular. Era necessário agora erguer o hospital. Todos os esforços da comunidade alemã estavam voltados para a realização do projeto.

Enquanto não começavam as obras, havia intensa movimentação no terreno desocupado. Este, muito arborizado, era um local disputado para a realização de festas da Associação e de outras sociedades, e procurado como o lugar perfeito para alegres e familiares piqueniques. Era aí que a Escola Alemã Vila Mariana, a Sociedade Beneficente Alemã e também a Sociedade Suíça de Beneficência Helvetia, a Sociedade dos Trabalhadores Alemães, as sociedades de ginástica e de canto promoviam suas festas. E quem lucrava com isso era o caixa da Associação Hospital Alemão.

Foi um surpreendente sucesso a ação para conseguir novos sócios, promovida, no final de 1913, pela Sra. Lehmann, tesoureira da Associação. O encantador charme dessa senhora levou mais de cem pessoas a se associarem, conforme ficou registrado na ata, “apesar das elevadas contribuições anuais”.

O tão esperado momento de iniciar a construção do hospital parecia ter chegado na primavera do ano de 1914, porém, nos primeiros dias de agosto deste ano, foi declarada a Primeira Guerra Mundial. Diante deste fato, os planos de construção do hospital foram arquivados, e foram novamente emprestadas a juros as verbas existentes. Vários membros da Associação Hospital Alemão e de sua Diretoria viajaram para a Alemanha para prestar o serviço militar.

Nesse período a Associação Hospital Alemão, que, por meio de doações e heranças testamentárias, havia juntado uma razoável fortuna, colocou importâncias consideráveis à disposição da Cruz Vermelha, da Sociedade Beneficente Alemã e de outras organizações humanitárias.

Em outubro de 1917, o Brasil entrou na guerra contra a Alemanha, e o governo brasileiro proibiu a Associação Hospital Alemã que realizasse qualquer reunião.

Uma forte epidemia de gripe assolou São Paulo, no segundo semestre de 1918. Por conta da urgência do momento, mesmo sem a convocação de uma reunião, que continuava proibida, a Associação Hospital Alemão prometeu auxílio imediato. Foram convocados médicos e enfermeiras, e o salão de festas da Sociedade Germânica foi requisitado como hospital e pronto-socorro.

Um hospital de emergência foi instalado em dois dias. A Associação Hospital Alemão providenciou camas, cadeiras, mesas e roupas. Após algumas semanas, a estação de atendimento de emergência pôde ser fechada. O mobiliário foi desinfetado e doado a várias associações de beneficência. À mesma época, foi realizada uma campanha idêntica de assistência médica à Sociedade Beneficente Alemã. Mesmo em tempo politicamente difíceis, a Associação levava a sério seu compromisso social.

A construção do tão sonhado hospital teve início em abril de 1922, depois de 25 anos de economias, poupança e planejamento. Para a satisfação e alegria de muitos médicos e de toda a colônia alemã, a construção foi concluída e entregue em setembro de 1923.

Generosas doações em dinheiro e material, por parte de empresas alemãs, possibilitaram instalações modernas e adequadas. A doação mais importante foi, novamente, a do casal Zerrenner: a instalação completa de um aparelho de raios X e de um aparelho de esterilização a vapor, bem como de todos os instrumentos cirúrgicos, uma mesa de operações e material de laboratório, importados da Alemanha, e o equipamento de cozinha, além de toda a roupa de cama e de mesa necessária.

A vistoria das novas instalações pelas autoridades sanitárias paulistas caracterizou-se por muitas palavras de elogio e pela observação de que o novo hospital era um orgulho para a cidade de São Paulo.

A música da festa de inauguração mal havia acabado, quando se constatou o primeiro problema: a procura pelo hospital era tão grande que a quantidade de leitos existentes, em número de trinta, teve que ser dobrada logo nos primeiros dias.

A Revolução tenentista deflagrada na cidade de São Paulo em 5 de julho de 1924, ocupou a cidade por vinte e três dias e abalou o hospital, que acabou sofrendo as conseqüências dos bombardeios aéreos. “Os doentes tiveram que ser transferidos para o porão. Bombas danificaram o prédio, cuja restauração representou elevados custos ao hospital recentemente inaugurado”, lê-se no relatório da Diretoria.

Desde a fundação da Associação Hospital Alemão, antes mesmo da construção do hospital, a assistência a pessoas menos favorecidas era uma prioridade. Os pedidos costumavam vir por meio da Sociedade Beneficente Alemã, que, em consequência da Primeira Guerra Mundial, ficara em situação financeira difícil. A Associação assumiu, então, o auxílio aos doentes, que era providenciado pela Sociedade Beneficente Alemã, uma ação que exigiu gastos de considerável monta.

Para os necessitados que eram mandados pela Sociedade Beneficente Alemã, havia as chamadas “camas isentas de pagamento”; quatro no setor masculino e três no setor feminino. Sócios da Associação Hospital Alemão que se encontravam em dificuldades financeiras também eram internados sem pagamento. Mas os não sócios e pessoas que não falavam alemão não eram deixados sem atendimento. A internação desses casos era decidida pela Diretoria, que avaliava a situação do doente e a lotação do hospital.

Os dois primeiros anos de funcionamento do hospital caracterizaram-se pela organização das tarefas administrativas.

Era costume dos hospitais, naquele tempo, empregar, na medida do possível, um médico europeu como Diretor Clínico. A Cruz Vermelha alemã intermediou a contratação de um médico e duas enfermeiras formadas, para a instituição. Faziam parte do corpo clínico do Hospital Alemão, médicos residentes em São Paulo que falavam alemão. A qualidade do atendimento levava outros médicos a internarem seus pacientes no hospital.

Diretores entravam e saíam até que, em 1928, o médico que ocupava o posto foi substituído por um Diretor Clínico honorário, cargo que tinha como incumbência

coordenar, com a Diretoria, os interesses do Hospital e, ao mesmo tempo, defender os da classe médica. Essa solução mostrou-se útil e prática até os dias de hoje.

São Paulo desenvolvia-se rapidamente. Em 1928, o número de habitantes havia aumentado para cerca de 700 mil. Ao mesmo tempo, o Hospital Alemão consolidava-se como instituição de qualidade e quase não conseguia atender à procura por seus serviços. Foi então que a Associação decidiu acrescentar um andar ao prédio existente, aproveitando também o sótão, instalar um elevador e construir um segundo prédio.

Deve-se à iniciativa da Sra. Helene Zerrenner a construção do chamado “pavilhão do parque”, um edifício de um andar e um porão que poderia ser aproveitado no futuro. Além dos equipamentos para a cozinha e os quartos e da roupa de cama e mesa, Helene Zerrenner conseguiu um empréstimo de alto valor para a execução da obra. A estrutura da obra foi executada em concreto armado, uma novidade na época, que apresentou problemas de rachaduras em diversas colunas de sustentação, solucionados por um engenheiro alemão que estava dirigindo a construção do Hotel Copacabana Palace, no Rio de Janeiro. Após a conclusão das obras do “pavilhão” e da construção de mais um andar no conjunto principal, o Hospital passou a dispor de 120 leitos.

Para poder continuar contando com um serviço especializado de enfermagem, o Hospital buscou, novamente, a cooperação de enfermeiras da Cruz Vermelha Alemã, que havia providenciado, à época da abertura, a contratação das primeiras duas enfermeiras.

No ano de 1929, foi celebrado formalmente um contrato entre a Sociedade Cruz Vermelha Ultramar de Berlim e a Associação Hospital Alemão. Nos anos seguintes, chegaram a trabalhar no Hospital, até catorze enfermeiras alemãs formadas e concursadas pelo Estado. As enfermeiras, que deveriam ter entre trinta e quarenta anos de idade, assumiam o compromisso de ficar, no mínimo, quatro anos.

No dia 9 de setembro de 1933, aos noventa anos de idade, faleceu o sr. Anton Zerrenner, esposo da Sra. Hellene, e por vários anos Presidente da Associação Hospital Alemão e um dos mais generosos doadores do hospital. Sem ele estava quebrada a espinha dorsal e a sustentação do Hospital Alemão. A ata de reunião da Diretoria, na qual ele é lembrado com profundo pesar, menciona as conseqüências materiais dessa perda: “Sobretudo, a Diretoria deve conscientizar-se de que, doravante, por conta da morte do Sr. Zerrenner, não mais poderá contar com a ajuda financeira que, no passado, sempre possibilitou à Associação vencer situações difíceis. No futuro, a entidade dependerá de si mesma, e terá que esforçar-se muito para, por meio do aumento considerável do número de sócios, melhorar a sua receita”.

Após sua morte, para homenageá-lo, seu busto foi encomendado e instalado no saguão do Hospital Alemão. Nos anos quarenta esse busto desapareceu. Tendo sido encontrado na década de 80. Foi encontrado e restaurado e, no ano do centenário do Hospital Alemão, num ato solene, voltou a ocupar o seu lugar de origem: o saguão de seu amado Hospital.

Inesquecíveis nos cem anos de história da Associação Hospital Alemão, foram os auxílios financeiros, materiais e morais do casal Zerrenner e de suas empresas. E o excepcional espírito de colaboração das enfermeiras da Cruz Vermelha.

Em 1938 assumiu o cargo de enfermeira chefe a Sra. Gerda Ziefer, que trabalhava no Brasil desde 1932. Porém, nos tumultuados dias que se sucederam à entrada do Brasil na Segunda Guerra Mundial, houve a intervenção do governo brasileiro no Hospital. Por ocasião da entrega do Hospital ao interventor do Estado, ocorreram divergências de opinião, que culminaram com a prisão da enfermeira chefe. Por um ano ela esteve presa em São Paulo, e, em 1944, com a ajuda de um intercâmbio diplomático, ela pode voltar para a Alemanha.

O trabalho das enfermeiras chefes na organização dos hospitais era de suma importância. Muito mais do que prestar serviços assistenciais, elas desempenhavam funções de um chefe executivo. Faziam parte de sua formação amplos conhecimentos administrativos. Sob sua responsabilidade ficavam os departamentos de compras, pessoal, de faturamento e cobrança, bem como a contabilidade, que depois era conferida por auditores externos.

Os procedimentos referentes à entrada de estrangeiros no Brasil complicaram no decorrer dos anos. As leis trabalhistas do governo de Getúlio Vargas dificultaram a vinda de enfermeiras da Cruz Vermelha Alemã para o país. Era preciso saber falar português, prestar exame profissional e cumprir a “lei dos três quartos” (três quartos de trabalhadores de uma empresa tinham que ser, obrigatoriamente, brasileiros), constantes da legislação. Diversas vezes a Embaixada da Alemanha

no Rio de Janeiro teve de intervir para que os processos de imigração fosse facilitados e a qualidade do atendimento do Hospital, preservada.

O ano de 1940 foi o último período de tranqüilidade para a Associação Hospital Alemão antes que mudanças radicais, provocadas principalmente pela lei da nacionalização e, mais tarde, pela intervenção do Estado, colocassem o hospital e sua administração em situação difícil.

A entrada do Brasil na guerra tornava-se cada vez mais iminente. Em fevereiro de 1942, quando o Brasil rompeu relações diplomáticas com a Alemanha, a intervenção do Estado no Hospital já era esperada. Foi nessa ocasião que foi ordenado pelo Estado a mudança do nome do Hospital Alemão para Hospital Oswaldo Cruz. A Associação Hospital Alemão foi rebatizada com o nome de Hospital Oswaldo Cruz em homenagem ao famoso médico brasileiro, natural de São Paulo, conhecido por suas pesquisas em busca da cura da febre amarela. Sob a nova denominação, o Hospital e sua mantenedora, destacaram-se por mais de cinco décadas como símbolos de tradição e qualidade de atendimento – que continuarão sendo sua principal marca.

O Hospital continuou a funcionar normalmente durante a intervenção, porém o número de associados diminuiu consideravelmente, e, conseqüentemente, também a receita vinda de contribuições.

Finda a intervenção em 25 de outubro de 1944, o hospital necessitava de reparos, reposição de materiais cirúrgicos, roupas e até artigos de cozinha. A reorganização exigiu esforços de todos. Era preciso conseguir novos sócios e angariá-los, também, entre a geração mais jovem, além de motivar pessoas e empresas a voltar a doar. A equipe médica havia sobrevivido tranqüilamente à

difícil época de guerra e de hostilidades contra os alemães, mantendo sua fidelidade ao Hospital.

Com o auxílio de créditos bancários, puderam ser realizados os primeiros concertos e investimentos adicionais. Reacendia-se o interesse pelo Hospital.

O Brasil, no início dos anos 50, experimentava uma fase de desenvolvimento, depois da recessão provocada pelos amargos anos de guerra. O Hospital Oswaldo Cruz voltava à sua antiga forma, atendendo a um número cada vez maior de pacientes, a ponto de haver fila de espera para a internação de doentes. E continuava a prestar atendimento gratuito, na maioria dos casos para os moradores da Sociedade Beneficente Alemã. De 1954 a 1964, foi destinado um valor anual de aproximadamente 18 mil dólares para esse fim. Considerando o câmbio e os preços da época, esse valor representava um dispêndio considerável.

No transcorrer dos anos, o nome Oswaldo Cruz tornou-se sinônimo de qualidade hospitalar. Porém, os muitos percalços, enganos e confusões fizeram necessária a distinção do Hospital de instituições homônimas. Ao mesmo tempo, manifestou-se, principalmente na geração mais velha de membros da Associação, a consciência da tradição e o desejo de homenagear, em sinal de agradecimento, os fundadores e todos aqueles que, com muito trabalho e consideráveis donativos, durante muitos anos, mantiveram o Hospital.

Com aplausos, os membros da Associação aprovaram, no dia 21 de outubro de 1991, o atual nome Hospital Alemão Oswaldo Cruz. A alteração do nome, no entanto, não nos pode enganar em relação à realidade e às impressionantes mudanças no cotidiano e na estrutura do Hospital. Não resta dúvida, trata-se, de

fato, de um hospital brasileiro, mantido por uma associação de características teuto-brasileiras. Uma mudança natural que deve ser registrada sem emoção. O espírito alemão, pioneiro, permanece vivo. Mais de cem anos de existência são motivo para seguir adiante, movidos pela instituição mantenedora, e mantendo inclusa a preservação da tradição.

Atualmente, o Hospital Alemão Oswaldo Cruz conta com 220 leitos e é sinônimo de excelência em serviços médicos e de enfermagem, reputação que seu corpo clínico, equipe de enfermagem com mais de 600 profissionais altamente especializados e o quadro de mais de 1500 funcionários ajudaram a conquistar.

Continua a prestar atendimento gratuito aos moradores da Sociedade Beneficente Alemã que não possuem planos de saúde e que são moradores que recebem filantropia. Auxilia também no processamento das roupas de cama do pavilhão Akazienheim, e mantém uma equipe de sete enfermeiras para prestar a mesma assistência qualificada do Hospital.

O OLHAR DO MORADOR _____

PERFIL DOS MORADORES ENTREVISTADOS

QUADRO I

Faixa etária

60 a 79 anos	3 moradores	25%
80 a 89 anos	6 moradores	50%
90 a 99 anos	3 moradores	25%

Foram entrevistados doze moradores, dos quais, 50% possuem idade entre 80 a 89 anos, 25% estão na faixa entre 60 a 79 anos e outros 25% na faixa de 90 a 99 anos. (**quadro I**)

QUADRO II

Sexo

09	Feminino	75%
03	Masculino	25%

Percebe-se a predominância de mulheres, correspondendo a 75%, contando com apenas 25% dos homens. (**quadro II**). Esse fato vem confirmar estatísticas atuais, que apresentam uma maior expectativa de vida para mulheres, por estarem mais acostumadas às intempéries da vida e também por passarem por mudanças intensas em seu organismo em função da gravidez, da amamentação e da menstruação, acarretando-lhes mais resistência física para superar as mudanças peculiares da idade avançada (Debert, 1999).

QUADRO III

ESTADO CIVIL

07	Viúvos	58,4%
02	Casados	16,6%
02	Divorciados	16,6%
01	Solteiro	8,4%

Dos moradores entrevistados (**quadro III**) 75% tiveram convivência familiar, que são os viúvos e divorciados; 16.6% são casados, cujos cônjuges também residem na instituição e 8,4% corresponde aos solteiros. A soma do percentual de viúvos, divorciados e solteiros (83.4%) leva-nos a crer que a ausência de companheiro (a) é um fator determinante de asilamento.

QUADRO IV

NÚMERO DE FILHOS

03	Com 3 filhos	25%
01	Com 6 filhos	8,4%
02	Com 2 filhos	16,6%
01	Com 1 filho	8,4%
05	Sem filhos	41,6%

A existência de filhos, 58,4% dos moradores entrevistados possuem de 1 a 3 filhos (**quadro IV**), não garante o amparo ao idoso na velhice em seu lar, mas pela característica da Sociedade, ou seja filantrópica e particular, garante seu amparo na moradia da Sociedade. Os restantes 41,6%, são mantidos por doações à Sociedade deles mesmos, através de familiares mais distantes como sobrinhos, ou por procuradores. E alguns residem na Sociedade em caráter filantrópico.

QUADRO V

NACIONALIDADE

06	Brasileiros	50%
04	Alemães	33,4%
02	austríacos	16,6%

Do índice total de moradores da Sociedade hoje, em torno de 30% são de origem alemã. Dos entrevistados (**quadro V**) 50% são de origem europeia, destes, 33.4% alemães e 16.6% austríacos, os 50% restantes são brasileiros. Pela origem da Sociedade e pela população residente compreende-se as tradições e cultura europeia tão evidentes, principalmente a alemã.

QUADRO VI

TEMPO NA INSTITUIÇÃO

1 a 5 anos	03 moradores	25%
6 a 10 anos	06 moradores	50%
11 a 20 anos	01 morador	8,4%
21 a 30 anos	02 moradores	16,6%

Um dado importante que evidencia a longevidade humana nos tempos atuais é o tempo de moradia na Sociedade (**quadro VI**) de alguns residentes que lá chegaram após os 60 anos de idade. Os residentes mais antigos, acima de 20 anos, 16,6%, estão bem adaptados à rotina da Sociedade e percebem as transformações ocorridas ao longo dos anos com uma certa resignação e muito saudosismo. Os moradores que estão residindo na Sociedade entre 6 a 20 anos totalizam 58.4% e os mais novos, de 1 a 5 anos totalizam 25%.

QUADRO VII

Tipo de Moradia

MORADORES RESIDENTES NO AKAZIENHEIM	04	33,4%
MORADORES EXTERNOS	08	66,6%

Os quatros moradores entrevistados, que representam 33.4% (**quadro VII**), residem no pavilhão Akazienheim, pois, segundo a avaliação de KATZ (1970) possuem um alto grau de dependência nas atividades de vida diária (AVD), porém, preservam suas funções cognitivas, o que contribuiu para enriquecer os dados desta pesquisa. Os demais moradores que representam 66.6% vivem em moradias externas, estilo apartamentos, chalés ou casas, e que possuem grau de independência que permitem sua moradia nestes locais.

Através da análise das entrevistas identificamos cinco categorias que mais agradam os moradores da Sociedade:

CULTURA

A Sociedade Beneficente Alemã possui uma história de mais de um século, assim como o Hospital Alemão Oswaldo Cruz. Ambas as instituições passaram pelas agruras das duas grandes guerras, em função da origem alemã. Por todos esses anos preservaram a cultura e tradição alemã.

Hoje no Hospital Alemão Oswaldo Cruz, uma empresa da saúde, com raízes alemãs, não é tão evidenciado sua tradição e cultura como o é na Sociedade.

Na Sociedade Beneficente os moradores percebem claramente, por toda parte, as lembranças da tradição alemã representadas por nomes das ruas, dos pavilhões com os apartamentos, figuras, estilos de algumas moradias, as paisagens verdes, as flores, tudo em estilo europeu, lembra a Alemanha.

“quando vim conhecer aqui, eu achei muita semelhança com lugares fora do país, inclusive com a Alemanha né? E aqui a gente vê que a tradição é muito...é... muito...é...eles levam muito a sério a tradição, os costumes...aqui é como se fosse uma aldeia da Alemanha...!” (Sr. H., 82 anos, 10 anos na sociedade)

“aí minha ex- patroa disse para eu vir aqui que eles pegavam alemães, não, raça de alemão, e naquele tempo não tinha outra raça, só alemão não?...” (Sra. E. 93 anos, 27 anos na sociedade).

“temos uma lojinha aqui, elas (as voluntárias) oferecem para comprar frios especiais que o alemão gosta, e o pão diferente do nosso aqui...” (Sra. G., 81 anos, 6 ½ anos na sociedade)

“não sei se a senhora conhece batata relada, e faz panqueca...a alemão gosta muito...eu fazia muito...” (Sra. L., 96 anos, 23 anos na sociedade)

“apesar de ser uma Sociedade Alemã, eles não tem uma lata de cerveja que a gente, quando está com muita sede gostaria de tomar no almoço...”(Sr. K., 82 anos, 12 anos na sociedade).

A NATUREZA

Uma das maiores preocupações da Sociedade Beneficente Alemã é de oferecer ao morador idoso um local aprazível para viver, respeitando suas individualidades e valores. O contato com a natureza oferece uma sensação de bem estar, de liberdade, harmonia, paz e tranquilidade como são definidas por alguns moradores:

“o que eu gosto daqui é a residência e o verde...as plantas...as plantas, acho que é isso que me marca aqui dentro, porque é muito lindo. (Sra. R., 63 anos, 4 anos na sociedade)

“eu gosto daqui porque está muito silêncio...muitas árvores...muita natureza...eu planto a minha flor sozinha e eu gosto é de mais que de cidade” (Sra.A., 90 anos, 6 anos na sociedade).

“sento nesta varanda para ler o meu jornal...porque a varanda é maravilhosa! Para mim me dá a impressão que eu estou na fazenda né?” (Sr. J., 80 anos, 8 anos na sociedade)

“daqui o que mais gosto é da tranqüilidade e silêncio...e a paisagem, a vegetação, que é uma delícia né?... você quer morar em uma coisa tranquila que você de manhã abre a porta e vê aquela vegetação gostosa, o sol nascendo e tal...a paz!...” (Sra. J., 78 anos, 8 anos na sociedade)

“eu gosto, porque está muito silêncio...muitas árvores...muita natureza...e eu planto a minha flor sozinha, e eu gosto é de mais que de cidade...” (Sra. E., 90 anos, 6 anos na sociedade)

“logo que cheguei, isso era um paraíso!...eu achei isso aqui lindo! Um paraíso...” (Sra. D., 85 anos, 5 anos na sociedade)

“porque parece a paz do campo viu? Só falta galo cantando cocorocó de manhã, porque pássaros tem né?...” (Sra.J., 78 anos, 8 anos na sociedade)

“então eu cuido do meu jardim, eu contrato o meu jardineiro, eu compro as mudas...”(Sra. J., 78 anos, 8 anos na sociedade)

“eu gosto da paisagem, das árvores, do ar...tem eucaliptos aí fora, árvores, o verde, eu gosto de tudo isso, aqui a gente está fora do mundo!...” (Sr. H., 82 anos, 10 anos na sociedade)

LIBERDADE DE IR E VIR

Um dos aspectos positivos observados pelos moradores é a sensação de liberdade e autonomia, em poderem sair às compras, tratar de negócios nos bancos, fazerem passeios com o próprio carro, irem a almoços e jantares em família ou restaurantes. Sentem-se cidadãos comuns e não marginalizados por serem idosos, sentem-se produtivos e estimulados a manterem sua independência o mais tempo que conseguirem, através de exercícios, participações em jogos de memórias e outras atividades desenvolvidas pela Sociedade, motivações para continuarem a vida fazendo planos como qualquer cidadão comum.

“eu estou livre...e a hora que eu quiser sair, eu posso sair...” (Sra. R., 85 anos, 5 1/2 anos na sociedade)

“eu saio, eu também passo o fim de semana fora...os meus filhos vem me buscar e vou pra fazenda...ou vou para Itatiba, lá no sítio do meu filho...então o fim de semana é variado, a gente sempre sai, ou vou sozinho almoçar fora, ou jantar fora...” (Sr. J., 80 anos, 8 anos na sociedade)

“eu estou envelhecendo equilibradamente feliz...feliz porque a minha família está aqui ao lado, vêm me ver todo final de semana, eu vou lá, vê-los durante a semana” (Sr. J., 80 anos, 8 anos na sociedade)

“às vezes eu saio e vou até o meu apartamento, às vezes vou à Campinas, porque a minha família é de lá né?...” (Sra. M., 72 anos, 3 anos na sociedade)

“...tenho netos que são muito atenciosos...me levam para jantar fora, me levam para passear...tenho o meu irmão que às vezes eu vou lá, a minha sobrinha me busca e me trás...uma vida muito satisfatória eu tenho...” (Sra. G., 81 anos, 6 ½ anos na sociedade).

“para passar o dia eu invento coisas...como minhas filhas moram longe, eu crio coisas para fazer para elas, vou na 25 de março, vou na José Paulino...”
(Sra. D., 85 anos, 5 anos na sociedade)

“vou para Ilha Bela de carro com uma amiga...saio bastante pra fora...mas...agora emprestei meu carro para minha filha...” (Sra. J., 78 anos, 8 anos na sociedade)

“eu vou no Santa Luzia...então eu compro um mini pãozinho lá...” (Sra. J., 78 anos, 8 anos na sociedade)

“eu tenho carro próprio...mas atualmente eu não dirijo mais na cidade, a não ser perto aqui, até o banco, até um supermercado, gosto muito até para uma higiene mental...de vez em quando viajo para Campinas, Poços de Caldas, Serra Negra...pego aqui o Rodoanel e fica mais fácil, já estou na estrada, e já estou lá...cento e dez, cento e vinte por hora...” (Sr. H., 82 anos, 10 anos na sociedade)

SEGURANÇA

Diante da doença e da dependência o idoso necessita sentir-se amparado e seguro, sabendo que suas necessidades serão atendidas. O processo de cuidar é que vai determinar sua boa qualidade de vida. Mesmo independente e sem doença ele sente a necessidade de estar rodeado por profissionais que lhe

atenderão a qualquer momento que necessitar. Os moradores entrevistados expressam que uma das coisas que mais gostam na Sociedade é essa sensação de segurança e a certeza de que serão atendidos imediatamente quando se fizer necessário. Essa segurança não é transmitida somente relacionada ao atendimento da saúde, mas também a segurança do ambiente diante da violência existente hoje através de roubos, agressões, assaltos, acidentes a que estamos expostos no dia a dia.

“no momento eu não tenho nada que eu menos goste, eu estou tão bem guardada aqui!... isso é uma benção né? ...você chegar na idade e envelhecer com médico e com a assistência né?... é muito gratificante saber que estou bem guardada” (Sra. R., 63 anos, 4 anos na sociedade).

“aqui tem tudo não me falta nada...o que adianta uma chácara bonita, tudo bonito e nós?... aqui eu deixo a porta aberta, durmo e não tem perigo de nada...” (Sra. R., 85 anos, 5 ½ anos na sociedade).

“o serviço de atendimento médico é ótimo, as meninas são ágeis...a gente tem qualquer coisinha, os médicos estão prontos aqui. De noite, a turma da noite vem e tira a pressão, pergunta se quer alguma coisa, estão atentos...tudo funciona a contento” (Sr. J., 80 anos, 8 anos na sociedade).

“porque o pessoal que trabalha aqui...são excelentes todos!...cuidam com muito carinho da gente, dão todo o apoio...é a jóia do lugar...por isso eu digo ‘eu vou ficar num lugar que dá assistência se eu precisar, sem exceção não é? Porque a carroceria do carro está boa, mas o motor está...” (Sra. D., 85 anos, 5 anos na sociedade).

“eu tenho um medo danado de morrer, e aqui eu tenho a vantagem do cordão mágico, que eu puxo aquele cordão e dez minutos depois tem três pessoas dentro do meu quarto. Tem o médico, me levam para o hospital...então pra mim é uma segurança tremenda, e eu adoro ficar aqui!...”
(Sr. J., 80 anos, 8 anos na sociedade).

“estou muito bem, estou melhor do que na minha casa, aqui tenho companhia dia e noite...e toda hora que você chama vem alguém para te servir...” Sra. M., 72 anos, 3 anos na sociedade).

(eu sei que eu estou aqui, não precisa ter medo de nada...” (Sra.L., 96 anos, 23 anos na sociedade).

“somos contentes que nós temos um lugar onde nós podemos ficar, nós fica tratados com doutores e tudo, ...” (Sra. E., 90 anos, 6 anos na sociedade).

“temos o médico aqui, e qualquer dodozinho, a gente recorre a eles e é muito bem tratado...” (Sra. G., 81 anos, 6 ½ anos na sociedade).

“eu vou ficar num lugar que dá assistência se eu precisar, sem exceção, não é?” (Sra. D., 85 anos, 5 anos na sociedade).

“inclusive o tratamento aqui com os idosos é excepcional...os funcionários são muito atenciosos e a gente se sente seguro porque numa eventualidade...como já precisei mais de uma vez...a gente tem assistência médica e qualquer coisa tem o acompanhamento para outro hospital...a gente está aqui está seguro!...” (Sr. H., 82 anos, 10 anos na sociedade).

MORADIA PERSONALIZADA

A Sociedade permite ao idoso personalizar sua nova moradia se assim o desejar, com pequenas reformas e incentivando para que tragam seus móveis para mobiliar o local de sua nova residência, possibilitando com isso uma melhor qualidade de vida, respeitando sua individualidade e evitando assim solidão e depressão. O objetivo é também manter o idoso independente e autônomo para o desempenho de suas atividades diárias, dentro de um espaço que ele próprio organizou, com a supervisão do familiar e da administração da Sociedade, permitindo que eles sejam capazes de se ocupar com a manutenção básica do lugar onde vive.

Através da fala dos moradores entrevistados percebe-se a importância que dão pela participação que tiveram na organização de sua nova moradia.

“naquele tempo não tinha muro, não tinha empregados assim...porteiros...essas coisas. Os quartos todos não tinha banheiro, foi indo...foi indo...foi indo...e agora está assim, meu marido arrumou e eu pus a mobília” (Sra.L., 96 anos, 23 anos na sociedade).

“então ela me mostrou este quarto e foi ‘amor à primeira vista’, porque tem uma janela e tem um terraço, e eu trouxe os meus móveis pra cá, tem uma pequena quitinete, o banheiro... me organizei , feliz do primeiro dia pra cá.”
(Sra. G., 81 anos, 61/2 anos na sociedade).

“quando cheguei aqui estava muito empolgada em reformar a casa” (Sra. D., 85 anos, 5 anos na sociedade).

“vim visitar aqui e gostei...esse aqui estava caindo aos pedaços, não tinha nada, eu só aproveitei aquela porta e essa janela...então olha, eu fiz tudo isso...então eu tenho uma porta fechada que não me atrapalha em nada...ó, se eu quiser na hora do almoço, jantar com pessoas aqui, e tirar a cozinha dá tranqüilo... a porta do banheiro também é assim...então eu fiquei sete meses reformando esse aqui... comprei a cozinha, instalei o banheiro, instalei ar condicionado...” (Sra.J., 78 anos, 8 anos na sociedade).

“a nossa casa é um pouco diferenciada das demais, porque a nossa casa é grande, nós temos cozinha, temos lavanderia, temos máquina de lavar roupas, máquina de lavar pratos” (Sr. H., 82 anos, 10 anos na sociedade)

A seguir analisamos as duas categorias que mais desagradam os moradores entrevistados. São elas:

ALIMENTAÇÃO

No livro Tratado de Geriatria e Gerontologia no capítulo 95 lemos que *“os órgãos sensoriais (visão, olfato e paladar) são responsáveis pela degustação prazerosa do alimento. A perda sensorial observada com o envelhecimento afeta de maneira negativa a auto estima, causando um grande impacto na qualidade de vida... a diminuição do paladar é decorrente da degeneração das papilas gustativas e da diminuição do seu número. Observa-se aumento do limiar do paladar e dificuldade*

de reconhecer mistura de sabores, alterando a palatabilidade, que é o estímulo efetivo de facilitação da ingestão alimentar”.

Com essas evidências de que o envelhecimento normal diminui a capacidade dos dois sentidos, o paladar e o olfato, o idoso fica mais exigente ao cobrar sabor nos alimentos.

A forma na apresentação dos pratos também é muito importante para sua satisfação e aceitação. Através da fala dos moradores percebe-se a insatisfação sobre o assunto alimentação.

“o menu de oito anos atrás, quando eu cheguei aqui e continua o mesmo hoje, não mudou...os mesmos pratos, mensalmente são sempre os mesmo, não há uma renovação de pratos...essa sopa que eles trazem é horrrosa!...Eu reclamo com veemência, a comida não está boa, e todo mundo reclama...” (Sr. J., 80 anos, 8 anos na sociedade).

“o que menos gosto é a comida...é muito gordurosa...o macarrão que eles fazem não é o meu gosto...à noite é ruim porque eles vem...é religioso...sopa todo dia, e eu não gosto, no verão tomar sopa...” (Sra.M., 72 anos, 3 anos na sociedade).

“sabe, éh...a gente às vezes, vem dois dias em seguida ou duas ou três vezes, macarrão...tem gente que começa a falr mas, em geral não se pode dizer...” (Sra.L., 96 anos, 23 anos na sociedade).

“o que menos gosto é comida do almoço, eu só gosto de como nós comemos na Áustria...não porque esta tudo cozinha como gente de dieta, dieta né, esta é não muito interessante...mas não é culpa deles, nós precisa comer isso né?” (Sra. E., 90 anos, 6 anos na sociedade).

“às vezes eu gostaria que o lanche da tarde fosse um pouquinho mais caprichado” (Sra. G., 81 anos, 61/2 na sociedade).

“no jantar é um lanche ou uma pizza, todo dia vem sopa, eu nunca peguei a sopa, porque é sopa de feijão..de lentilha....uma sopa...sabe...,essas coisas...elas vem com aquela panela né, aquela coisa e põe dentro de uma tigela que a gente guarda ou esquenta” (Sra.J., 78 anos, 8 anos na sociedade).

“eu acho a comida do almoço razoável...a gente quer ‘adoçar’ a boca e adormecer com outro gosto na boca do que aquele do jantar...” (Sr. K., 80 anos, 12 anos na sociedade).

PAVILHÃO AKAZIENHEIM

Manter a capacidade funcional, a autonomia e a independência foram tópicos bastante comentados durante as entrevistas.

Alguns moradores que foram entrevistados residem nas moradias externas (casas, chalés ou apartamentos) e para se dirigirem à recepção central ou saírem da Sociedade para qualquer passeio necessitam passar em frente ao pavilhão Akazienheim, que é onde residem os moradores demenciados e/ou com total dependência da enfermagem. Através das falas expressam o quanto este pavilhão os incomoda, pois revelam um sentimento “oculto” de se encontrarem nas mesmas condições no dia de amanhã.

“...a senhora vê, é tudo novo isto aqui né (apontando para o Akazienheim) mas eu nunca fui lá dentro nesses...o que eu vou fazer lá? Ver os doentes chorando...não é necessário...” (Sra. L., 96 anos, 23 anos na sociedade).

“logo que eu cheguei aqui era um paraíso!...parecia tudo perfeito, acontece que o lugar foi se especializando em pessoas em ‘mal estado’, foi aumentando cadeira de rodas, foi aumentando gente ‘fora do ar’ e foi ficando uma coisa depressiva...uma situação que a gente pensa...’será que amanhã eu estarei assim?’ tem uns que gritam outros ficam na cadeira de rodas um caído pra cá, outro caído pra lá...isso faz um mal terrível pra gente!...e a Direção não vê isso...eles tinham que cuidar de separar...os que estavam bem ficariam aqui, e os que estão ruim em outro lugar, porque eles nem estão sabendo se o lugar tem um lago, se não tem...é ou não é?...então eu acho isso uma coisa seríssima...agora nós, que estamos bem, o que nós vemos?...uma situação que a gente pensa:“será que amanhã estarei assim?”” (Sra. D., 85 anos, 5 anos na sociedade).

“então eu cuido do meu jardim, eu contrato o meu jardineiro, eu compro as mudas, eu faço uma série de coisas...até quando eu vou fazer não vou saber...que eu estou vendo todo mundo aí numa cadeira de rodas sabe?...e essas serão as limitações do futuro...a minha ‘inadimplência’ vamos dizer assim, pra ficar talvez morando aqui em cima sozinha...” (Sra.J., 78 anos, 8 anos na sociedade).

O que os moradores gostariam que existisse na Sociedade.

Na entrevista existia uma questão solicitando ao morador que mencionasse o que gostaria que existisse na Sociedade que poderia deixá-lo feliz. Foi dado apenas uma sugestão de melhoria que para eles traria uma satisfação muito grande, que é a instalação de uma piscina no local.

Semanalmente alguns moradores saem da Sociedade, acompanhados por uma fisioterapeuta, e se dirigem a um clube próximo para exercícios na piscina, a hidroginástica. Essa atividade proporciona um bem estar muito grande, e expressam que gostariam de ir mais vezes na semana, e não apenas uma vez como é programado.

A prática da hidroginástica em idosos ainda é pouco estudada, porém acredita-se que o idoso apresenta uma melhora significativa na qualidade de vida, pois a hidroginástica contribui para uma melhora das capacidades físicas, melhora a auto-estima, autoconfiança e estimula a sociabilização.

“mas aqui, para ser completo mesmo é...prá mim, para o meu caso seria uma piscina...aí ficaria cem por cento” (Sr. H., 82 anos, 10 anos na sociedade).

“pois eu sempre vou segunda feira em natação...piscina é lógico, aqui não pode ter, a gente tem que entender, porque piscina custa muito dinheiro e custa muita limpeza e muito perigoso...mas como eu vou lá fora, não tem problema...aqui perto tem uma piscina maravilhosa” (Sra. R., 85 anos, 5 1/2 anos na sociedade).

“porque eles tem aqui, nós vamos uma vez por semana, uma piscina fora, alugada, porque hoje em dia já se sabe que a hidroterapia é uma coisa fabulosa e ainda mais para o idoso...se tivesse aqui uma piscina, por menor que seja,,,isso é uma coisa que falta...” (Sr. J., 80 anos, 8 anos na sociedade).

“se tivesse uma piscina aqui seria muito bom, eu acho que é o que falta aqui...aquele lago tão bonito podia ser uma piscina que é tão bom para as pernas não?...” (Sra. M., 72 anos, 3 anos na sociedade).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Algumas pessoas ainda pensam que o idoso é um “velho”, e não é; ele é um ser humano que necessita de cuidados especiais, não só na família, mas também na sociedade.

Devemos nos conscientizar que eles devem ser tratados com respeito, carinho e muita atenção, e que mesmo ele sendo uma pessoa idosa, ela pode sim contribuir para melhorar sua própria qualidade de vida, com idéias e sugestões.

O objetivo deste trabalho foi conhecer a percepção dos moradores sobre o local onde residem, situando as categorias que mais os agradam, as que menos os agradam e suas sugestões de melhorias que os deixariam mais felizes.

A qualidade de vida deve ser compreendida como sendo um modo de viver o cotidiano em sociedade, significa uma existência que satisfaça as demandas que esse próprio cotidiano cria para as pessoas que compõem a sociedade.

Ao analisar a ILPI em estudo, observei que ali são desenvolvidas inúmeras atividades. A vida dos moradores, segundo a própria percepção deles, é satisfatória. Pelos relatos dos idosos percebe-se que existe uma tranquilidade nesse sentido, demonstram satisfação com a qualidade de vida que possuem gerando a segurança e prazer de sentir-se livre, com capacidade de se locomover, podendo ir e vir livremente.

A personalização de suas residências também é um fator que gera uma sensação de bem estar, residindo em sua própria casa, o que agrada o idoso, pois proporciona um ambiente em que ele vive de acordo com sua personalidade e individualidade.

Os idosos demonstram alegria em conviver em contato direto com a natureza, num local onde a cultura européia predomina, no sentido de manter a ordem e preservação do meio ambiente. A natureza é terapêutica, pois além do sentimento único da contemplação de uma paisagem natural, o meio ambiente ajuda na melhoria de nossa percepção e atenção.

O contato com a natureza se dá de forma intensa, pois o indivíduo se insere no ambiente e se sente envolvido em seus diversos aspectos. Esse sentimento está implícito na fala dos moradores.

O sentimento de segurança no atendimento à saúde, que os moradores expressam, fica bem evidenciado como um fator de tranquilidade e conforto, pois demonstram consciência de sua fragilidade em relação à saúde. Têm a percepção de que hoje estão bem, mas que podem sofrer algum revés a qualquer momento, o que não os preocupam, pois sabem que serão atendidos adequadamente por uma equipe de saúde disponível às vinte e quatro horas do dia. Esse é um dos resultados evidenciados pela parceria do Hospital Alemão Oswaldo Cruz com a Sociedade Beneficente Alemã, que proporciona um atendimento adequado e qualificado com uma equipe profissional da área de saúde seguindo o modelo de atendimento do hospital.

Porém, não basta proporcionar abrigo, recreação, espaço amplo e agradável, em contato direto com a natureza, um padrão elevado de atendimento à saúde com cuidados médicos sempre que necessários. Os moradores entrevistados expressam dois itens que os deixam descontentes e que gostariam que fossem tomadas atitudes para uma mudança como fator de melhoria. São eles, a qualidade da alimentação e a exposição dos moradores demenciados.

Com relação ao tipo de alimentação fornecida em cada refeição, mais notoriamente no jantar, verificou-se uma monotonia quanto ao planejamento do cardápio. Os idosos residentes manifestaram-se insatisfeitos com o tipo de alimentação e o tipo de preparo oferecido, principalmente no jantar, onde é oferecida sopa diariamente.

Segundo (CAMPOS & ORNELAS, 2000), a alimentação é fator importante na saúde do indivíduo idoso, pois este apresenta necessidades nutricionais particulares relacionadas ao processo do envelhecimento, o que exige cuidados especiais na qualidade da alimentação ofertada.

Quanto à “exposição” dos moradores demenciados, ficou evidenciado que o fato desses moradores ficarem na varanda, sentados em cadeiras de rodas, de uma certa forma inertes e totalmente dependentes, em função do grau de demência, incomoda os outros já em idade avançada, mas com as atividades cognitivas preservadas, que vivem em suas residências, que deambulam, ou mesmo os cadeirantes, que participam ativamente de todas as programações desenvolvidas na Sociedade, e que passam diariamente ao lado do pavilhão Akazienheim e convivem com esta cena. O incômodo provavelmente é causado, pois os moradores independentes percebem que os demenciados, não conseguem mais se relacionar com amigos, família e o próprio ambiente que os cercam. O morador independente demonstra a necessidade de sentir-se e ser visto como um indivíduo participativo, aceito, valorizado e integrado, pois ele mesmo rejeita a imagem do “velho” doente, demenciado e dependente. Sente medo da relação de dependência, da sensação de estorvar, de atrapalhar, ver as forças indo embora dia após dia, vendo a morte chegar.

Para finalizar, não poderia deixar de citar que na Sociedade Beneficente Alemã não existe mais espaço para a construção de uma piscina, como é o desejo de alguns dos moradores entrevistados, isso só seria possível em detrimento do lago que existe hoje, mas que todos expressaram o quão é importante para o conjunto harmonioso da natureza.

Deste modo, ao considerar o que é oferecido por uma instituição como essa em estudo, pode-se notar que grande parte dos objetivos são alcançados, porém, para atingir o grau de excelência no atendimento necessita-se de algumas correções.

De nossa parte, esperamos que este trabalho possa servir de subsídio para eventuais pesquisas futuras.

NOTAS DA AUTORA

A população de idosos se faz crescente, e as instituições de caráter asilar constituem-se, muitas vezes, na única opção para esses indivíduos e suas famílias. É necessário, portanto, que possuam aparatos infra-estruturais, tanto em recursos humanos quanto materiais, para atender, convenientemente, a essa clientela, dadas as especificidades relacionadas à faixa etária. Ações que buscam lidar com esse crescente contingente de idosos devem ser priorizadas em todas as áreas do saber.

Uma Instituição de Longa Permanência para Idosos deve ser lembrada, compreendida e respeitada como uma escolha dentro de um contexto de vida de cada indivíduo, para tanto é imprescindível manter um ambiente adequado e seguro para o idoso.

Pelas dificuldades financeiras vivenciadas por diversas ILPIs impostas pelo contexto sócio-econômico de nosso país, é fato que as implantações de melhorias e quantidade de profissionais enfermeiros atuando na Sociedade Beneficente Alemã, que é uma instituição filantrópica também, só foi possível através da parceria com o Hospital Alemão Oswaldo Cruz.

Esta parceria está contribuindo para proporcionar ao morador idoso um ambiente mais seguro, através de recursos humanos e materiais, proporcionando-lhes melhor qualidade de vida, o que pode ser constatado nas respostas da pesquisa realizada.

A Sociedade Beneficente Alemã elaborou vários projetos para 2008 e um deles é a mudança no estilo de alimentação dos moradores, principalmente no jantar, mas para tanto contará com o apoio do Serviço de Nutrição e Dietética do Hospital Alemão Oswaldo Cruz.

Na minha pesquisa observei que os moradores independentes, lúcidos e participativos nas diversas atividades sociais oferecidas pela Sociedade, vivem felizes, num lugar que consideram agradável, seguro e com bastante conforto, porém, evidenciam um comportamento de negação e rejeição ao morador dependente e demenciado que reside no Akazienheim. Seria esse um comportamento egoísta? Egocêntrico? Ou apenas o medo do amanhã? Acredito que é um tema bastante interessante para ser desenvolvido, com possibilidades de sugestões para uma mudança de comportamento e visão de mundo.

Em função desse comportamento, foi desenvolvido um projeto que deverá iniciar em 2008, que será a adequação do pavilhão Akazienheim, para acomodar os moradores demenciados e com total dependência da enfermagem. Com esse projeto acredita-se que os demais moradores cujas funções cognitivas estão preservadas sentir-se-ão mais confortáveis sem presenciar uma cena em que eles se projetam num futuro e que os incomoda tanto. Mas, para viabilizar tal projeto, também será necessário apoio do Hospital Alemão Oswaldo Cruz e de algumas empresas alemãs no Brasil, que já estão sendo contatadas.

BIBLIOGRAFIA

- ALCÂNTARA, A.O. Velhos institucionalizados e família: entre abafos e desabafos. Campinas, S.P.: Editora Alínea, 2004.
- ALVES, PC e MINAYO, MC. - Saúde e Doença: um olhar antropológico. Rio de Janeiro: FIOCRUZ. 1989.
- BRASIL. Estatuto do Idoso. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2004.
- BELTRÃO, K. I. CAMARANO, A M. A dinâmica populacional brasileira e a previdência social: uma descrição com ênfase nos idosos. Referencia obtida via base de dados Biblio: IPEA, 2002. Disponível em http://www.prodepa.gov.br/sespa/variedades_textos_din.htm. (acessado em 10/03/2006).
- BÍBLIA DE ESTUDO ALMEIDA. Barueri - SP: Sociedade Bíblica do Brasil, 1999.
- BOECHAT, NS. Institucionalização. A G G, v 0, p 58-60, 1996.
- BOFF, L. Saber cuidar: ética do humano, compaixão pela terra. Petrópolis: Vozes; 1999.
- BORN, T. Cuidado ao idoso em instituição. In: Papaléo Neto, M. Gerontologia. São Paulo (SP): Atheneu; 1996. p.403-14.
- BORN, T. Quem vai cuidar de mim quando eu ficar velha? Revista Kairós Gerontologia São Paulo, v4, n2 p 135-148, 2001.
- BRASIL, 1994. Lei nº 8.842, de 4 de Janeiro de 1994. Dispões sobre a Política Nacional Idoso, cria o conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da República Federativa do Brasil, vol 132. n.3, pp. 77-79, Seção 1, pt. 1.
- BRASIL. Estatuto do Idoso. Parecer 1301 de 23 de setembro de 2003. Disponível em <http://www.senado.gov.br/web/relatórios/destaques/2003057> (acessado em 15/6/2007).
- _____. Relatório nacional brasileiro sobre o envelhecimento da população brasileira. Disponível em http://www2.mre.gov.br/relatorio_envelhecimento.doc (acessado em 15/6/2007).

- CAMARANO, AA. Muito além dos 60: os novos idosos brasileiros; Rio de Janeiro: OPEA, 1999.
- CAMARANO, AA. Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica. In: Freitas EV, Py L, Néri AL, Cançada FAX, Gersoni ML, Rocha SM. Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p 58-71, 2002.
- CAMPOS, M.T.F.S. MONTEIRO, J.B.R.; ORNELAS, A.P.R. Fatores que afetam o consumo alimentar e a nutrição do idoso. Revista de Nutrição, 13 (3): 157-165, 2000.
- CAPRA, Frijot. A teia da vida. 9. ed. São Paulo: Cultrix, 1996.
- CHAIMOWICZ, F. A saúde dos idosos brasileiros, projeções e alternativas. Ver. Saúde Pública 31 (2): 184-200, 1997.
- CHAIMOWICZ, F. Os idosos brasileiros do século XXI: demografia, saúde e sociedade. Belo Horizonte (MG); Postgraduate; 1998.
- CHAVEZ, N., 2002. Violence Against Elderly. 14 April 2002 <[http:// health. org / referrals/ resguides.asp](http://health.org/referrals/resguides.asp)>.
- Chronik des Deutschen Hilfsvereins von São Paulo. 1863 – 1988. Impresso e composto na Gráfica Valentin Ltda. São Paulo.
- CORTELLETTI, I.A., CASARA, M.B., HERÉDIA, V.B.M. Idoso asilado: um estudo gerontológico. Caxias do Sul, R.S.: Educs/Edipucrs, 2004.
- DEBERT, G.G. A reinvenção da velhice: Socialização e processos de privatização do envelhecimento. São Paulo: Edusp, 1999.
- O Estado de S.Paulo, Editorial. Opinião “Idosos em risco” 01/05/2007 Disponível em: <http://clipping.planejamento.gov.br/NoticiasImpressao.asp?NOTCod=351974> (acessado em 18/09/2007).
- ELSEN, I. Desafios da enfermagem no cuidado de famílias. In: BUB, L.I.R. (Coord.) Marcos para a prática de enfermagem com famílias. Florianópolis: UFSC, 1994.
- FERREIRA, A.B.H. Mini Aurélio – século XXI: o minidicionário da língua portuguesa. 4 ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2002.

FERNANDES, MGM. e ALMEIDA, CB. Processo de Pensamento alterado em Idosos na vivência asilar. Revista Nursing - edição brasileira - nº 34. Março de 2001. Ano 4. p. 22. F&B Divisão de Publicações de Saúde Ferreira & Bento.

FOUCAULT, M. A Hermenêutica do Sujeito. 1ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 2004.

GAWRYSZEWSKI, V.P., JORGE, M.H.P.M. e KOIZUMI, M.S. Mortes e internações por causas externas entre os idosos no Brasil: o desafio de integrar a saúde coletiva e atenção individual. Revista Associação Médica Brasileira, 2004, vol.50 no 1, p.97 - 103. ISSN 0104- 4230.

GIL, Antonio Carlos. Métodos e Técnicas da Pesquisa Social. 5. ed. São Paulo: Atlas, 1999, cap. 11, p. 117-127.

GOLDENBERG, M. A arte de pesquisar: como fazer pesquisa qualitativa em Ciências Sociais. Rio de Janeiro: Record, 1999.

GRANT, L.D. Effects of ageism on individual and health care providers responses to healthy aging. Health and Social Work 1996; 21 (1): 9-15.

GROISMANN, D. Duas abordagens aos asilos de velhos da Clínica Santa Geneveva: a história da institucionalização da velhice. Campinas: UNICAMP, 1999.

HAGUETTE, Tereza Maria Frota. Metodologias Qualitativas na Sociologia. Petrópolis, RJ: Vozes, 1987.

IBGE. Projeção da População do Brasil por sexo e idade para o período de 1980-2050 – Revisão 2004.

JALBUT, E.M.D.S., SARTOR, S.G., CARVALHO, V. http://www.prefeitura.sp.gov.br//arquivos/secretarias/saude/vigilancia_saude/medic_prod/0001/perfil_ILPI.pdf. (acessado em 20/08/2007).

JACOB, M.K. La construcción conjunta de la investigación - Metodologías Cualitativas. Interfaz, s.1, 1993. 13p. (xerocado).

JODELET, D. As Representações Sociais. Rio de Janeiro: EDUERJ, 2001. 420 p.

KLEINSCHMIDT, K.C. 1997. Elder abuse: A review. Annals of Emergency Medicine, 30: 463- 472.

KURATH, I.S. A situação dos velhos no Brasil. In: A terceira idade. São Paulo: SESC. Ano XII, n.21, p. 43-53, fev. de 2001.

LAURENTI, R. Transição demográfica e transição epidemiológica. In: Laurenti R, Médice A, Patarra N. Anais do Congresso Brasileiro de Epidemiologia: A questão demográfica e a transição epidemiológica. São Paulo: FSP/USP, 143-64,1993.

LEME, L.E.G. O envelhecimento: mitos e verdades. São Paulo: Contexto, 1997.

LEME, L. E.; SILVA, P. S. C. P. da, O idosos e a família . In: PAPALEO NETO, M. Gerontologia. São Paulo: Atheneu, 1996.

LESSA, I. O adulto brasileiro e as doenças da modernidade: epidemiologia das doenças crônicas transmissíveis. Rio de Janeiro: HUCITEC; 1998.

LIPKAU, E.G. Hospital Alemão Oswaldo Cruz 1897 -1997. Impressão Gráfica Melhoramentos. Copyright 1997 by Ernst Günther Lipkau.

MARCONI, MA e LAKATOS, EM. Técnicas de Pesquisa. São Paulo, Atlas, 1990.

MARTINELLI, ML. Pesquisa Qualitativa: Um instigante desafio. São Paulo, Vera, 1999.

MENDES, P. B. T. (1995) Cuidadores: heróis anônimos do cotidiano. Dissertação de Mestrado, PUC – SP.

MENEZES, M. R. 1999. Da Violência Revelada à Violência Silenciada. Tese de Doutorado Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Pesquisa Social. 22ª. Ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 1993.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. O desafio do conhecimento - Pesquisa Qualitativa em Saúde. 3ª. ed. São Paulo - Rio de Janeiro: HUCITEC- ABRASCO, 1994.

MINAYO, M.C.S. Violência contra Idosos. ([http. www.mj.gov.br/sedh/cndi/textos temáticos.doc](http://www.mj.gov.br/sedh/cndi/textos/temáticos.doc)) (acessado em 10/05/2007).

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Políticas de Saúde. Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência. Rev. Saúde Pública, ago. 2000, vol 34, n.4, p. 427-430. ISSN 0034 - 8910.

MOSCOVICI, S. La psychanalyse, son image et son public. Paris: PUF, 1961

____Representações sociais: investigações em psicologia social. Trad. Pedrinho A. Guareschi Petrópolis: Vozes, 2003.

NÉRI, A L. Bem estar e estresse em familiares que cuidam de idosos fragilizados e de alta dependência In: NÉRI, A. L. (Org) Qualidade de vida e idade madura 3 ed. São Paulo, 2000 p. 237-285.

NÉRI, A.L. Qualidade de vida no adulto maduro: Interpretações teóricas e evidências de pesquisa. In: NERI, A.L. (org) Qualidade de vida e idade adulta. 2 ed. Campinas: Papirus, 1999 p. 9-56.

NERI, M.C. e SOARES, W.L. (Jul-Dez-2004) "Idade, incapacidade e o número de pessoas com deficiência) In Revista Brasileira de Estudos Populacionais, São Paulo vol. 21.nº 2

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SANTÉ. Declaración de Toronto para la prevención global del maltrato de las personas mayores. Ginebra: OMS, 2002.

PAVLIK, V. N.; HYMAN, D. J.; FESTA, N. A. & BITONDO, D.C. , 2001. Quantifying the problem of abuse and neglect in adults: Analysis of statewide database. American Journal of Geriatric Society, 49: 45-48.

Portaria nº 810 Aprova as normas e padrões para o funcionamento de casas de repouso, clínicas geriátricas e outras instituições destinadas ao atendimento de idosos. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. Brasília (DF): 22 set. 1989. Seção 1, p. 17 297-8.

PRATA, P.R. A Transição Epidemiológica no Brasil. Cadernos de Saúde Pública, 8 (2) p. 168-175, abr-jun 1992. Rio de Janeiro, 1992.

PAPALEO NETTO, Matheus, PONTE, José Ribeiro da. Envelhecimento: desafio na transição do século. IN: PAPALÉO NETTO, Matheus (Coor.). Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada. São Paulo: Atheneu, 1999.

PUPO, Lúcia M. - Mulher, Velhice e Asilamento Voluntário. Dissertação de Mestrado. São Paulo: PUCSP, 2001.

REZENDE, J.M. de. Disponível em: <http://www.usuários.cultura.com.br/jmrezende/idoso>>. (acessado em 1º/03/2007).

RAMOS, L.R., PERRACINI, M., ROSA, T.E., KALACHE, A., "Significance and Management of Disability among Urban Elderly Residents in Brazil", *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 8: 313-323, 1993.

REVISTA ENVELHECIMENTO ATIVO: UMA POLÍTICA DE SAÚDE/ World Health Organization; tradução Suzana Gontijo - Brasília: Organização Pan Americana de Saúde, 60 p. il. 2005.

REVISTA NURSING Edição Brasileira nº 34 – Março de 2001 – ano 4. Texto “Processo de Pensamento Alterado em Idosos na Vivência Asilar”.

REVISTA VEJA de 09/06/1999. Texto “Número de vítimas da AIDS na África já é igual ao da Peste Negra na Europa medieval”.

São Paulo 100 Jahre Deutscher Hilfsverein Sociedade Beneficente Alemã 24.9.1963. Composto e Impresso na Companhia Melhoramentos de São Paulo.

SCHFFLER, S.J. Do clinical experiences affect nursing student's attitudes toward the elderly? *Journal Nursing Education*. 1995; 34 (7): 312-6.

SILVESTRE, J.A, KALACHE, A, RAMOS, L.R., VERAS, R.P., O envelhecimento populacional brasileiro e o setor saúde. *Arq. Brás. Geriatria e Gerontologia* 1996; 1: 81 – 9.

SHOUERI, JR, RAMOS, LR, PAPALÉO, Netto M. Crescimento Populacional: Aspectos Demográficos e Sociais. In: Carvalho Filho ET, Papaléo Netto M. *Geriatria-Fundamentos. Clínica e Terapêutica* 2º reimpressão da 1ª ed. São Paulo, Atheneu, 9-30, 2000.

Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia – Seção São Paulo – Instituições de Longa Permanência para Idosos: Manual de Funcionamento, São Paulo, Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia – Seção São Paulo, 2003: 39 p.

TELLES FILHO, P.C.P.; PETRILLI FILHO, J.F. Causas da incersão de idosos em uma instituição asilar. *Escola Ana Nery – Revista de Enfermagem*, Rio de Janeiro, v.6, n 1 p. 135-143, 2002.

TRIVIÑOS, NA.S. Introdução à pesquisa em ciências sociais. São Paulo: Atlas, 1992.

United Nations, *The Sex and Age Distribution of Populations: the 1998 revision*. New York, 1999.

- VIEIRA, E.B. Manual de Gerontologia, Rio de Janeiro: Revinter, 1996.
- VIEIRA, E.B. Instituições Geriátricas: Avanço ou Retrocesso? Rio de Janeiro: Revinter, 2003.
- WALDOW, V. Peculiaridades e Contradições do cuidar: um estudo etnográfico. Revista Nursing 2001; 33(4): 18-24 Edição Brasileira.
- WERNECK, J. Biologia do Esporte. São Paulo: Manole . 1991.
- WOLF, R. S. 1995. Maltrato en ancianos. In: Atención de Los Ancianos: Un Desafio para los Noventa (E. Anzola-Perez, org.), pp. 35 -42, Washington, DC: Pan American Health Organization.

ANEXO 1

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DO ENTREVISTADO

Faixa etária

Sexo

Estado civil

Número de filhos

Nacionalidade

Tempo na instituição

Tipo de moradia

ANEXO 2

PERGUNTAS DA ENTREVISTA COM O MORADOR

1. Fale sobre o seu dia.
2. Como o senhor (a) veio para a instituição?
3. O senhor (a) lembra do primeiro dia? Relate suas lembranças.
4. O que mais gosta na instituição? Por que?
5. O que menos gosta na instituição? Por que?
6. O que gostaria que existisse na instituição que poderia deixá-lo feliz?
7. Sentiu transformação na sua vida? Foi boa ou ruim?
8. O que significa envelhecer aqui nesta instituição?

Anexo 3

CARTA DE SOLICITAÇÃO PARA COLETA DE DADOS.

São Paulo,.....de De 2006.

Sr. Gunter Kreinberg - Diretor Presidente da Sociedade Beneficente Alemã

Sr. Erhard Zander - Gerente Administrativo da Sociedade Beneficente Alemã.

Como aluna do curso de Programa de Estudos Pós Graduação em Gerontologia da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, nível de mestrado, estou desenvolvendo uma dissertação abordando o tema “A busca da excelencia em uma ILPI sob a perspectiva do sujeito residente”.

Assim, solicito a autorização de Vossas Sas. Para realizar a coleta de dados junto aos moradores da instituição.

Essa coleta será realizada por mim, segundo um plano de pesquisa que segue em anexo.

Certa de contar com a valiosa colaboração de Vossas Sas. Agradeço e coloco-me à disposição para eventuais esclarecimentos.

Atenciosamente,

Vera Lúcia Tavares

FOTOS

Sociedade Beneficente Alemã - Século Passado e Dias Atuais



Sociedade Beneficente Alemã nos anos 30



Vista de um dos pavilhões nos anos 30



Visita da colônia alemã na SBA em 1934



Dormitorio 1934



Refeitório 1934



Visita da colônia alemã na SBA nos anos 40



Vista do jardim e do lago na SBA nos anos 40



Galinheiro e estábulo nos anos 40



Área do jardim



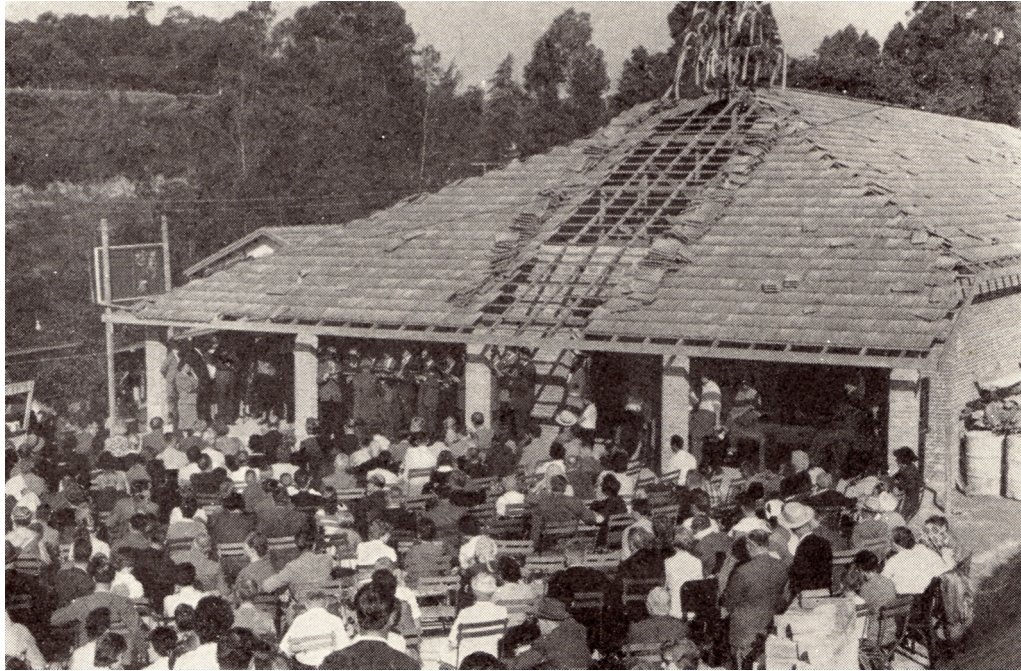
Grupo de moradores - 1952



Aniversário de 90 anos do morador ao centro em 1952



Casa para casal - 1952



Inauguração de um dos pavilhões - 1961



Biblioteca nos anos 60



Alfaiataria nos anos 60



Marcenaria nos anos 60



Capela – depois da missa anos 60



Vista do Jardim, 2006



Vista do Lago, 2006



Vista do Lago, 2006



Carro elétrico para locomoção dos moradores, 2006



Capela, 2006



Biblioteca, 2006



Pavilhão Hellner, 2006



Moradia para Casal, 2006



Pavilhão Hellner, 2006



Fachada do Pavilhão Akazienheim, 2006



Corredor do Pavilhão Akazienheim, 2006



Quarto no Pavilhão Akazienheim, 2006



Quarto no Pavilhão Akazienheim, 2006



Posto de Enfermagem do Pavilhão Akazienheim, 2006



Nutrição, 2006



Fisioterapia e Reabilitação, 2006



Comemoração de aniversário, 2006



Comemoração de Natal, 2006



Comemoração de Carnaval, 2006



Festa Junina, 2006



I Semana de Enfermagem na SBA em 2004 com a apresentação do Coral do Hospital Alemão Oswaldo Cruz