

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE EDUCAÇÃO**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

**O MODELO DE ATENDIMENTO DO LAR DOS VELHINHOS
DE CAMPINAS E A QUALIDADE DE VIDA DE SEUS USUÁRIOS:
ESTUDOS SELECIONADOS**

AUTOR: EDISON ROSSI

ORIENTADORA: PROF^a ANITA LIBERALESSO NERI

2001

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE EDUCAÇÃO

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO
GERONTOLOGIA

O modelo de atendimento do lar dos velhinhos de Campinas
e a qualidade de vida de seus usuários: estudos selecionados

Autor: Edison Rossi

Orientadora: Profa. Dra. Anita Liberalesso Neri

Este exemplar corresponde à redação final da Dissertação de
Mestrado em Gerontologia defendida por **Edison Rossi** e aprovada
pela Comissão Julgadora.

Data: 08/12/2001

Assinatura: _____

Orientadora

COMISSÃO JULGADORA

© by Edison Rossi, 2001.

**Catálogo na Publicação elaborada pela biblioteca
da Faculdade de Educação/UNICAMP**

Bibliotecária: Rosemary Passos – CRB-8ª/5751

Rossi, Edison.

R735m O modelo de atendimento do Lar dos Velhinhos de Campinas e a
qualidade de vida de seus usuários: Estudos selecionados / Edison Rossi.
– Campinas, SP: [s.n.], 2001.

Orientadora: Anita Liberalesso Neri.

Dissertação (Mestrado em Gerontologia) – Universidade Estadual de
Campinas, Faculdade de Educação.

1. Velhice. 2. Asilos. 3. Qualidade de vida. I. Neri, Anita Liberalesso.
II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Educação. III.
Título.

01-0129-BFE

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE EDUCAÇÃO**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

**O MODELO DE ATENDIMENTO DO LAR DOS VELHINHOS DE
CAMPINAS E A QUALIDADE DE VIDA DE SEUS USUÁRIOS:
ESTUDOS SELECIONADOS**

AUTOR: EDISON ROSSI

ORIENTADORA: PROF^a ANITA LIBERALESSO NERI

ESTE EXEMPLAR CORRESPONDE À
REDAÇÃO FINAL DA DISSERTAÇÃO
DEFENDIDA POR EDISON ROSSI E
APROVADA PELA COMISSÃO
JULGADORA.

DATA: ____/____/____

ASSINATURA: _____
PROF^a ANITA LIBERALESSO NERI

COMISSÃO JULGADORA:

2001

The life span of any civilization can be measured by the respect and care that is given to its elderly citizens and those societies which treat the elderly with contempt have the seeds of their own destruction within them.

A. Toynbee

AGRADECIMENTOS

À Dra. Anita Liberalesso Neri, educadora nata, sem a qual não existiria o presente ensaio, o meu obrigado por fincar novas estacas, promover a amarração do alicerce e dar verniz às partes já elaboradas de um conhecimento gerontológico, até então, pontual.

Ao Dr. Flávio da Silva Fernandes, responsável primeiro por em mim despertar o interesse pelo desafio do Envelhecimento no Brasil e pelas questões da Gerontologia Social, o meu obrigado por tudo aquilo que juntos trilhamos.

Ao Dr. Frederico Alberto Azevedo Gomes, *in memoriam*, um dos homens mais íntegros que conheci, baluarte da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, e de quem tenho a honra de dizer que fui amigo, o meu obrigado pela confiança e pelas horas compartilhadas.

À Unicamp, em seus primeiros anos, cujos professores cedo me ensinaram a ser cético, o meu obrigado pela formação crítica e não dogmática e por ter-me ensinado a policiar-me, a todo momento, para não descobrir o que já fora descoberto e a procurar respostas no desafio diuturno que são as questões da biologia e da biografia do ser humano.

A todos os idosos – da clínica privada, da Santa Casa e do Lar dos Velhinhos de Campinas – que a mim confiaram sua velhice, o meu obrigado por me ensinarem.

A todos os demais, *in pectoris*, por participarem, contribuírem e integrarem o presente estudo, o meu MUITO OBRIGADO!

Edison Rossi

APRESENTAÇÃO

A Era do Envelhecimento (1975–2025); A Explosão da Velhice; Ano Internacional do Idoso; Ano Internacional dos Mais Velhos; O Envelhecimento das Populações; A quase falência dos Sistemas de Previdência Social (e, em particular, a derrocada do antigo INPS – o Instituto da Imprevidência Social!); Ano Nacional do Idoso; O Brasil ante seus Velhos (tema da Escola Superior de Guerra); Brasil – um País Jovem, que não mais o é; o Brasil com a sexta população mais velha do planeta (2025); o Asilo de Velhos como um mal necessário; o “nunca confie em alguém com mais de 30 anos”, da geração passada; o Idoso como um Ser Descartável; a Velhice e o Velho que continuam estereotipados pela mídia...

O aumento do número de indivíduos longevos (a faixa etária que mais cresce é a dos 85 e mais anos) converteu-se na mais onerosa carga para os sistemas sanitários dos países desenvolvidos. E é a população inativa da terceira idade (65 e mais anos) a responsável por aproximadamente dois terços dos gastos farmacêuticos de uma nação, pois é neste grupo que encontramos as situações de polipatologias e de uma polifarmácia indesejada, se bem que, na maioria das vezes, necessária.

Aqui, as razões do incrementado interesse pelas questões gerontológicas: um mercado crescente e as implicações socioeconômicas daí decorrentes. Necessidades prementes e recursos escassos. Prioridades desfocadas. E a atuação do Estado? Mesmo países com maior tradição quanto às atenções gerontológicas mostram pífio desempenho em situações pontuais. Observa-se que a demanda por serviços de longa permanência tem sido maior do que o suporte oferecido pelos sistemas de saúde. Nesse contexto, lá e cá, medra o setor privado como provedor de cuidados a longo prazo para idosos funcionalmente são ou não. E nossos especialistas (ou os responsáveis) em saúde pública têm sido sistematicamente ineficientes em normatizar e fiscalizar os cuidados oferecidos a essa crescente população que se torna cada vez mais velha, frágil e dependente. Sabe-se hoje ser possível viver mais e melhor, reduzindo-se a prevalência das deficiências e insuficiências até agora observadas. Os serviços de assistência geriátrica devem ser, prioritariamente, preventivos da invalidez precoce e recuperadores das condições reversíveis, ou seja, devem atuar incrementando, preservando ou recuperando o maior grau de capacitação funcional possível. O espectro de atuação é amplo, indo desde a reformulação do ensino médico, que centra no hospital o domínio completo para suas práticas, subutilizando, quando o faz, outros ambientes médicos até a necessária e desejada medicalização de nossos asilos. Infelizmente temos sido lerdos – em termos de adequação de serviços, práticas especializadas e pesquisas de campo –, diante das reais necessidades da crescente população idosa brasileira, institucionalizada ou não.

É o que vi. É o que aprendi. É o que gostaria de ver.

Que o relato da minha vivência – aqui apresentado no meio acadêmico – alumie outras vocações no objetivo maior da melhoria da qualidade de vida dos idosos institucionalizados.

Edison Rossi

SUMÁRIO

Lista de Tabelas	viii
Lista de Figuras	ix
Lista de Quadros	x
Resumo	xi
Abstract	xii
INTRODUÇÃO	1
1.1. Asilos de velhos: o que há por trás das controvérsias?	4
1.2. Avaliação da qualidade da assistência proporcionada por asilos de idosos	14
1.3. Fundamentos e justificativas para este trabalho	18
NOVENTA E SEIS ANOS DO LAR DOS VELHINHOS DE CAMPINAS: DA ASSISTÊNCIA FILANTRÓPICA AO ESTABELECIMENTO DO CUIDADO FUNDAMENTADO POR PRINCÍPIOS TÉCNICO-CIENTÍFICOS	21
2.1. Nos primórdios, a rigidez do sistema	22
2.2. A transição para uma nova ordem	27
2.3. O Lar dos Velhinhos de Campinas entre 1984 e 1999: o estabelecimento de um modelo de atuação multiprofissional visando à melhoria da qualidade de vida do idoso	32
AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS DOS SERVIÇOS PRESTADOS NO LAR DOS VELHINHOS DE CAMPINAS (LVC): ESTUDOS SELECIONADOS	37
3.1. O exame de admissão dos internos e o aumento da longevidade no LVC	38
3.2. Acompanhamento dos padrões de morbidade e mortalidade do LVC	42
3.3. O programa de atenção a quedas no LVC	50
3.4. Avaliação da qualidade do serviço de nutrição e dietética do LVC indicado pelo estado nutricional dos idosos	57
3.5. Valores de velocidade de hemossedimentação (VHS) no LVC	63
3.6. Prevalência de osteoporose entre mulheres do LVC, indicada por medida de ultra- sonografia do calcâneo	66
CONSIDERAÇÕES FINAIS	73
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	79

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Estatísticas anuais de admissões, desligamentos e óbitos no Lar de Velinhos de Campinas entre os anos de 1985 e 1999	50
Tabela 2. Distribuição das quedas no LVC de Campinas, entre 1985 e 1999, por sexo, idade, antecedentes e conseqüências	56
Tabela 3. Distribuição mensal de quedas no LVC entre 1997 e 1999	56
Tabela 4. Índices de Massa Corpórea da População do LVC em 1998	62
Tabela 5. Conteúdo da dieta do LVC em março de 1999 – Índices médios para cinco dias x cinco refeições diárias	62
Tabela 6. Valores obtidos por idosas do LVC na avaliação ultra-sonométrica do calcâneo	71–72
Tabela 7. Distribuição das idosas segundo os parâmetros da OMS para a osteoporose densitométrica	72

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. O Boneco de Leroux, como utilizado no Lar de Velhinhos de Campinas 45–47

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Possibilidades de serviços de assistência à velhice, considerando-se os locais em que são prestados	9
Quadro 2. Movimento de ingressos e desligamentos de internos no Lar dos Velinhos de Campinas em seu primeiro ano de funcionamento (1905–1906)	23–24
Quadro 3. O Lar dos Velinhos de Campinas, hoje	31
Quadro 4. Princípios básicos à organização dos serviços geriátricos oferecidos no Lar dos Velinhos de Campinas	35
Quadro 5. Programa de atuação da direção clínica do Lar dos Velinhos de Campinas	36
Quadro 6. Sistema de registro adotado nas entrevistas de admissão e de acompanhamento dos idosos do LVC, com vistas à sua classificação segundo critérios de independência funcional	40
Quadro 7. Modelo de protocolo de registro de quedas (Boletim de Ocorrência – BO – de Quedas) utilizado no Lar dos Velinhos de Campinas	55

Rossi, E. *O modelo de atendimento do Lar dos Velinhos de Campinas e a qualidade de vida de seus usuários: Estudos selecionados*. Dissertação de Mestrado em Gerontologia. Universidade Estadual de Campinas, 2001 (xii + 89 pp.)

RESUMO

Ao longo de quase 100 anos, o Lar dos Velinhos de Campinas deixou de ser asilo de mendicidade, cuja criação coincidiu com a emergência da pobreza como questão social na cidade. Transformou-se em entidade médico-social dedicada à promoção da saúde e à melhoria da qualidade de vida de idosos, com base em procedimentos médicos, sociais e educacionais controlados. Implantado a partir de 1984, o novo modelo inclui registro, monitoramento e avaliação sistemáticos das práticas profissionais, das condições ambientais e da saúde global dos idosos. Este trabalho apresenta os fundamentos do modelo e os resultados de seis estudos demonstrativos sobre a interação do atendimento aos idosos com a investigação e a formação de recursos humanos em serviço. Além de apresentar indicadores de melhoria na qualidade de vida dos idosos, incidindo sobre padrões de morbidade, mortalidade, quedas, osteoporose, nutrição e velocidade de hemossedimentação, pretendemos discutir condições que estão dando origem a uma comunidade epistemológica, efetivo instrumento de intervenção política. Os asilos deveriam ter estrutura administrativa e médico-social como fundamentos da oferta de serviços de assistência social, medicina e enfermagem, a partir dos quais agregar-se-iam outros, conforme os propósitos da instituição. Deveriam promover uma medicina preventiva de caráter secundário, e algumas vezes primário, além de estruturar-se para oferecer serviços de reabilitação no âmbito terciário, uma vez que quase sempre funcionam como instituição de caráter final e única fonte de cuidados para os usuários.

Rossi, E. *O modelo de atendimento do Lar dos Velinhos de Campinas e a qualidade de vida de seus usuários: Estudos selecionados. (A medical-social model of caring of the frail elderly at the Lar dos Velinhos de Campinas: Selected studies)*. Dissertação de Mestrado em Gerontologia, Universidade Estadual de Campinas, Brasil, 2001 (xii + 89 pp.)

ABSTRACT

Along almost a century, the Lar dos Velinhos de Campinas assumed a medical and social orientation, replacing its archaic philanthropic feature. Instead of an *asylum* dedicated to poverty, since 1984 it became an effective medical-social institution founded on well-controlled medical, social and educational procedures, and dedicated to health promotion and to the improvement of quality of life of old people. The new model includes continuous registering, monitoring and assessment of professional practices, environmental conditions and elderly global health. This work presents the foundations of the model as well as the results of six demonstrative studies related to conditions and indicators of quality of life among the residents: mortality, morbidity, falls, nutrition, osteoporosis and erythrocyte sedimentation rate. Another aim is to report the process of establishing a set of practices that are uncommon in the Brazilian scenery of long-term care to old people. They represent a product of the interaction between caring practices, research, and on the job training addressed to the staff. We discuss the social and political implications of the model that lays on a professionally oriented administrative and financial structure. Preventive and rehabilitative medical, nursing, and social services are provided to the clients that find in this kind of institution their final home and a vital source of care.

INTRODUÇÃO

Embora exista hoje uma chance crescente de as pessoas envelhecerem com mais saúde do que em tempos passados, é inegável que a velhice individual e a velhice populacional estão associadas à crescente vulnerabilidade e ao aumento da incidência de doenças físicas e mentais. A incapacidade mental provocada pelas síndromes neurológicas e pelas demências típicas de velhice; a imobilidade ocasionada por complicações de doenças crônicas ou agudas que afetam os sistemas musculoesquelético, cardiovascular e cerebrovascular; a instabilidade postural decorrente dos processos normal e patológico do envelhecimento; as incontinências urinária e fecal; e a iatrofarmacogenia são conhecidas como os cinco “I”s da Geriatria. Em conjunto ou isoladamente, comportam um gradiente de gravidade que, associado à depressão e a perturbações no funcionamento socioemocional, caracteriza a velhice patológica.

A fragilidade dos idosos que convivem com essas condições impõe às instituições sociais a obrigação de mantê-los e protegê-los. Com essas ações, elas cumprem expectativas culturais fortemente arraigadas, relativas ao dever de reciprocidade e de solidariedade entre as gerações e ao dever de retribuição social aos que um dia produziram para garantir a continuidade e o progresso da sociedade.

Entre as instituições sociais que devem responder mais diretamente a esses desígnios estão a família e o Estado. A este compete oferecer os serviços e benefícios modernamente compreendidos como parte dos sistemas de saúde, seguridade social e de apoio à família e às comunidades.

Nos dias atuais, a pobreza; a urbanização; as migrações internas e externas; as alterações na constelação familiar e no número de indivíduos em cada geração; as mudanças nos arranjos domiciliares; a diminuição no número de pessoas aptas a cuidar em virtude de compromissos profissionais e familiares; e as alterações nos valores familiares são fatos que competem com a possibilidade real de a família abrigar, manter

e dar boas condições de vida aos seus velhos (Berquó, 1999).

Quando outras agências sociais – como as religiões, o Estado e as instituições hospitalares e psiquiátricas – podem coadjuvar a família, a qualidade de vida dos idosos fica mais resguardada. Ela também fica mais protegida quando a ação da família é complementada por iniciativas desempenhadas por grupos informais que atuam a partir de princípios humanitários, filantrópicos ou religiosos. Na ausência dessas condições de apoio, oferecidas pelas instituições formais ou por grupos informais, o destino do velho é geralmente precário e com frequência traduz-se em abandono, maus-tratos e condições indignas de sobrevivência.

Em tempos de globalização, medram os estereótipos sobre os idosos, tanto negativos (eles são frágeis, tolos e ridículos) quanto positivos (são saudáveis, sábios e maravilhosos). A mídia tem reforçado os estereótipos negativos, contribuindo para rebaixar a auto-estima dos idosos e para desumanizar as suas relações. Os responsáveis por tal enfoque defendem-se dizendo que a propaganda não tem o poder de alterar valores sociais e que eles somente reproduzem os valores vigentes.

Embora faltem estudos mais sistemáticos, pode-se dizer que possivelmente os estereótipos negativos estão mais associados à velhice avançada, ao passo que os positivos teriam relação com os velhos-jovens, os assim chamados da terceira idade. É esse o sentido dos resultados da pesquisa de Miller *et al.* (1999) realizada nos Estados Unidos com dados do período 1996–1999, que interpretam a valorização dos idosos menos velhos como resultado do aumento do seu potencial consumidor. Para a indústria e para o comércio, interessa investir na imagem de uma terceira idade vibrante, que se reúne em clubes e associações e que tem intensa participação social, atividade e satisfação, em contraposição a velhos doentes, pobres e dependentes.

A associação entre doença, incapacidade, dependência, abandono e maus-tratos tem sido apontada por vários analistas como responsável pelos preconceitos individuais e sociais em relação aos idosos. Essas condições são comumente relacionadas aos asilos para idosos, que sofrem dupla rejeição da sociedade, uma vez que foram criados para

abrigar idosos pobres, improdutivos e rejeitados, que vivem à margem das instituições sociais. Os preconceitos contra os asilos decorrem também da precariedade das condições de atendimento que caracteriza boa parte deles. Seus desmandos e suas mazelas vez por outra confrontam a sociedade (Palmore, 1990).

O preconceito contra idosos e asilos reflete-se no mote “lugar de velho é no asilo”. Ao dizer isso, as pessoas estão implicitamente opinando que os velhos devam ser segregados em locais em que permanecerão à espera da morte, porque só isso é que se pode esperar da velhice. Asilados, isto é, confinados, não incomodarão com sua presença frágil e doentia (Neri, 1991 e 1997). Por perceberem esses mecanismos, alguns segmentos da sociedade desenvolvem total rejeição à idéia de asilos, esquecendo-se de que parte dos idosos, de fato, não tem onde morar e que, por isso, é dever da sociedade providenciar alternativas dignas para sua proteção. Fica evidente o preconceito contra os idosos e contra os asilos, neste caso intensificado por um dado de memória coletiva, que associa os asilos a uma falsa compaixão, sob a qual se escondem a rejeição e a crueldade da sociedade para com os seus indesejáveis (Szasz, 1994).

Esta dissertação diz respeito à trajetória de um asilo para idosos. Ao longo de quase um século de existência ele deixou de ser uma casa de caridade voltada ao atendimento a mendigos de várias categorias, inclusive idosos, para ser uma instituição de longa permanência para idosos, cuja oferta de cuidados é pautada por princípios técnicos e científicos. Essa passagem foi marcada por controvérsias e dificuldades de toda ordem, em parte decorrentes da própria maneira de a sociedade encarar a questão do amparo aos seus desvalidos.

Por esse motivo, serão discutidos, de início, os principais pontos das controvérsias existentes na sociedade a respeito do asilamento. Ver-se-á como e por que a rejeição depende em parte de preconceitos contra os asilos e contra os próprios idosos. Em prosseguimento, será defendido o argumento de que os asilos são socialmente necessários e que, assim, devem oferecer serviços de boa qualidade a seus internos. O mesmo raciocínio se aplica a outras instituições que acolhem esse segmento populacional, desde as que os mantêm em casa e oferecem ajudas médicas, psicológicas

e sociais pontuais até as que implicam oferecer-lhes residência.

Todas as formas de atendimento à velhice devem basear-se em modelos que levem em conta as necessidades globais dos assistidos e que tenham em vista que o sucesso das intervenções é indicado pela qualidade de vida dos idosos asilados. Para tanto, é importante que sejam adotadas medidas tecnológicas e educacionais específicas, como será visto na última parte deste texto, que contém relatos ilustrativos das providências adotadas pelo Lar dos Velhinhos de Campinas, em consonância com o modelo de atendimento que lá se desenvolveu a partir de 1984.

1.1. Asilos de velhos: o que há por trás das controvérsias?

Em sua origem, os asilos de pobres, órfãos, mendigos, leprosos, loucos e irresponsáveis constituíam locais onde as sociedades podiam esconder suas mazelas, afastar os indesejáveis e punir os desviantes. Inúmeros crimes contra a dignidade e a liberdade foram cometidos em nome da compaixão e da preservação dos direitos da coletividade (Szasz, 1994). Na tradição sociológica liderada pelo pensamento de Goffman, os asilos são considerados como instituições totais. Instituições totais são locais de residência e trabalho, onde indivíduos que compartilham uma condição semelhante são segregados sob condições indignas, acobertadas por um manto de silêncio (Goffman, 1996).

A partir do final do século XIX, a palavra asilo começa a cair em desuso. Os asilos de órfãos passaram a ser chamados de orfanatos, os de loucos, de hospitais psiquiátricos, e os de mendicidade, de centros de triagem social e casas de acolhida. Embora em anos mais recentes tenham aparecido designações tais como casa de repouso, lar de idosos e recanto da terceira idade, continua em plena vigência a expressão asilo de velhos, comumente abreviada para asilo (Groisman, 1999), como instituição destinada ao abrigo de uma clientela pobre e desprivilegiada. As outras designações são de uso mais recente. De certa forma refletem um cuidado semântico, e às vezes somente isso, e não uma nova concepção sobre os asilos, como instituições que respondem à necessidade social de amparo e proteção a idosos fragilizados e não como

locais para a segregação de velhos mendigos.

Classicamente, os lares para idosos são vistos como estabelecimentos de internação que agem como substitutos do lar individual, dispondo de todos os serviços sociais necessários para a vida comunitária (Sosa Alvarez, 1994). Fornecem alojamento ou albergue para anciãos que, por razões sociais, não podem viver em seus domicílios ou não têm onde morar. Nossos asilos têm sido criados com o objetivo maior de serem “lares”, com um enfoque estatutário “puramente social”, como se tal fosse possível, ou seja, que os idosos não necessitassem de cuidados médicos. Urge reconhecer que saúde-doença não são condições dicotômicas, mas partes de um contínuo e fruto da interação do indivíduo com o seu ambiente. Trata-se de um processo e não de uma condição estática.

Entrementes, conquanto o asilo de velhos não seja um hospital, e nem deva sê-lo, na realidade, como entidade terminal que é, abriga expressiva parcela de doentes e acaba por desempenhar um papel híbrido de asilamento (abrigo) e de provedor de cuidados mais pertinentes a um hospital de crônicos, com suas variantes psiquiátrica e de reabilitação. Por conseguinte, na maioria das vezes sem estrutura e, principalmente, sem aptidão para fazê-lo, os asilos preenchem um vácuo em nosso sistema social e de saúde. Inequivocamente, eles não têm condições técnicas nem suporte financeiro para executar aquilo que seria desejável em instituições de tal porte.

A Política Nacional do Idoso reflete e reforça um ponto de vista arcaico e irrealista sobre as necessidades da população e o dever do Estado para com os cidadãos, quando diz que o atendimento ao idoso deve ser prioritariamente executado pela sua família, “à exceção dos idosos que não possuem condições para garantir a própria sobrevivência” (Lei 8.842 de 4 de janeiro de 1994, artigo 40, item III, regulamentada pelo Decreto n. 1.948 de 3 de julho de 1996). Ora, sob essa ampla designação cabem tanto os pobres sadios quanto os doentes, mas não há notícia de que o Estado esteja ofertando a estes qualquer tipo de serviço especializado de tratamento e de internação. Simultaneamente, não são oferecidos nem serviços de apoio às famílias para que desempenhem tal papel, nem os serviços ambulatoriais e hospitalares necessários ao

atendimento dos vários graus de velhice patológica.

Por definição das instituições públicas, os asilos não devem receber idosos incapacitados e dependentes (Fernandes, 1997). No artigo 3º do Decreto n. 1.948 de 3 de julho de 1996 lê-se:

Entende-se por modalidade asilar o atendimento, em regime de internato, ao idoso sem vínculo familiar ou sem condições de prover à própria subsistência de modo a satisfazer as suas necessidades de moradia, alimentação, saúde e convivência social.

O artigo 9º refere-se à ação do Ministério da Saúde e delinea o que deveria ser feito, lembrando Lampedusa em *Il Gatopardo – É preciso mudar para que nada se altere* –, enquanto a lei que criou a Política Nacional do Idoso (n. 8.842, de 4 de janeiro de 1994) diz

... é vedada a permanência de portadores de doenças que necessitem de assistência médica ou de enfermagem permanente em instituições asilares de caráter social,

de sua regulamentação (artigo 18) consta:

Fica proibida a permanência em instituições asilares, de caráter social, de idosos portadores de doenças que exijam assistência médica permanente ou de assistência de enfermagem intensiva, cuja falta possa agravar ou por em risco sua vida ou a vida de terceiros,

e o parágrafo único diz:

A permanência ou não do idoso doente em instituições asilares, de caráter social, dependerá da avaliação médica prestada pelo serviço de saúde local.

Resta então aos cidadãos conviver com uma espécie de terra de ninguém, onde se instala um vácuo de assistência. Afortunadamente, as iniciativas que ocorrem no âmbito privado e na prática, ao arrepio do amparo público, de alguma forma vêm dando conta das demandas de atendimento e proteção aos idosos frágeis. Não bastasse isso, constituem provas da criatividade e da capacidade de delinear alternativas de amparo aos idosos (Neri e Debert, 1995).

Visão mais realista do que a dos nossos legisladores é esposada por especialistas que defendem a idéia de que os asilos de idosos são socialmente necessários, que cumprem importante papel social e que são uma forma legítima de se viver a velhice, principalmente quando são necessários cuidados especiais (Silva e Silva, 1997). Cresce também o consenso dos especialistas de que a proteção e o cuidado a idosos devem ser pensados em termos de um contínuo que cubra uma ampla gama de ofertas de serviços diretos e de apoio nos domicílios, na comunidade e nas instituições.

Nos Estados Unidos, no Canadá e nos países da Comunidade Européia, com as devidas variações locais, e apesar das recentes alegações de dificuldades de custeio, impera a concepção de oferta de serviços de apoio de longo prazo aos idosos. A responsabilidade recai sobre o poder público e também sobre a iniciativa privada, que exhibe várias formas de organização, incluindo a prestação de serviços voluntários. Sete em 100 jovens brasileiros trabalham como voluntários (nos EUA, são 60 em 100); um em cada 340 brasileiros pratica a filantropia (nos EUA, a razão é de um para três) ¹. Segundo Evelyn Ioschpe, é comum no Brasil confundir-se filantropia com caridade ou paternalismo. A parcela da população adulta que doa dinheiro a entidades é de 21% no Brasil e 70% nos EUA ².

Quando nos seus domicílios, os idosos e seus familiares podem ser amparados por serviços comunitários ambulatoriais de monitoramento da saúde, atendimento domiciliário às necessidades de saúde, ajuda física na manutenção da casa, serviços de entrega de refeições, serviços de acompanhamento social e serviços de suporte emocional e religioso. Os apoios aos idosos em seus domicílios podem ser complementados por programas de informação no âmbito legal e social; pela oferta de

¹ Citado por VEJA, 16.4.1997.

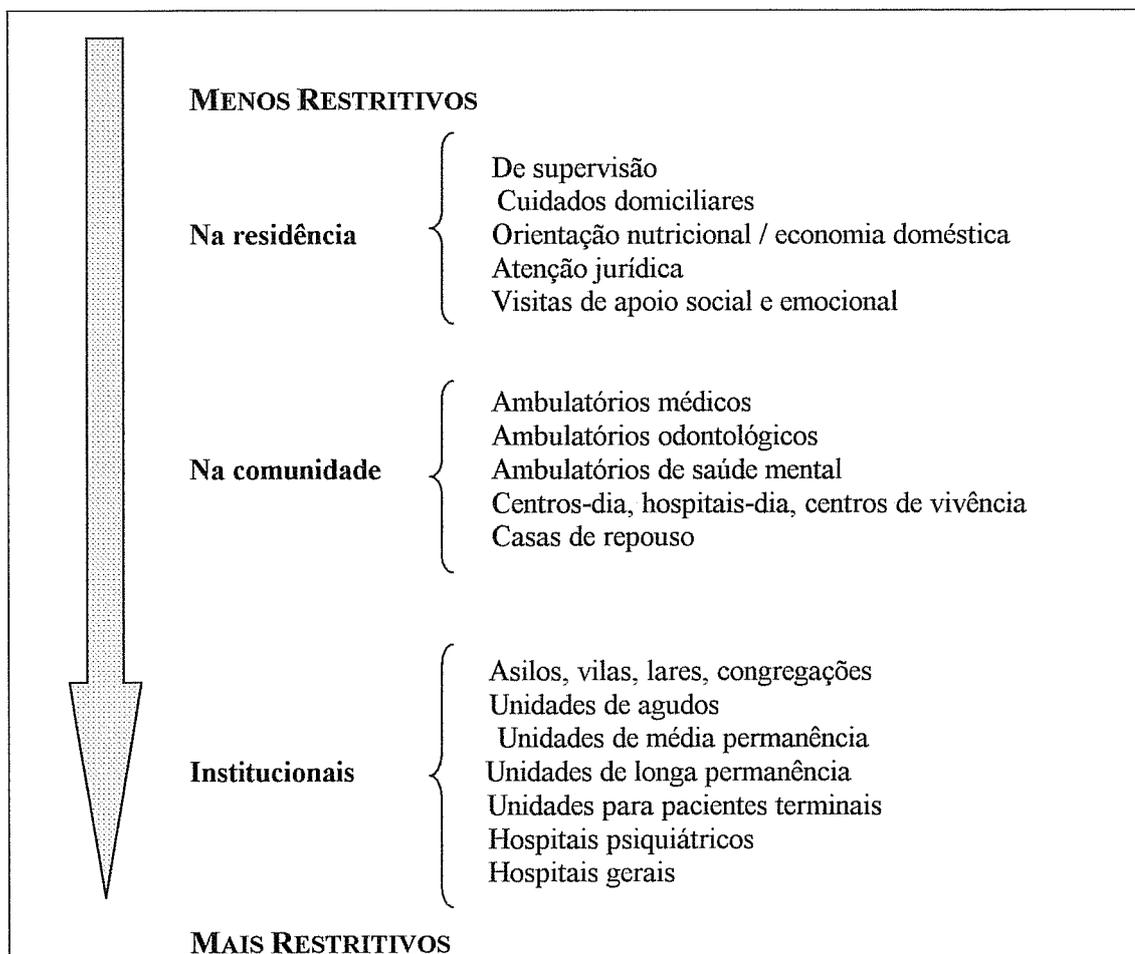
² VEJA, 22.3.2000.

programas nutricionais; pela presença de assessoria em gerotecnologia³, visando à adaptação do ambiente físico e adoção de equipamentos de apoio às suas necessidades; pela disponibilidade de centros de cuidados diários; pela possibilidade de acesso a cuidadores que se alternem com os familiares para permitir-lhes trabalhar fora e atender a outros compromissos sociais e familiares; e, finalmente, pela possibilidade de assistência intensiva àqueles que estão na iminência da morte. No âmbito institucional, os idosos e suas famílias podem dispor de alternativas oferecidas a idosos com diferentes graus de dependência física, psicológica e financeira, por períodos curtos ou prolongados, em domicílios coletivos ou individuais, congregados em aldeias ou em condomínios (Beaver e Miller, 1998; Cohen, Hyland e Devlin, 1999). O Quadro 1 apresenta um resumo dessas possibilidades, considerando o grau de afastamento que impõem aos idosos, em relação ao convívio independente na comunidade e na residência.

³ Gerotecnologia é o estudo multidisciplinar da interação da velhice com a tecnologia, visando ao benefício da qualidade de vida diária dos idosos no ambiente doméstico, institucional, de trabalho e urbano, bem como à prevenção de declínios em força, flexibilidade e persistência do desempenho. Tem em vista: 1) a otimização do desempenho dos idosos; 2) a promoção do seu bem-estar e 3) a diminuição de riscos de acidentes e doenças. É também o planejamento e o estudo da eficácia de adaptações médicas e ergonômicas que contribuem para compensar limitações decorrentes da velhice normal e patológica e para facilitar a vida dos cuidadores (Vercruyssen *et al.*, 1996).

Quadro 1

Possibilidades de serviços de assistência à velhice, considerando-se os locais em que são prestados



Nossas políticas sociais ignoram que o binômio doença-velhice tem alta probabilidade de ocorrência nas instituições para idosos, uma vez que, com o transcorrer do tempo, aumentam a possibilidade de maior dependência funcional e as necessidades de cuidados mais intensivos⁴. Se o poder público e as instituições desconsideraram essa verdade, a probabilidade de idosos mal assistidos nos asilos e não assistidos na

⁴ Dados internacionais confirmam essa ocorrência. Nos Estados Unidos, estima-se que dois terços dos residentes em asilos sofrem de demência. A prevalência de sintomas depressivos, psicoses e distúrbios comportamentais graves em instituições para idosos é estimada entre 30 e 50%, 20 e 40%, e 23 e 41%, respectivamente (Gatz, Kasl-Gotley e Karel, 1996).

comunidade aumenta de modo substancial.

Oficialmente caracterizadas como instituições de assistência social, a maioria de nossas instituições asilares apenas cumpre funções de abrigo, custódia e proteção, de caráter paternalista, em meio a problemas financeiros, escasso treinamento e má remuneração dos profissionais que prestam os serviços (Piloto *et al.*, 1998; Pavarini, 1997). Nelas, inexistem ou há descontinuidade de serviços médicos sistemáticos além de não serem obedecidos os princípios técnicos na condução dos serviços de nutrição, higiene, conforto, segurança ambiental e de bem-estar social e psicológico.

Se, por um lado, a realidade dos asilos no Brasil é de oferta paternalista de serviços de qualidade questionável, é justo lembrar que a obediência a princípios humanitários e a experiência prática respondem por razoável grau de bem-estar objetivo proporcionado a muitos idosos. Não é diferente do que acontece em outros países onde existe uma rede de assistência mais eficaz e, teoricamente, um acompanhamento mais constante dos serviços prestados. Nesses países, a literatura sobre asilos oferece também um retrato negativo das condições oferecidas aos idosos. Os cuidadores responsáveis pelo cuidado direto são geralmente descritos como intransigentes, rudes e cruéis. Há muitos dados sobre abuso físico e psicológico, infantilização, despersonalização, desumanização e frieza (Pillemer e Moore, 1989; Tellis-Nayak, 1989), embora outros estudos relatem que há cuidados afetuosos e pessoas dedicadas e comprometidas trabalhando em instituições (Foner, 1994).

Foner (1994) manifesta-se contrária a qualquer tipo de reducionismo na avaliação de asilos. Com base em pesquisas de observação, a autora argumenta que os responsáveis pelos cuidados diretos não são nem santos nem monstros. Apenas uma pequena minoria seriam pessoas consistentemente cruéis e abusadoras, ou consistentemente calorosas e aceitadoras. Segundo a autora, a realidade cotidiana mostra a predominância de padrões estáveis de cuidados, entremeados por episódios ocasionais de mau humor, impaciência, grosseria, insensibilidade, despersonalização e infantilização.

Mesmo em locais em que prepondera um padrão inaceitável de cuidados, ocorrem episódios de genuína dedicação e de genuíno apuro nos cuidados. Um segundo argumento utilizado pela autora contra avaliações apressadas e reducionistas assenta-se sobre a análise das condições de trabalho dos cuidadores diretos dos asilos. Não que Foner aceite a presença de maus-tratos, mas o que comenta é que o cuidar é um trabalho desgastante, pouco reconhecido e mal pago; os cuidadores, com frequência, são vítimas de maus-tratos psicológicos, abusos verbais e preconceitos por parte de alguns idosos e de outros profissionais.

Com base na observação de um asilo filantrópico brasileiro, onde levantou padrões da interação cuidador–idoso, Pavarini (1997) acrescenta elementos valiosos a essa discussão. A autora pondera que as pessoas que trabalham em cuidados diretos são geralmente mulheres de baixa escolaridade, que recebem baixos salários e têm baixo status profissional. Submetidas a rotinas de trabalho física e emocionalmente estafantes, transporte deficitário e alimentação precária, de modo geral essas mulheres assumem uma segunda jornada de trabalho em seus lares. Esses elementos, em associação com falta de treinamento, baixo reconhecimento e baixa auto-estima, possivelmente são responsáveis pela grande rotatividade de mão-de-obra observada nos asilos de idosos.

No entanto, mesmo contando com escassas oportunidades de treinamento e acompanhamento, essas trabalhadoras não especializadas geralmente pautam seu trabalho por normas sociais de respeito, carinho e proteção aos idosos. Esses valores apareceram nas entrevistas realizadas por Pavarini, nas quais as cuidadoras expressavam preocupação, afetos positivos, dedicação, compreensão e compaixão pelos idosos. Mesmo assim, um olhar profissional sobre padrões de interação que mantinham com os idosos mostrou que tendiam muito mais a induzir dependência comportamental do que independência e autonomia, dado esse semelhante a outros coletados na Alemanha e nos Estados Unidos por Margret Baltes e seus colaboradores (M. Baltes, 1988; M. Baltes e Wahal, 1992; M. Baltes, Neumann e Zank, 1994; M. Baltes e Wahal, 1996; M. Baltes, 1996).

Não existem levantamentos precisos sobre a quantidade de asilos de velhos no Brasil. A rede é composta por instituições de caridade, clínicas privadas e instituições públicas. Catalogação incompleta feita pela Secretaria de Ação Social do Ministério de Previdência e Assistência Social menciona a existência de cerca de 900 asilos em todo o Brasil⁵. Tampouco há um levantamento confiável sobre o número de idosos brasileiros residentes em asilos. Porém, estimativas mundiais dão conta de que aproximadamente 5% da população de mais de 65 anos reside em asilos e que o risco de institucionalização aumenta com a idade (Beaver e Miller, 1998).

Em 1988, Hôte realizou em trabalho de levantamento em todo o Brasil e encontrou uma cifra de velhos asilados próxima à citada. A diferença é que aqui, como o asilamento comumente é ocasionado pela pobreza, a idade-limite é bem mais baixa do que no exterior (dependendo da região, chega a ser 45 ou 50 anos). A verdade é que a escassez de dados reflete e influencia a pouca importância que se dá ao tema (Born e Abreu, 1996).

Motivados pela inquietante demanda de institucionalização apresentada por idosos acompanhados em ambulatório especializado, Piloto *et al.* (1998) pesquisaram asilos na cidade do Rio de Janeiro. Identificaram 80 asilos e visitaram 22 deles. A maioria recebia pessoas de ambos os sexos (71,3%), sendo a clientela predominantemente feminina. Aproximadamente a quarta parte deles era exclusiva para mulheres e somente 5% para os homens. Mais de 50% eram de pequeno a médio porte (11 a 30 leitos). A maior parte era de natureza privada e um, apenas, público. Ressaltaram que, de fato, as obras filantrópicas (22 asilos; 27,5% do total) eram as que possibilitavam o acesso da população de baixa renda ao sistema asilar.

Cunha (1976) estima que 73,7% dos asilados da região de Belo Horizonte (MG) apresentavam quadros demenciais e Viana de Paula (1976) cita relatório de um grupo de observadores do Inamps, também de 1976, que levantou que 30% dos velhos internados

⁵ Comunicação oral apresentada pela representante da SAS no XI Congresso Brasileiro de Geriatria e Gerontologia, em 1997.

em asilos e albergues de Minas Gerais morriam no primeiro ano de internação. Costa, Oliveira e Rezende (1999) caracterizam como dementes mais da metade dos idosos institucionalizados em Uberlândia (MG). Faria, Oliveira e Moraes (2000), afirmando que a institucionalização do idoso é fenômeno comum e pouco estudado, obtém uma prevalência extremamente alta de déficits cognitivos ao lado de elevada letalidade em um ano (17%) entre idosos moradores de 10 asilos aleatoriamente selecionados de Belo Horizonte (MG). Gomes *et al.*(2000), estudando as admissões em um asilo de grande porte da cidade de São Paulo, mostraram a prevalência do sexo feminino (70%), do grupo etário 70-89 anos (70%), de um baixo desempenho cognitivo (Mini-Exame do Estado Mental) e de um alto grau de dependência (índice de Katz). Jordão Neto (1986) analisou duas pesquisas (de 1975 e 1979–80) feitas com pessoas internadas em estabelecimentos de atendimento a idosos na Grande São Paulo. Seu objetivo era o de atualizar conhecimentos sobre as condições de atendimento prestadas por obras particulares que recebiam auxílio e/ou subvenções do governo estadual. Afirma que não é possível avaliar de modo preciso se a maioria das obras responde às necessidades dos idosos, ou se funciona como meros “depósitos de velhos” (grifo do autor).

A participação do setor público no suporte aos asilos é muito restrita e, quando ocorre, é distorcida por convênios do Serviço Único de Saúde (SUS) com as conhecidas "casas de apoio", onde o idoso fica hospitalizado de forma permanente, embora não haja indicação clínica. "SALIC", é o acróstico mordaz de “Síndrome de Abandono ao Leito e da Irresponsabilidade Coletiva”, no jargão de residentes de Medicina. Enquanto se beneficiam de verbas públicas, muitas dessas casas de apoio transformam seus internos em vítimas dessa “síndrome”. Com a terça parte de seus 103 funcionários dedicada a atividades de assistência em enfermagem, em 1996 o Lar dos Velhinhos de Campinas teve suspenso um embrionário convênio com o SUS, via Secretaria Municipal da Saúde, sob a alegação de que, por ser uma entidade social, não poderia receber recursos do Ministério da Saúde.

Um determinante crucial da precariedade, descontinuidade e desigualdade dos serviços nacionais prestados a idosos asilados é a falta de um trabalho de avaliação constante da sua qualidade. Essa avaliação deveria ser feita permanente e internamente

no âmbito das instituições e deveria ser coadjuvada por um conjunto de normas básicas a serem universalmente observadas pelas instituições.

1.2. Avaliação da qualidade da assistência proporcionada por asilos de idosos

Desde os anos 60, em vários países, o sistema de regulamentos públicos para asilos focaliza variáveis de ordem estrutural e processual, exemplificadas pela presença de uma equipe mínima e do fornecimento de certos tipos de serviços. No entanto, os pesquisadores advogam o uso de medidas baseadas em resultados, tanto para avaliar a qualidade do cuidado, quanto para propósitos de reembolso pelas instituições públicas.

Entre esses pesquisadores, pode-se citar o trabalho de Kane (1995), que propõe que se use um protocolo mínimo, adaptável a cada instituição e às peculiaridades dos seus residentes, para gerar dados sobre os serviços oferecidos e os resultados de asilos de idosos. Nos Estados Unidos, Mukamel (1997) publicou o primeiro estudo empírico demonstrando como o desempenho dos asilos pode variar ao longo de vários critérios de resultado e não apenas de fatores estruturais e processuais. No mesmo país, Porell e Caro (1998) propuseram um sistema de avaliação constante e de natureza longitudinal, por períodos dilatados, em que os registros são feitos por categorias operacionalmente definidas.

O trabalho de Kane, publicado em 1995, consiste na proposição de um protocolo mínimo de registro dos domínios que devem merecer atenção dos avaliadores. São eles:

- 1) Funcionamento fisiológico.
- 2) Capacidade funcional expressa em AVDs e AIVDs.
- 3) Dor e desconforto.
- 4) Cognição.
- 5) Afeto.
- 6) Atividade social.
- 7) Relações sociais.
- 8) Satisfação.

O protocolo por ele sugerido mescla elementos estruturais e processuais com resultados contidos em duas categorias. A primeira diz respeito à saúde da totalidade dos residentes e inclui os seguintes tópicos:

- 1) Padrões cognitivos.
- 2) Padrões de comunicação e audição.
- 3) Padrões de audição.
- 4) Funcionamento físico e problemas estruturais.
- 5) Continência.
- 6) Bem-estar psicossocial.
- 7) Humor e padrões de comportamento.
- 8) Padrões de envolvimento em atividades.
- 9) Diagnóstico de doenças.
- 10) Condições de saúde.
- 11) Status oral e nutricional.
- 12) Condições da pele.
- 13) Uso de medicação.
- 14) Tratamentos e procedimentos especiais.

A segunda categoria cobre os seguintes aspectos da avaliação dos residentes:

- 1) Delirium.
- 2) Função visual.
- 3) Comunicação.
- 4) AVDs e potencial de reabilitação.
- 5) Incontinência urinária e uso de cateteres.
- 6) Bem-estar psicossocial.
- 7) Humor.
- 8) Comportamento.
- 9) Atividades.
- 10) Quedas.
- 11) Nutrição.
- 12) Alimentação parenteral.
- 13) Hidratação e manutenção dos fluidos.

- 14) Cuidados dentários.
- 15) Úlceras de pressão.
- 16) Uso de drogas psicotrópicas.
- 17) Uso de restrição física.

Mukamel (1997) avança na questão da avaliação dos resultados dos asilos ao argumentar que medidas de resultados confiáveis devem ter quatro propriedades:

- 1) Referir-se tanto a produtos desejáveis quanto indesejáveis.
- 2) Ser sensíveis à influência de cuidados de saúde e de proteção.
- 3) Ser baseadas em populações suficientemente extensas para diminuir a possibilidade da influência de variáveis estocásticas.
- 4) Levar em conta a influência de fatores de risco ligados aos pacientes e que estão fora do controle dos provedores dos cuidados.

No entanto, conforme Porell e Caro (1998), os dados empíricos relatados por Mukamel (1997) não informam sobre as propriedades longitudinais dos desempenhos dos asilos em determinados quesitos, nem são sensíveis a pequenos problemas ocorridos em períodos particulares e que podem provocar alterações idiossincrásicas nos resultados. Os dois autores desenvolveram um sistema de medida de resultados de asilos sobre o bem-estar dos usuários, a partir de coleta de dados rotineira realizada em mais de 500 asilos no estado de Massachusetts, EUA. Ao longo de três anos, as medidas foram realizadas a intervalos semestrais com todos os residentes.

O sistema de Porell e Caro (1998) de avaliação de asilos comporta indicadores de saúde dos idosos e de qualidade dos cuidados. A primeira categoria, saúde dos residentes, compreende quatro indicadores:

- 1) Taxa de sobrevivência.
- 2) Status funcional indicado pelo número de AVDs preservadas.
- 3) Status cognitivo e comportamental.
- 4) Status de incontinência urinária e fecal.

Na segunda, que compreende indicadores da qualidade do cuidado, existem cinco elementos:

- 1) Úlceras de decúbito.
- 2) Utilização de restrição física.
- 3) Fraturas.
- 4) Acidentes.
- 5) Mudança de peso.

Os dois primeiros indicadores de saúde são os mais básicos à avaliação dos produtos de um asilo. Os outros dois refletem dimensões específicas da saúde e da capacidade funcional dos residentes. Todos os quatro podem ser afetados por eventos não controláveis pela instituição, porque são sujeitos ao curso do envelhecimento. No entanto, em conjunto, podem ser afetados por cuidados preventivos, diagnóstico precoce e atenção constante da equipe, o que os elege como itens privilegiados para a avaliação de resultados de uma instituição. Os outros cinco indicadores não são medidas diretas de saúde, mas são poderosos indicadores da qualidade dos cuidados, e assim sendo, funcionam como preditores de saúde e da capacidade funcional dos idosos.

Não temos no Brasil um sistema de normas mínimas específicas reguladoras da qualidade do ambiente e dos serviços prestados a idosos. Tampouco temos notícia sobre a existência de estudos brasileiros de avaliação e de acompanhamento dos efeitos dos serviços oferecidos para a qualidade de vida dos idosos.

Em 1984 Lawton propôs o conceito de *docilidade ambiental*, segundo o qual na medida em que a competência declina, o comportamento torna-se crescentemente determinado por fatores externos e descreveu os seguintes princípios (que podem servir como guia para o estabelecimento de normas para o funcionamento de asilos; *apud* Pynoos e Regnier, 1992):

- 1) Assegurar a privacidade.
- 2) Dar oportunidades para interação social.
- 3) Dar oportunidades para exercício de controle pessoal, liberdade de escolha e autonomia.
- 4) Personalização do tratamento, de objetos e locais.

- 5) Facilitar a orientação espacial.
- 6) Assegurar a segurança física.
- 7) Facilitar o acesso a equipamentos e o funcionamento na vida do dia-a-dia.
- 8) Propiciar um ambiente estimulador e desafiador.
- 9) Facilitar a discriminação de estímulos visuais, tácteis e olfativos.
- 10) Planejar ambientes, na medida do possível, bonitos e agradáveis.
- 11) Tornar o ambiente flexível para o atendimento de novas necessidades.
- 12) Tornar o ambiente mais familiar através de referências históricas, objetos familiares, arranjos tradicionais de mobiliário e contato com a natureza.

1.3. Fundamentos e justificativas para este trabalho

Na organização das ações do Lar dos Velinhos de Campinas, que constitui o cenário do presente texto, partiu-se da premissa de que a atenção aos idosos institucionalizados deve ser organizada para atender às necessidades globais de uma população heterogênea e para cuidar das necessidades individuais. Acredita-se que a compreensão da “homeostenose” física, social e psíquica do envelhecimento possibilita a implantação de uma política comum e individualizada de tratamentos baseada na estimulação das capacidades de reserva de cada idoso. Em diferentes graus, tal forma de intervenção permite a manutenção e a melhoria das capacidades existentes, a recuperação das perdas já ocorridas e o retardamento do declínio dos internos.

O estado incipiente da oferta e da avaliação de cuidados a idosos nos asilos brasileiros sugere que é relevante conduzir estudos de caráter histórico e metodológico. Essas razões são as justificativas para o presente trabalho, que está dividido em duas partes. Na primeira, fazemos um registro histórico sobre a vida do Lar dos Velinhos de Campinas, um asilo de idosos que, ao longo de quase um século de existência, transformou-se de asilo de mendicidade em abrigo para idosos desamparados e, desta condição, em uma instituição de natureza médico-social que presta cuidados integrais à saúde e ao bem-estar dos idosos.

O relato histórico tem um duplo objetivo. Em primeiro lugar, pretende-se mostrar a trajetória de mudanças pelas quais passou a instituição, que progressivamente deixou de ser apenas filantrópica e pautada por princípios de caridade cristã, para definir-se como instituição de promoção de qualidade de vida na velhice, pautada por princípios técnico-científicos. Para a elaboração do histórico, foram compilados dados que se encontravam distribuídos em livros de atas, boletins e arquivos da instituição, bem como em recortes de jornais de época.

Em segundo lugar, contextualizar essas ocorrências no âmbito das mudanças na realidade de velhice e dos asilos de idosos ao longo do século XX, mudanças essas que refletem as alterações socioculturais pelas quais passaram a cidade de Campinas, a sociedade brasileira, a assistência asilar a idosos e o próprio exercício da Geriatria e da Gerontologia no País.

O histórico deverá servir como pano de fundo para a descrição do processo de construção do modelo de atendimento do Lar dos Velhinhos de Campinas a partir de 1984, quando foi iniciado o processo de registro e avaliação constante das ações de atendimento visando à saúde e ao bem-estar global dos internos. Registrar e analisar passam, então, a ser procedimentos rotineiros na instituição, utilizados como fundamentos das decisões. Isso significa que passou também a haver um cuidado especial em treinar e avaliar constantemente o pessoal técnico no planejamento, implementação e avaliação de programas de atendimento, de treinamento em serviço, de formação de recursos humanos na área da saúde e de produção de conhecimento sobre a velhice institucionalizada. No bom atendimento a idosos asilados, a pesquisa e o cuidado devem caminhar juntos, integrando-se e beneficiando-se mutuamente, para que se possa obter melhoria da qualidade de vida (Williams, 1988).

Como indicadores da qualidade dos serviços prestados na instituição e das mudanças de qualidade de vida dos internos, promovidas durante o processo de desenvolvimento do nosso modelo de atendimento, foram selecionados quatro dos programas desenvolvidos a partir de 1984, que incluíram coleta sistemática de dados: o programa do exame de admissão, o programa de acompanhamento permanente da

morbidade e da mortalidade, o programa de atenção às quedas e o programa de acompanhamento nutricional. Além desses relatos, são apresentados dois outros que focalizam parâmetros de medicina interna da população assistida – um sobre velocidade de hemossedimentação e o outro sobre osteoporose. Com isso, a intenção é demonstrar a possibilidade de os profissionais que trabalham em asilos atuarem como pesquisadores.

Acredita-se que a divulgação de um relato sistemático sobre as mudanças em procedimentos ao longo do tempo e de dados sobre as peculiaridades de programas cientificamente fundamentados será um instrumento útil à tomada de decisões por instituições congêneres. Ao mesmo tempo, tais conteúdos poderão servir para o preenchimento de lacunas no conhecimento sobre a velhice institucionalizada no Brasil.

NOVENTA E SEIS ANOS DO LAR DOS VELHINHOS DE CAMPINAS: DA ASSISTÊNCIA FILANTRÓPICA AO ESTABELECIMENTO DO CUIDADO FUNDAMENTADO POR PRINCÍPIOS TÉCNICO-CIENTÍFICOS

Todos os serviços deste estabelecimento reflectem o espirito de caridade, que inspirou esta generosa creação da iniciativa particular, tão honrosa à civilização de Campinas e tão digna da protecção das almas bem formadas. Em tudo aqui transluz, com singeleza, a hygiene, a ordem, o methodo, o asseio, a sympathy pelos soffrimentos humanos, envolvendo as miserias da invalidez numa atmospheria de suave agasalho e bondade consoladora.(...) Janeiro , 9, de 1911.

(Ruy Barbosa, no *Livro de Visitantes do LVC*, p. 60)

A história dos asilos brasileiros começa provavelmente em 1790, ano que marca a fundação da primeira instituição para velhos no Brasil, a Casa dos Inválidos, no Rio de Janeiro. Em 1890, é fundado o Asilo São Luiz para a Velhice Desamparada e, em 1909, surge nessa mesma instituição um pavilhão para velhos não desamparados (Groisman, 1999). Esse evento assinala uma desvinculação da velhice da mendicância, da vadiagem, da pobreza e do desamparo. Se bem que, longinquamente, há aí um prenúncio de medicalização do atendimento em asilos: até hoje nossas instituições são consideradas pelo poder público como de assistência social.

Trajetória idêntica seguiu o Lar de Velhinhos de Campinas nos últimos 96 anos, acompanhando a emergência da cidade como pólo econômico ligado ao plantio e ao comércio cafeeiro e depois à industrialização e à diversificação de atividades dos segmentos secundário e terciário da economia.

No final do século XIX e início do século XX, a assistência social era ditada por

princípios associados aos valores de uma sociedade escravocrata, governada pela oligarquia rural. Aos mais necessitados, davam-se esmolas – um atendimento pronto, direto, impulsionado pela caridade cristã, exemplo do assistencialismo filantrópico do Brasil de então.

Campinas já enfrentara três surtos epidêmicos de febre amarela. Muitos haviam abandonado o trabalho no campo vindo a constituir uma verdadeira massa errante que, para sobreviver, batia de porta em porta nas cidades. Simultaneamente, a modernidade impulsionava a transição de uma sociedade senhorial escravocrata para o modelo burguês.

Nessa época, a categoria social pobre é criada, justamente quando a pobreza começa a ser vista pela aristocracia cafeeira como um problema social. A pauperização crescente obriga a elite campineira a começar a administrar a pobreza, procedendo ao seu asilamento. Igreja, elite e políticos juntam-se para criar instituições assistenciais: o Asilo de Órfãos da Santa Casa, a Hospedaria de Imigrantes, o Asilo de Leprosos, a Creche Bento Quirino e o Asilo de Mendicidade (atual Lar dos Velinhos de Campinas), dentre outras.

2.1. Nos primórdios, a rigidez do sistema

Encontraram-se, nas colunas do Diário de Campinas de 22 de janeiro e de 8 de fevereiro do ano de 1899, artigos do jornalista Antônio Sarmiento ressaltando a urgência de ser criado um asilo para desvalidos de ambos os sexos que, pela idade e moléstias, não tinham mais possibilidade de trabalhar. Cinco anos depois, a idéia é fortemente defendida pelo Dr. Paulo Machado Florence, então delegado de polícia, que vem a promover uma reunião, na data de 25 de julho de 1904, na sala de audiências da delegacia, para tratar da fundação do Asilo de Mendicidade. Dessa reunião saiu uma comissão central com a função de angariar donativos e construir o asilo. Essa é considerada a data "oficial" da fundação do Lar dos Velinhos de Campinas.

Informações retiradas do Livro de Matrículas do LVC, então Asylo de Inválidos, em seu primeiro ano de funcionamento, entre 8 de dezembro de 1905 e 3 de dezembro de 1906, dão conta da presença de 91 pessoas, cujas idades variavam de 27 a 100 anos e que em sua maioria eram homens. O Quadro 2 permite apreciar não só características sociodemográficas desse grupo como também conhecer quais eram os tipos de registro correntes na época. Os dados nele contidos tornam clara também a destinação mista desse tipo de asilo, que se prestava ao abrigo dos indesejáveis, marcados pela pobreza, pela doença e pela velhice.

Quadro 2
Movimento de ingressos e desligamentos de internos no Lar dos Velhinhos de Campinas em seu primeiro ano de funcionamento (1905–1906)

Número	Iniciais	Sexo/idade	Nacionalidade	Cor	Ingresso	Saída	OBSERVAÇÃO
1	PF	M / 92	ITALIANO	BRANCO	08/12/05	21/12/05	XX
2	PP	M / 65	ITALIANO	BRANCO	08/12/05	09/02/07	PARALÍTICO PERNA (m)
3	DB	M / 48	BRASILEIRO	FULA	08/12/05	10/04/06	ALEIJADO
4	ABS	M / 48	BRASILEIRO	CABOCLO	10/12/05	23/03/06	SOFRE DE ANEMIA
5	JB	M / 60	ESPANHOL	BRANCO	10/12/05	06/07/06	FERIDA CRÔNICA PERNA
6	JV	M / 70	ESPANHOL	BRANCO	10/12/05	18/12/17	FALECEU
7	NP	M / 77	ITALIANO	BRANCO	10/12/05	27/03/06	LADO E FRAT. FALECEU
8	JM	M / 60	BRASILEIRO	PRETO	10/12/05	13/11/16	SANTA CASA
9	BFT	F / 55	BRASILEIRA	PRETA	10/12/05	26/06/11	FALECEU
10	AS	M / 50	BRASILEIRO	PRETO	10/12/05	06/04/06	REUMATISMO EXPULSO
11	MS	M / 53	BRASILEIRO	PRETO	10/12/05	05/02/06	FERIDA PÉS FALECEU
12	ML	F / 55	BRASILEIRA	CABOCLA	10/12/05	19/02/16	REUMATISMO FALECEU
13	SG	M / 72	ITALIANO	BRANCO	10/12/05	03/12/06	SENILIDADE EXPULSO
14	VMA	F / 100	BRASILEIRA	PRETA	11/12/05	20/01/06	FALECEU D. SAÍDA
15	CS	M / 84	AFRICANO	PRETO	12/12/05	08/02/14	REUMATISMO FALECEU
16	MN	M / 57	BRASILEIRO	PRETO	12/12/05	22/01/06	SOFRE PEITO. RET. 12/05
17	FS	M / 41	BRASILEIRO	MULATO	12/12/05	30/04/16	PARALÍTICO FALECEU
18	SPM	M / 67	BRASILEIRO	PRETO	12/12/05	18/04/07	FALECEU
19	JM	M / 70	BRASILEIRO	PRETO	12/12/05	17/08/10	CEGO FALECEU
20	LCJ	M / 40	BRASILEIRO	BRANCO	12/12/05	18/12/05	CEGO RETIROU-SE
21	LB	F / 37	BRASILEIRA	PRETA	12/12/05	08/07/06	IDIOTA / FUGIU
22	JFP	M / 70	PORTUGUÊS	BRANCO	14/12/05	25/07/09	MÚSCULOS ATROFIADOS
23	JSL	M / 51	BRASILEIRO	PRETO	14/12/05	20/01/07	ALEIJADO PERNA ESQ.
24	NA	M / 80	AFRICANO	PRETO	14/12/05	11/11/10	SOFRIA DO PEITO
25	ATN	M / 75	BRASILEIRO	PRETO	14/12/05	17/12/05	FALECEU NA SANTA CASA
26	RMR	F / 27	BRASILEIRA	PRETA	14/12/05	06/04/06	ALEIJADA PERNA+BR. ESQ.
27	LMC	F / 30	BRASILEIRA	PRETA	14/12/05	15/06/06	CEGA OLHO ESQ.
28	TG	F / 60	ITALIANA	BRANCA	19/12/05	19/01/16	FALECEU NO ASILO
29	MAR	F / 60	BRASILEIRA	CABOCLA	19/12/05	27/07/09	SOFRIA SENILIDADE
30	ABMC	F / 80	BRASILEIRA	PRETA	19/12/05	21/01/08	SENILIDADE
31	BT	F / 80	BRASILEIRA	PRETA	19/12/05	20/08/07	SENILIDADE
32	IQ	F / 90	BRASILEIRA	PRETA	19/12/05	22/11/09	SENILIDADE
33	P	F / x	BRASILEIRA	PRETA	19/12/05	30/08/09	MUDA / DEMENTE
34	CA	M / 75	BRASILEIRO	PRETO	19/12/05	07/01/06	SAIU
35	RA	M / 63	ESPANHOL	BRANCO	21/12/05	28/08/08	REUMATISMO
36	TG	F / 73	ESPANHOLA	BRANCA	21/12/05	18/10/08	FALECEU
37	EP	F / 84	ITALIANA	BRANCA	23/12/05	17/06/08	FALECEU S. CASA
38	DP	M / 46	ITALIANO	BRANCO	29/12/05	31/01/08	CEGO OLHO ESQ.
39	BMD	F / 70	BRASILEIRA	BRANCA	31/12/05	21/02/06	FOI P/ CIDADE
40	AJ	M / 50	BRASILEIRO	MULATO	03/01/06	15/05/17	FOI P/ S. CASA
41	AL	M / 66	ITALIANO	BRANCO	03/01/06	19/01/06	FOI P/ FAZENDA

42	JAA	M / 70	BRASILEIRO	PRETO	07/01/06	05/05/08	REUMATISMO
43	GA	M / 70	AFRICANO	PRETO	13/01/06	28/08/06	FERIDA PERNA ESQ.
44	MN	M / 39	BRASILEIRO	PARDO	13/01/06	22/01/06	REUMATISMO
45	JGR	M / 62	ESPANHOL	BRANCO	20/01/06	14/08/06	SOFRE DAS VISTAS
46	JAA	M / x	BRASILEIRO	PRETO	02/02/06	20/01/07	FOI P/ CIDADE
47	AC	F / 77	BRASILEIRA	PRETA	02/02/06	20/01/07	FOI P/ CIDADE
48	AC	M / 80	ITALIANO	BRANCO	07/02/06	23/03/06	FALECEU S. CASA
49	MC	M / 78	BRASILEIRO	PRETO	15/02/06	11/04/06	FOI P/ CIDADE
50	JFR	M / 92	BRASILEIRO	BRANCO	28/02/06	16/07/06	FOI P/ OURO FINO
51	SCS	M / 36	BRASILEIRO	BRANCO	03/03/06	05/04/06	DEMENTE / POLÍCIA
52	BC	M / 69	BRASILEIRO	PRETO	08/03/06	14/04/06	FOI P/ CIDADE
53	ALB	M / 57	BRASILEIRO	BRANCO	17/03/06	24/03/06	LICENÇA P/ SAIR N. VOLTUO
54	B	F / 28	BRASILEIRA	PRETA	22/03/06	21/06/06	MUDA/ LOUCA/POLÍCIA
55	JMS	F / 35	BRASILEIRA	FULA	22/03/06	13/06/20	DEMENTE
56	MUDO B....	M / 52	BRASILEIRO	FULA	27/03/06	13/05/16	MUDO / MORTE NO ASILO
57	HB	M / 100	AFRICANO	PRETA	29/03/06	07/04/06	MORTE 30/04 / S. CASA
58	AD	M / 60	ITALIANO	BRANCO	07/04/06	20/10/06	RETIROU-SE
59	IMR	F / 68	BRASILEIRA	BRANCA	20/04/06	12/09/07	CEGA MORTE S. CASA
60	A	F / 28	ALEMÃ	BRANCA	02/05/06	10/11/06	FALECEU NA S. CASA
61	CG	M / 50	BRASILEIRO	CABOCLO	04/05/06	17/03/07	RETIROU-SE
62	MGS	M / 68	BRASILEIRO	MULATO	04/05/06	31/05/21	CEGO MORTE FAZENDA
63	GMC	M / 90	BRASILEIRO	PRETO	15/06/06	07/03/07	SANTA CASA
64	JB	M / 42	ESPANHOL	BRANCO	22/06/06	22/11/07	FUGIU
65	LB	M / 96	ITALIANO	BRANCO	09/07/06	14/01/07	FALECEU
66	ES	M / 90	AFRICANO	BRANCO	09/07/06	01/05/10	FALECEU 07/06/10 S. CASA
67	MGS	F / 70	BRASILEIRA	BRANCA	11/07/06	11/11/07	FALECEU
68	FAO	M / 76	BRASILEIRO	BRANCO	12/07/06	11/09/06	REUMATISMO FALECEU
69	CA	M / 61	ITALIANO	BRANCO	03/08/06	11/09/06	RETIROU-SE
70	MC	M / 100	AFRICANO	PRETO	04/08/06	22/09/11	FALECEU OUT/11
71	EM	F / 90	BRASILEIRA	PRETA	11/08/06	20/08/06	FALECEU S. CASA
72	CM	F / 80	AFRICANA	PRETA	11/08/06	12/03/20	FALECEU
73	NC	M / 44	ITALIANO	BRANCO	27/08/06	04/09/06	FOI P/ CIDADE
74	AS	M / 75	BRASILEIRO	PRETO	28/08/06	05/01/07	S. CASA
75	MC	F / 62	ALEMÃ	BRANCA	28/08/06	05/01/07	FALECEU S. CASA
76	EA	M / 56	BRASILEIRO	BRANCO	04/09/06	09/02/07	FALECEU NA S. CASA
77	VJ	M / 75	ITALIANO	BRANCO	04/09/06	23/10/06	FOI P/ CIDADE
78	BPM	M / 60	BRASILEIRO	PRETO	04/09/06	21/10/06	FOI P/ CIDADE
79	AC	F / 73	POLACA	BRANCA	09/09/06	24/05/07	SUMIU OUT/09
80	JR	M / 73	ITALIANO	BRANCO	16/09/06	14/11/06	FOI P/ FAZENDA
81	JML	M / 80	BRASILEIRO	FULA	20/09/06	31/08/07	FALECEU 08/10/07
82	BD	M / 40	ITALIANO	BRANCO	21/09/06	07/10/06	XX
83	J	F / 45	BRASILEIRA	PRETA	30/09/06	X	XX
84	CP	M / 90	BRASILEIRO	BRANCO	07/10/06	21/07/08	XX
85	SMR	F / 70	BRASILEIRA	PRETA	10/10/06	21/07/08	FALECEU
86	PG	M / 50	ESPANHOL	BRANCO	10/10/06	15/05/07	FOI P/ S. CASA
87	MM	F / 95	AFRICANA	PRETA	27/10/06	19/01/07	FOI P/ CIDADE
88	PV	M / 75	ITALIANO	BRANCO	24/11/06	06/12/20	XX
89	FI	M / 85	BRASILEIRO	BRANCO	24/11/06	03/04/07	FALECEU S. CASA 27/04/07
90	JB	M / 70	BRASILEIRO	PRETO	24/11/06	04/05/09	FALECEU
91	ACG	M / 70	FRANCÊS	BRANCO	03/12/06	28/02/19	FALECEU ASILO

A primeira diretoria da entidade assumiu em assembléia-geral no dia 13 de agosto de 1904. Em 18 de dezembro do mesmo ano foi criada uma comissão com a incumbência de elaborar os primeiros estatutos.

Sem nenhuma explicação, nem nessa ata e nem nas posteriores, a de 13 de março de 1905 passou a usar a designação Asylo de Inválidos, em vez de Asylo de Mendicidade. Este foi efetivamente instalado em 10 de dezembro de 1905, com a

presença festiva de 408 cidadãos, dizem os registros. Comportava 40 leitos. O Asylo localizava-se na chácara República, que compreendia um antigo casarão, anteriormente palco de muitas reuniões em que se conspirava para a queda da monarquia. Esse casarão havia sido adquirido do chefe republicano coronel Bento Bicudo, parte com dinheiro das doações, parte com empréstimo levantado através do Banco Comércio e Indústria de São Paulo. A escritura definitiva foi lavrada em 23 de outubro de 1905. O casarão foi demolido no início dos anos 70.

O primeiro presidente do Asylo foi Orosimbo Maia, primeiro intendente de Campinas depois das mudanças políticas que separaram o Poder Executivo do Legislativo e talvez o maior representante da ideologia republicana na região. Administrador e político competente, foi prefeito por três mandatos, conseguindo mesclar sua liderança como membro de um partido revolucionário e atuar numa estrutura social marcada pelo conservadorismo e pela rigidez da Igreja Católica de então. Foi presidente também do Clube Campineiro (fundado em 1865, reunia a elite da cidade), precursor do sistema privado de ensino (em 1900 fundou, com outros cinco fazendeiros, o Colégio Progresso, por décadas exemplo de organização escolar) e assumiu a prefeitura pela primeira vez em maio de 1904. Retornaria a ela em 1908 e 1931.

Em 4 de março de 1906 havia um médico que prestava serviços gratuitos na instituição e em 30 de agosto de 1906 o presidente comunicou que a institucionalização somente dar-se-ia com atestado médico. Em 30 de junho de 1907 estavam registrados 75 asilados.

Em 24 de janeiro de 1914, criou-se comissão para reforma de estatutos e surgiu o cargo de mordomo. Há poucos registros entre 1914 e fins de 1923. Em 31 de dezembro de 1923, o número de asilados era de 150. Dessa data até 22 de dezembro de 1941 não há registros de mudanças nos padrões.

Ata de reunião realizada nessa data revela que 150 sócios solicitaram que se entregasse a administração da entidade para irmãs de caridade. Efetivamente, em 1º de julho de 1942 assumiu o asilo a Congregação das Irmãzinhas da Imaculada Conceição

(seis freiras) e em 2 de agosto de 1942 demitiu-se o Sr. Luiz Assumpção Leite, que foi mordomo por mais de 32 anos.

Em 8 de agosto de 1943 há registros de propostas de venda de terrenos do asilo para o custeio da construção de uma enfermaria com 20 leitos, de refeitórios para 200 pessoas (um masculino e um feminino), de lavanderia e de outras instalações. A venda foi feita, assim como as construções, e em 24 de dezembro de 1949 inaugurou-se o Pavilhão Comendador João Jorge, hoje Pensionato Nossa Senhora das Graças.

A ordem religiosa que respondia pelo asilo mudou depois por duas vezes. Em 2 de fevereiro de 1951, assumiram a administração as Irmãs Franciscanas do Sagrado Coração de Maria (sete irmãs) e em 26 de junho de 1956, as Irmãs Missionárias de Jesus Crucificado (sete irmãs, sendo uma superiora). A partir de 1985, as irmãs abandonaram as funções administrativas, basicamente por dois motivos. Em primeiro lugar, em decorrência de mudanças estruturais promovidas na ordem em função das recomendações do Concílio Vaticano II. Em segundo lugar, em virtude de as religiosas estarem envelhecidas e, muitas delas, doentes. Na atualidade, apenas uma religiosa exerce funções administrativas secundárias.

Em 1956, as atas do asilo citam a presença diária de um soldado cedido pelo 8º Batalhão de Polícia, já havia alguns anos, para assegurar a segurança no local.

Em 12 de outubro de 1957, informou o mordomo sobre reformas que visavam a instalar uma enfermaria anexa ao serviço médico. Em 12 de setembro de 1959, inauguraram-se outro ambulatório médico, necrotério e enfermaria.

Sob a gestão de Raphael de Souza Queiroz, por nove anos, ocorreu a construção de dez amplos pavilhões que foram inaugurados em 25 de fevereiro de 1971, contendo dois refeitórios, lavanderia, casa para as irmãs e capela. No mesmo período, ocorreram o asfaltamento das ruas internas, a construção do Pensionato São Rafael, a inscrição na Federação das Entidades Assistenciais de Campinas (Feac) e nova reforma dos estatutos.

Essa movimentação refletiu as concepções vigentes na sociedade sobre a quem competia cuidar da pobreza e, dentro dessa categoria, dos idosos. Até 1930, no Brasil, as ações assistenciais eram vistas como de responsabilidade de grupos religiosos. Muitas vezes, as questões sociais eram enfrentadas pelo Estado como se fossem questão de polícia. Entre 1930 e 1943, ocorreu o reordenamento do Estado nacional, marcado pela passagem do modelo agroexportador para o urbano-industrial. O Estado assumiu o papel de regular ou prover bens e serviços de saúde, educação, previdência, transporte, habitação e saneamento. Originalmente organizado para proteger o trabalhador assalariado no meio urbano, sob os governos militares dos anos 60 e 70, o conceito de proteção social ganhou a universalidade que hoje conhecemos (Silva e Silva, 1997), pelo menos segundo o que diz a legislação.

No entanto, a despeito dessas mudanças macrossocietárias, manteve-se no decorrer dos anos o costume de encaminhar ao “asylo”, deficientes físicos e “perturbados mentais”, havendo informes de ter a obra abrigado mais de 400 pessoas. Todavia, o maior número registrado é de 282.

Em 25 de julho de 1972, dado o expressivo número de idosos abrigados e por considerar depreciativas as designações de “asylo” e “inválidos”, decidiu a diretoria mudar a designação social da entidade para “Lar dos Velhinhos de Campinas” (LVC) e proceder a mudanças estatutárias visando a atender socialmente somente a velhice desamparada.

Em 4 de outubro de 1981, foi lançada a pedra fundamental do ambulatório médico que, conforme registros, ainda não funcionava em fevereiro de 1983. As atas de dezembro de 1982 a março de 1985 estão extraviadas.

2.2. A transição para uma nova ordem

Em 1984, após alguns anos de efetiva colaboração em que procurou modernizar a entidade através de mudanças estatutárias, Flávio da Silva Fernandes assumiu a presidência da mesma. Através de um compromisso não escrito, ligou o Lar dos

Velinhos de Campinas (LVC) ao clube rotariano de que fazia parte, o qual, desde então, tem fornecido os presidentes e praticamente a totalidade das diretorias para a condução da instituição.

A criação do Centro Geriátrico "Dr. Roberto Cecarelli"⁶ deu origem a um núcleo de estudos cujo objetivo principal era a gerocultura. Para tal impôs-se a constituição de uma equipe multiprofissional que, ao lado da atuação direta no âmbito de suas competências, passou a reunir-se semanalmente para discutir a realidade do LVC e propor a implementação de medidas que culminassem numa melhor atenção ao asilado e, por extensão, em melhor qualidade de vida para ele. Para isto obrigava-se, a todo momento, a produzir conhecimentos e a reconhecer as interfaces dos poderes que regiam a instituição: o poder político máximo, na esfera de provedor e nas mãos do presidente da instituição; o poder técnico, representado pela equipe multiprofissional cada vez mais integrada e complexa; o poder administrativo, representado por dois administradores e algumas chefias interligadas à presidência e à diretoria clínica; e o ainda atrofiado poder do usuário, o velho sem nome, objetivo maior e essência do existir da própria entidade.

Flávio da Silva Fernandes modernizou o asilo, nele criando a equipe multiprofissional e incentivando, pela primeira vez, o surgimento do poder técnico. A partir de então, uma diretoria leiga e uma rudimentar estrutura administrativa passaram a receber memorandos internos exigindo condições para melhor atender o idoso, então reconhecido como de responsabilidade da instituição. É importante notar que até 1984 não existiam sequer impressos ou modelos para uma efetiva comunicação interna. Em sua gestão, os idosos passaram a ser identificados em seus leitos, reuniram-se os refeitórios masculino e feminino, criou-se importante área para eventos (jantares, bailes, reuniões), foram criadas duas praças de lazer (Rotary e Lions), inaugurou-se o Centro Geriátrico e os pavilhões passaram ser chamados por nomes de países.

⁶ Inaugurado em 26 de setembro de 1987, sua construção foi possível graças a uma doação específica feita pela sra. Lucia Fanele Cecarelli, em memória de seu marido.

A gestão Flávio da Silva Fernandes foi inovadora, mas conflituosa. Ao romper laços anacrônicos e ao mudar, de fato, a ordem de mando na instituição, enfrentou apreciável resistência interna, com reflexos extramuros. Esgotando recursos financeiros considerados intocáveis por diretorias anteriores, convivendo com uma péssima estrutura administrativa, adotando questionáveis medidas de contenção de recursos (como a utilização de reeducandos do Presídio Ataliba Nogueira em vários setores administrativos do LVC), chegou ao final do seu mandato com importantes conflitos entre os setores técnico e administrativo e a ordem religiosa moradora e prestadora de serviços. Além disso, havia necessidades financeiras prementes.

Depois disso, e resolvidas as pendências, sucessivas diretorias deram continuidade às propostas iniciais do asilo. Organizaram a administração, legalizaram os próprios do LVC e ampliaram a área construída, por exemplo, com o refeitório dos dependentes (gestão Joel Nogueira de Sá). Em seqüência, trataram da promoção da saúde, drenaram e canalizaram o "córrego de servidão", reformaram as cozinhas, criaram um serviço de telemarketing e informatizaram os registros da entidade (gestão Elcio Dias da Silva). Além disso, criaram a Semana de Qualidade de Vida do Idoso Institucionalizado, reestruturaram o telemarketing, criaram o setor de relações públicas e o financeiro (gestão Oscar Luiz de Carvalho). Essas medidas possibilitaram a sobrevivência de uma instituição filantrópica que cuida de idosos carentes em tempos de crise nacional.

As mudanças internas, dinamicamente processadas através de vários programas, somente puderam acontecer pela continuidade da atuação de uma equipe multiprofissional liderada, no caso, por um médico geriatra. Do ponto de vista técnico, na atualidade, o LVC experimenta o fim de um período de transição quanto ao enfoque personalista inicialmente impresso, para estruturar-se a partir de um conselho técnico-administrativo formado pela própria equipe multiprofissional. Nela, deverá centrar-se o desejado equilíbrio que permitirá alçar vôos maiores.

Parafraseando Kramer e Kramer (1976), pode-se afirmar que a trajetória da equipe, ao longo desses 16 anos, tem sido presidida por um esforço de resistência à

inércia em vários níveis de atuação, dentro e fora do asilo. Mantém-se, porém, o objetivo, qual seja, o de desenvolver um programa de cuidados terapêuticos que, por definição, exige mudanças constantes e antecipação de fatos e resultados.

Em 12 de março de 1997 o LVC recebeu comunicação da Fundação Kanitz de Apoio ao Terceiro Setor de ter sido escolhida como uma das 50 melhores entidades sem fins lucrativos do Brasil, vindo a receber o Prêmio Bem Eficiente, em seu primeiro ano, em 10 de junho de 1997. Juntamente com outras 49 entidades passou o LVC a ser “hors-concours” em 1998 e 1999. Em 24 de abril de 2000, o LVC recebeu, pela segunda vez, o referido prêmio.

O levantamento coordenado pelo professor Stephen Kanitz mostrou que há cerca de 14 mil entidades beneficentes no país, das quais apenas 230 foram classificadas como eficientes segundo 42 critérios de desempenho (as demais aplicam mal seus recursos ou não forneceram informações). Analisadas, a equipe responsável escolheu as 100 melhores, segundo critérios de excelência administrativa, que foram, por sua vez, submetidas a uma comissão julgadora, que levou em consideração não apenas aspectos quantitativos, mas também qualitativos, como o impacto social das mesmas. Considerando-se as 400 maiores entidades brasileiras (1998) segundo seus dispêndios anuais, o LVC ocupa a 106ª posição; agora, considerando-se somente entidades de assistência a idosos e adultos, a posição do LVC passa a ser a 8ª (www.Filantropia.com.br).

Uma caracterização do Lar dos Velhinhos de Campinas aparece no Quadro 3.

Quadro 3

O Lar dos Velhinhos de Campinas, hoje

Endereço: Rua Irmã Maria Santa Paula Terrier, 300 – CEP 13034-570 Campinas – SP	
Utilidade Pública: Federal (Lei 87.122) – Estadual (Lei 7.017 de 20/09/62) – Municipal (Lei 4.325 de 05/10/73)	
CGC: 46.044.855/0001-15	
Filiado à Federação das Entidades Assistenciais de Campinas sob nº 11	
Home-page: www.correionet.com.br/lvc	
INSTALAÇÕES	
* Área delimitada : 60 mil m ²	
* Pavilhões : 12	
<i>(assistidos)</i>	
Brasil: Administração, Casa Irmãs	Espanha: Homens independentes
Inglaterra: Centro Geriátrico	Holanda: Mulheres independentes
Suíça: Lavanderia	Itália: Mulheres independentes
Japão: Cozinha	EUA: Mulheres dependentes
França: Área lazer, Roupeiro	Enfermaria + Pacientes terminais
Sírio-Libanês: Salão de Festas	Alemanha: Homens dependentes
Portugal: Escola, Arquivo Morto	Outros:
* Pensionatos:	Refeitório Dependentes
São Rafael: 22 moradores	Praças: Rotary e Lions
Nossa Sra. das Graças: 37 moradores	Quiosques; Marcenaria; Capela...

2.3. *O Lar dos Velhinhos de Campinas entre 1984 e 1999: o estabelecimento de um modelo de atuação multiprofissional visando à melhoria da qualidade de vida do idoso*

Quem trilha um caminho pouco conhecido, tomando o cuidado de identificar cada um dos pontos em que teve dúvidas, as opções existentes naquele momento e os motivos que determinaram a escolha de uma delas pode, melhor dizendo, deve coletar todas estas informações e oferecê-las a quem, imbuído dos mesmos ideais, poderá avançar sobre este terreno munido de um roteiro que, embora incompleto, permitirá ao novo viajante a sensação de estar acompanhado durante sua caminhada (Gamia, 1991).

Este plano de trabalho focaliza a descrição e a avaliação dos cuidados necessários para um atendimento de longa duração (quase sempre até o fim de uma vida) para idosos que perderam a capacidade de automanutenção, seja por razões de saúde, seja por razões sociais. Implícita e explicitamente será demonstrado que a instituição “asilo de velhos” ou similares, comuns em nossas cidades, onde são tidas como entidades sociais são, sempre, instituições de natureza médico-social e como tal deveriam ser estruturadas.

A magnitude da situação desnuda-se ao sabermos que a Secretaria de Assistência e Desenvolvimento Social do Estado de São Paulo registra 820 instituições asilares cadastradas, onde residem aproximadamente 100 mil idosos. Estima-se que 130 mil idosos continuem esperando vagas nesses asilos. Suzana Medeiros ressalta que, se por um lado, a cultura brasileira considera que mandar um idoso para o asilo é abandoná-lo, por outro, assusta a precariedade dos serviços oferecidos por tais entidades (*Folha de São Paulo*, 6/4/1999).

Partindo do pressuposto de que passar os últimos anos de vida num asilo não faz parte do projeto de vida de adulto algum, defendo o ponto de vista de que uma instituição que se propõe a cuidar de idosos deve fazê-lo de acordo com critérios clínicos, sociais, preventivos e de reabilitação. Sua observância é essencial à manutenção da saúde e da independência da população assistida. Além disso, faz-se necessário cuidar de suas doenças e incapacidades e encaminhá-los para cuidados mais especializados, quando necessário. Princípios básicos de cidadania e de respeito aos Princípios das Nações Unidas para as Pessoas Idosas (ONU, 1982) respaldam essa opinião compartilhada por vários profissionais com quem tenho convivido ao longo de 15 anos de trabalho no Lar dos Velhinhos de Campinas.

Desejando ver esses princípios em ação, eu e o gerontólogo Flávio da Silva Fernandes resolvemos procurar o asilo de Campinas e oferecer, como voluntários, os conhecimentos técnicos de que dispúnhamos, em prol da melhoria dos serviços até então prestados pela entidade e, conseqüentemente, da qualidade de vida dos assistidos. Digamos que a receptividade não foi das melhores e, entre planos e contraplanos,

propostas e discussões, demoramos três anos para, realmente, podermos atuar na instituição. Entre mudanças nos estatutos, criação da Direção Clínica, formação de uma equipe multiprofissional, criação de um Centro Geriátrico-Gerontológico, desenvolvimento de projetos, muitos transformados em programas, a clara definição de objetivos e a criação de mecanismos de avaliação contínua passaram-se 15 anos.

Hoje vemos que, sem saber, promovemos e passamos a integrar não apenas uma equipe multiprofissional para a qual propúnhamos, como ideal, uma atuação transprofissionalizada. Criamos, sim, uma real comunidade epistemológica, pois, com a maior abrangência possível, temos compartilhado os mesmos valores quanto à promoção da saúde do idoso institucionalizado e aplicado conhecimentos teóricos e empíricos construídos na nossa realidade, que se transformam em efetivos instrumentos de implementação política. Nosso programa de atuação é fundamentado em avaliação e replanejamento constante de procedimentos, de resultados e da atuação da equipe multiprofissional.

Os estudos longitudinais que desenvolvemos no Lar dos Velinhos de Campinas desde 1984 até a presente data compreenderam, no período (até 1999), uma população permanente assistida que variou de 134 a 213 pessoas/ano, envolvendo 273 admissões, 307 óbitos e 102 desligamentos, sob cinco diretorias eleitas. Dos 213 avaliados inicialmente, 52 sobrevivem até este relato (são 33 mulheres e 19 homens, um grupo com idade média de 74 anos e extremos de 47 e 100 anos).

Inicialmente, este trabalho visava apenas a mostrar o perfil de doenças e problemas relacionados à saúde que exigissem intervenção médica, dentro de um asilo de velhos em que o exame admissional enfatiza as necessidades e as urgências sociais e recusa idosos que apresentem graus de dependência considerados significativos. No entanto, após 15 anos de atuação e tendo realizado quase que anualmente avaliações globais de saúde dos internos, percebemos que temos dados sistemáticos para descrever a evolução da instituição do ponto de vista dos padrões de saúde, de doença e de mortalidade.

Com efeito, podemos descrever sistematicamente os padrões de morbidade, que incluem doenças e incapacidades significativas de todos os assistidos, segundo a CID-10 (Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – 10ª revisão, Organização Mundial da Saúde), que entrou em vigor em 1º janeiro de 1993 e é de utilização obrigatória em nosso país desde janeiro de 1999. Podemos igualmente selecionar programas de cuidados que podem ter relação sistemática com as mudanças ocorridas nesses padrões.

O conhecimento que este trabalho irá gerar é fundamental à compreensão da relação entre as políticas e práticas de saúde e a qualidade de vida de idosos institucionalizados. Desconheço em nosso país uma entidade similar que tenha desenvolvido trabalho de campo dessa envergadura. Na realidade, para conseguir tal intento, foi necessário construir um conjunto de condições técnico-administrativas que somente puderam acontecer dentro de um equilíbrio dinâmico das três forças que regem a instituição, quais sejam, os poderes político, técnico e administrativo. A quarta força, o usuário, ainda não tem expressão significativa. Os velhos devem ser conscientizados da parte que lhes cabe, não devendo ser apenas espectadores de um trabalho em que se empenham técnicos de tantas áreas (Rossi e Fernandes, 1980). Aqui reconhecemos que a realidade não pode ser entendida de forma estática, mas sim através de sucessivos e concomitantes relacionamentos objetivos (que são as relações econômicas, políticas...) e subjetivos (condições criadas pelo próprio homem). O investimento nesse poder atrofiado, que são os velhos asilados, a contragosto de certos setores, deverá ser feito, se não por outras razões, pela educação. Neste contexto é interessante lembrar Freire (1979), que chama a atenção para o momento em que os indivíduos, atuando e refletindo, mudam sua percepção da realidade, até então vista como imutável. Embora isto não signifique, ainda, mudanças na estrutura, significa que passam a vê-la como realmente é: uma realidade histórica, cultural, humana, criada pelos homens e que por eles pode ser modificada.

Pelo relato de Porell e Caro (1998) registros longitudinais e avaliações de resultados ao longo do tempo são raros também nos Estados Unidos, país que

habitualmente é tomado como modelo de cuidados em saúde e assistência a idosos.

Os princípios sobre os quais se assentam os serviços prestados dentro da abordagem técnico-científica implantada e que se pretende avaliar e dar a conhecer tiveram por base publicação técnica da OMS (1974) e podem ser apreciados no Quadro 4. O Quadro 5 veicula uma descrição esquemática do programa de atuação desenvolvido na instituição no período considerado e que permitiu a implantação dos programas apresentados.

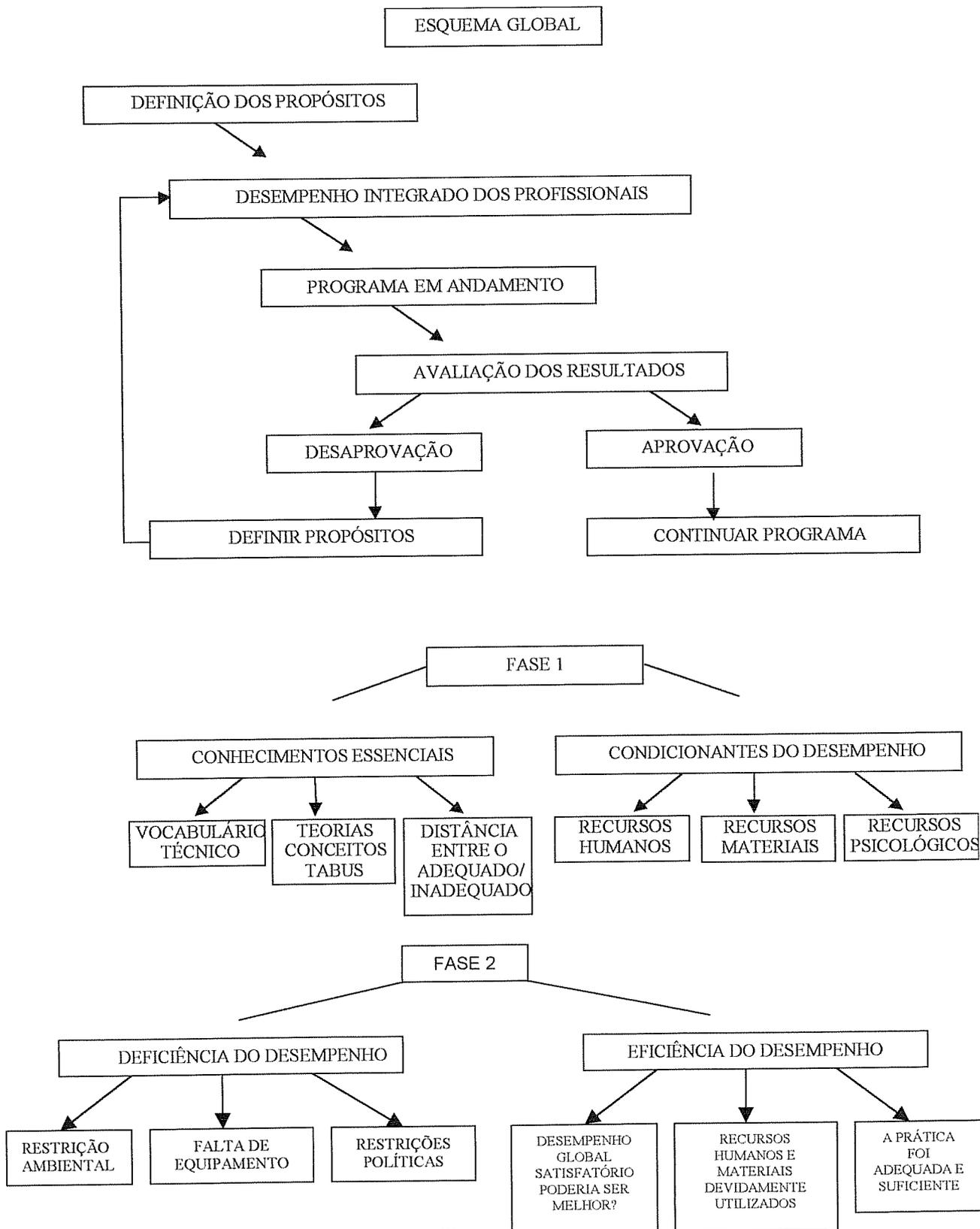
Quadro 4

Princípios básicos à organização dos serviços geriátricos oferecidos no Lar dos Velhinhos de Campinas

<i>Premissas sobre o envelhecimento</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Vulnerabilidade crescente a doenças, acidentes e distresses • Menor resiliência • Menor plasticidade comportamental • Aumento da probabilidade de morte • Maior dependência de providências ambientais • Processo que comporta grande variabilidade individual e intra-individual • Existência de padrões de envelhecimento que cobrem um amplo espectro de possibilidades dentro do contínuo envelhecimento normal–envelhecimento patológico <ul style="list-style-type: none"> • A população de idosos em crescimento no Brasil cria novas demandas quantitativas para as instituições sociais e particularmente para as asilares • A dependência dos idosos brasileiros é estruturada não só por condições biológicas, como também por condições socioeconômicas que afetaram a sua qualidade de vida ao longo do ciclo vital
<i>Principais objetivos</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Promoção da gerocultura entre os internos, os profissionais e a população externa • Prevenção em saúde em nível secundário • Promoção da qualidade de vida global dos assistidos, refletida em sua competência comportamental, em seu bem-estar subjetivo, na qualidade de vida percebida e nas condições objetivas do contexto <ul style="list-style-type: none"> • Formação de recursos humanos especializados • Produção de conhecimento sobre a velhice institucionalizada
<i>Produtos desejáveis</i>
<ul style="list-style-type: none"> • Integração num sistema geral de atendimento às necessidades de saúde da população (o asilo como "elo na cadeia") • Orientação para a família e a comunidade • Disponibilidade a todos os interessados • Participação do usuário • Sensibilização dos técnicos para as necessidades dos idosos • Mecanismos de avaliação contínua

Quadro 5

Programa de atuação da direção clínica do Lar dos Velhinhos de Campinas



AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS DOS SERVIÇOS PRESTADOS NO LAR DOS VELHINHOS DE CAMPINAS (LVC): ESTUDOS SELECIONADOS

Dentre as dezenas de programas desenvolvidos no Lar dos Velinhos de Campinas, quatro merecem consideração mais detalhada pela sua contribuição à qualidade de vida dos idosos. Divulgar seus procedimentos e resultados representa uma contribuição a entidades congêneres. São eles:

1) O Programa de Exame de Admissão, que permite manter os objetivos de asilar pessoas que preenchem os critérios da instituição, garantindo que receberão cuidados específicos.

2) O Programa de Acompanhamento Permanente dos padrões de morbidade e mortalidade existentes no asilo, o qual oferece indicadores da qualidade dos cuidados prestados.

3) O Programa de Atenção às Quedas, que envolve toda a comunidade, possibilita interações positivas entre assistidos, técnicos e funcionários, e contribui para mudanças ambientais e melhora na qualidade de vida dos idosos. Seus resultados facilmente compreensíveis e verificáveis conseguem sensibilizar uma diretoria leiga para autorizar procedimentos técnicos.

4) O Programa de Acompanhamento Nutricional, que tem importante contribuição em termos de cuidados a doenças e a sua prevenção.

Foram selecionados ainda dois conjuntos de dados obtidos no asilo mediante acompanhamento sistemático dos idosos: um de patologia clínica, envolvendo a velocidade de hemossedimentação (VHS), cujos parâmetros têm se revelado importantes preditores de moléstias nos internos, e outro de densitometria óssea por ultra-sonografia, este visando ao diagnóstico da osteoporose.

Preconceito contra idosos e asilos, restrições econômicas, enfoque prioritário nos processos de cura em vez de cuidado e falta de visão holística dos educadores médicos são os principais fatores que contribuem para a falsa impressão de serem os asilos um

local alheio à ciência e à tecnologia, onde raramente alguém pode ter satisfação e realização profissional ou pode contribuir para a ciência. Os relatos veiculados nesta parte testemunham que os fatos podem ser diferentes.

3.1. O exame de admissão dos internos e o aumento da longevidade no LVC

O ano de 1965 marcou o estabelecimento de dois programas fundamentais à assistência à saúde dos cidadãos desprivilegiados nos Estados Unidos: O Medicaid e o Medicare. O primeiro é um programa de seguro-saúde para indigentes. Todos os que nos EUA recebem o benefício da legislação previdenciária norte-americana conhecido como “Supplemental Security Income” (os idosos, os cegos e os incapazes cuja renda se situa abaixo do nível de elegibilidade estabelecido por lei federal) são automaticamente aprováveis para receber o auxílio do Medicaid. O Medicare é um programa de saúde do governo federal destinado a oferecer cuidados hospitalares e suplementar os custos de assistência médica para pessoas de 65 anos ou mais, seja qual for o nível de sua renda e a necessidade dos cuidados médicos. Destina-se a ajudar a financiar os custos de enfermidades agudas ou exacerbações de doenças crônicas (Nahemow e Pousada, 1987).

Mesmo assim, a partir de 1980, os especialistas norte-americanos reconheceram que a qualidade de cuidados prestados pelas suas “nursing homes” estava longe de ser satisfatória. Sob os auspícios da Academia Nacional de Ciências, publicaram relatório identificando deficiências e recomendando mudanças. As propostas foram logo incorporadas em lei (Omnibus Budget Reconciliation Act, de 1987) que, dentre outras providências, determina que uma avaliação adequada deva ser completada em todos os institucionalizados dentro de duas semanas a contar de sua admissão e, periodicamente, sempre quando ocorrer alguma alteração significativa. O instrumento para tal é o MDS (“Minimum Data Set”) que compreende uma entrevista de conteúdo biopsicossocial especificamente dirigida para avaliar 18 condições-alvo (Katz, 1998).

Uma vez presentes uma ou mais dessas condições, ou se houver risco de

ocorrência de uma delas, a equipe responsável passa para o RAP (“Resident Assesment Protocol”), que discrimina o diagnóstico e delinea a terapêutica (Zimmerman *et al.*, 1995). Uma das contribuições desses instrumentos e outros similares, é que, se usados de forma longitudinal, permitem aquilatar os progressos de uma instituição quanto à qualidade do atendimento prestado aos seus usuários.

Não existem dados brasileiros sistemáticos sobre o assunto, mesmo porque a política vigente é de ignorar que muitas vezes os idosos que vão para os asilos precisam de cuidados específicos de saúde, ou então vêm a precisar deles com o tempo, em virtude de terem ficado mais velhos.

O acompanhamento das internações no Lar dos Velinhos nos últimos 15 anos é também a história do aumento da vida média de seus moradores, não só porque foi implantado e cumprido o limite de 65 anos para admissão, mas também porque a qualidade dos cuidados prestados foi sendo apurada de tal forma, que aumentou a longevidade dos internos. Com isso passou-se a ter uma população cada vez mais necessitada de cuidados em saúde. Como também cresceu a taxa de dependência entre esses idosos, mudou a demanda por serviços, equipamentos, materiais e pessoal que possam atender a necessidades de cuidados cada vez mais básicos. Segue-se um relato que dá conta dessas mudanças.

Desde a criação do Centro Geriátrico do LVC, em 1985, sua equipe multidisciplinar tem-se preocupado em normatizar o exame de admissão dos idosos, porque as características da comunidade assistida e, em parte, a natureza dos cuidados prestados, dependem da observância estrita dos critérios de entrada. Os critérios básicos para admissão são dois: respeito máximo ao desejo de institucionalização por parte do candidato e alto grau de autonomia funcional expresso no desempenho das capacidades de autocuidado e no desempenho das atividades de vida prática que permitam vida independente dentro da instituição.

No Quadro 6, são apresentados os critérios para classificação dos assistidos segundo os serviços de que necessitam e segundo o seu grau de dependência funcional.

Quadro 6

Sistema de registro adotado nas entrevistas de admissão e de acompanhamento dos idosos do LVC, com vistas à sua classificação segundo critérios de dependência funcional

<i>Nível</i>	<i>Tipo de serviço de que necessita</i>	<i>Grau de dependência funcional</i>	<i>Avaliação da enfermagem</i>	<i>Avaliação médica</i>	<i>Avaliação fisioterápica e do terapeuta ocupacional</i>	<i>Outras atividades</i>
I	Hotelaria	0	0 (SE)	0 (A)	0 (A)	Lazer
II	Essencial/independente	+	+ (M)	+ (SE)	++ (TRI)	Lazer; TO de ambulatório
III	Limitação parcial	++	++ (D/ S/ M)	++ (TRI)	+++ (M)	Ginástica; FT
IV	Limitação importante	+++	+++ (D)	+++ (M)	++++ (M)	Ênfase FT+ Psicologia
V	Hospital	(+ a ++++)	++++ Controles	++++ (D)	no leito	Psicologia

Legenda

<u>Observações</u>		<u>Dependência</u>	
<i>D = diárias</i>	<i>TRI = trimestrais</i>	<i>0 = nenhuma</i>	<i>+++ = grave</i>
<i>S = semanais</i>	<i>SE = semestrais</i>	<i>+ = leve</i>	<i>++++ = muito grave</i>
<i>M = mensais</i>	<i>A = anuais</i>	<i>++ = moderada</i>	

No período em pauta, foram realizados 118 exames de admissão, com 78 homens e 40 mulheres, cuja idade média era de 73 anos. Dentre esses idosos, 32 preencheram os critérios e foram admitidos. Vinte e cinco eram homens e sete eram mulheres, com média de idade de 74 anos.

Seis indivíduos desistiram da vaga: dois que foram encaminhados pelo albergue da cidade preferiram continuar sem residência fixa; um conseguiu moradia no seu local de trabalho; um foi internado em hospital; um optou por continuar a morar com a esposa e outro decidiu continuar a morar sozinho.

Os que foram recusados totalizaram 76, sendo que os motivos de recusa foram: médica (cinco); médica e psicológica (27); médica, psicológica e de enfermagem (sete); médica e de enfermagem (um); psicológica (sete); social (três); social, médica e psicológica (14); social e psicológica (oito); social, médica e de enfermagem (um); e todos os profissionais recusaram (três).

Com relação aos 29 indivíduos recusados pelo serviço social, foi realizado contato prévio com o responsável, seja por telefone, seja pessoalmente. Foram apurados os seguintes motivos para recusa: 15 não queriam morar na entidade (entre eles, 13 foram levados por familiares, um por um conhecido e um pela assistente social do INSS); um idoso era dependente, portador de problemas mentais, e foi levado por familiares, com solicitação da assistente social de uma empresa multinacional; um tinha problemas mentais e foi levado pela família, com solicitação de um político local; seis eram alcoólatras, quatro deles com internações prévias que foram com solicitações do próprio idoso, de conhecidos ou de familiares, um outro sendo encaminhado pela assistente social da prefeitura e o último por uma conhecida; dois idosos tinham casa própria; um tinha antecedentes policiais por agressão e foi encaminhado pela assistente social de um centro municipal de triagem; três foram encaminhados por familiares, mas foram recusados porque se previa que teriam problemas de adaptação.

Nesse período, o serviço social do LVC realizou 34 visitas domiciliares para avaliar as condições familiares dos pretendentes a uma vaga. Dentre esses, 20 foram admitidos, dez recusados e quatro foram admitidos mas desistiram da vaga. Dentre os dez recusados: seis famílias apresentavam boas condições financeiras e podiam amparar o idoso; quatro não ofereceram os dados solicitados pelo serviço social, além do que a profissional julgou que os idosos teriam dificuldade de adaptação. Dentre os que desistiram da vaga: um optou por continuar com a família; um decidiu continuar morando sozinho; um decidiu procurar a filha e um mudou de endereço.

Sem que fossem submetidos à visita domiciliar, foram admitidos 14 idosos: três vieram de outra cidade; cinco vieram de pensões e/ou albergue; dois constituíram exceções abertas pelo presidente da instituição; um ficou sem domicílio (desfeito pela sobrinha por ocasião da morte da mãe); dois foram encaminhados por outros serviços; e uma idosa foi reingressante porque estava sofrendo maus-tratos do marido.

Foi estudado o nível de dependência dos assistidos através dos anos. Deve-se ressaltar que o LVC é uma entidade de caráter social, tendo por norma admitir somente

idosos funcionalmente independentes (níveis I e II segundo critérios adotados). O levantamento das admissões ao longo do período 1966–1999 mostrou que foi de 11% o ingresso de assistidos com graus de dependência de níveis III e IV; no mesmo período tais graus de dependência dos moradores variaram de 27% (1966) para 50% (1999).

Considerando-se o número cada vez maior de longevos na instituição, os cuidados médicos que recebem regularmente há 15 anos e a não-mudança no perfil de seus novos usuários, prevê-se também o crescimento do número de idosos com maior dependência em razão de variáveis estocásticas.

A idade média dos moradores, que era de 63,8 anos (homens) e 67,6 anos (mulheres) há 14 anos, no ano 2000 foi de, respectivamente, 73,5 e 78,6 anos. A relação funcionários de enfermagem/idosos que era de 1:7 em 1966 passou para 1:5 em 1999. Isso demonstra que a entidade caminha para ser mais uma casa geriátrica do que um “lar de idosos”; implica também maiores gastos, em parte pela necessidade de serem contratados mais funcionários e de se diversificar a natureza de sua formação, para atender às novas demandas de uma população cada vez velha e mais dependente.

3.2. Acompanhamento dos padrões de morbidade e mortalidade do LVC

Embora reconhecendo que velhice não é doença, não se pode negar que o avançar da idade acarreta várias alterações de natureza biológica, psicológica e social, que determinam menor capacidade de adaptação e maior vulnerabilidade do organismo como um todo. Embora a idade não seja uma causa essencial da degradação da saúde, nos grupos mais longevos há um maior número de indivíduos com a autonomia prejudicada, crescente dependência ao meio circundante e impossibilidade de reversão dos efeitos de patologias e da dependência funcional.

Um dos objetivos básicos da assistência em Geriatria é a promoção da boa qualidade de vida, o que implica avaliar, monitorar e oferecer ajuda nas incapacidades funcionais, nas deficiências e nas desvantagens (Guralnik *et al.*, 1989). O estado funcional do idoso é considerado como fator de evolução e de prognóstico mais

importante do que o diagnóstico da enfermidade (Perlado, 1995; Fretwel, 1995). Nesse sentido, Rubenstein (1995) pondera que o objetivo da avaliação em Geriatria é a elaboração de um plano abrangente de tratamento e intervenção que possibilite um desempenho a longo prazo. Considera-a como um processo de diagnóstico multiprofissional planejado para quantificar os problemas e as capacidades funcionais, médicas e psicossociais do idoso.

É importante discernir entre autonomia e independência. A primeira diz respeito à capacidade de autogoverno e a segunda à funcionalidade do organismo. Incapacidade funcional não significa necessariamente perda de autonomia. A noção de dependência é, assim, muito mais ampla e complexa do que a simples incapacidade de realização dos atos essenciais à vida diária. No âmbito institucional, ocorre um padrão que pode ser denominado de dependência desejada – indivíduos sem projeto de vida própria que têm no asilamento condições de segurança e atenção paternalista. Análise interessante seria o aprofundamento desta questão: até quanto devemos combatê-la, sob o risco de agravarmos condições clínicas, piorando a qualidade de vida do indivíduo? Devemos reconhecer um direito à dependência, e assim, pouco ou nada fazer?

O conceito de capacidade funcional diz respeito ao grau de preservação da capacidade de realizar atividades básicas de vida diária (AVDs) e ao grau de capacidade para desempenhar atividades instrumentais de vida diária (AIVDs). São exemplos de AVDs: arrumar-se, vestir-se, comer, fazer a toalete, banho, transferência e locomoção. São exemplos de AIVDs: fazer compras, pagar contas, manter compromissos sociais, usar meios de transporte, cozinhar, comunicar-se, cuidar da própria saúde e manter a própria integridade e segurança. M. Baltes e colaboradores (1993) propuseram um desdobramento dessa taxionomia, que compreende AVDs e AIVDs para oito categorias de atividades: 1) autocuidado; 2) manejo instrumental de vida diária; 3) lazer físico; 4) lazer intelectual; 5) ver televisão; 6) envolvimento social; 7) descansar, e 8) dormir durante o dia.

Os déficits em capacidades funcionais refletem-se na dependência funcional, a qual, além de poder comportar uma gradação, pode não atingir todos os domínios da

funcionalidade dos idosos ao mesmo tempo. Por exemplo, dificuldades em locomoção, déficits sensoriais e até mesmo invalidez não implicam necessariamente descontinuidade da funcionalidade intelectual e afetiva. Como pessoas de quaisquer idades, os idosos são capazes de ativar mecanismos de compensação e otimização para enfrentar perdas em funcionalidade, lançando mão de recursos tecnológicos, solicitando apoio social e psicológico, ou valendo-se do controle exercido sobre o comportamento de outras pessoas.

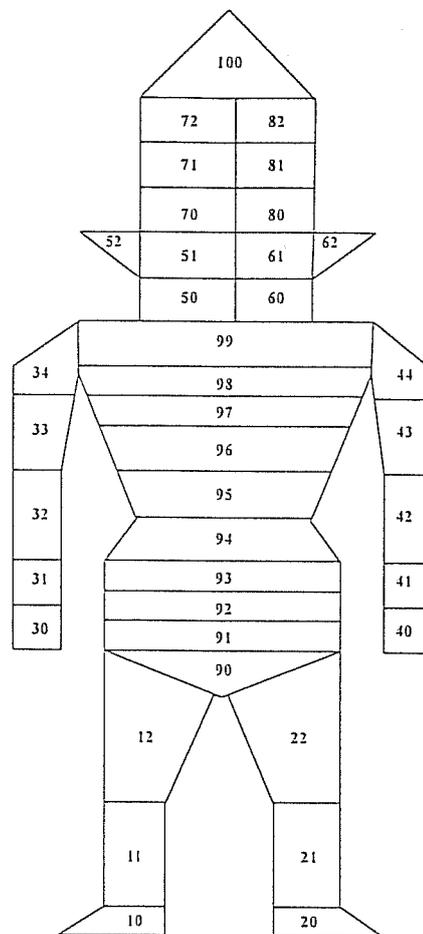
Existem várias escalas para medida da capacidade funcional. Entre as mais conhecidas, de natureza unidimensional, citam-se as de Katz (1963), Lawton e Brody (1969) e Barthel (Mahoney e Barthel, 1965). Entre as de natureza multidimensional, podem ser citadas a Oars – sigla que designa Older Americans Resources and Services –, de Fillembaum e Smyer (1981) e a MAI – Multilevel Assessment Instrument –, desenvolvida no Philadelphia Geriatric Center, por Lawton *et al.* (1982). No âmbito da avaliação funcional, há ainda numerosos outros instrumentos, muitos dos quais construídos para atender objetivos particulares e que carecem de fundamentos e de uma linguagem comum (Jimenez Herrero, 1982; Cruz Jentoft, 1991). Segundo Paula, Tavares e Diogo (1998) a existência de várias escalas é importante por permitir a escolha adequada para cada situação.

A partir de 1980, geriatras franceses propuseram escalas gerais, práticas e simples para serem usadas em vários tipos de serviços geriátricos e manejadas interprofissionalmente. Suas tendências são claras: 1) expressão gráfica linear (escala de valorização da dependência e autonomia); 2) sistema estratificado que permita a construção de uma história geriátrico-gerontológica unificada; e 3) apresentação sob uma forma visual, como, por exemplo, o esquema de uma figura humana, na qual são assinaladas diferentes regiões e utilizada uma codificação que permite indicar o grau de comprometimento de cada parte ou função do organismo do idoso (Leroux et al., 1981). Na Figura 1, aparece uma réplica do geronte ou do Boneco de Leroux, adaptado para uso no LVC. Acompanha-o uma ficha do departamento médico e os códigos para registro. Os 27 itens originais foram ampliados para 38, bem como foram acrescentados dois espaços em branco para que sejam registrados dados adicionais, um dos quais já preenchido. O boneco permite assinalar e valorizar da mesma forma condições de ordem médica, social e ambiental. De acordo com o autor, comporta seis grupos de atividades: Mentais, Sensoriais, Corporais, Locomotoras, Sociais internas e Sociais externas.

Figura 1

O Boneco de Leroux, como utilizado no Lar de Velhinhos de Campinas

Item	Grau	N (1) (branco)	L (2) (verde)	M (3) (amarelo)	G (4) (vermelho)
10					
11					
12					
20					
21					
22					
*30					
31					
32					
33					
*34					
*40					
*41					
*42					
*43					
44					
50					
51					
52					
*60					
61					
62					
70					
71					
72					
80					
81					
82					
*90					
91					
92					
93					
*94					
95					
96					
97					
98					
99					
100					



*OBSERVAÇÃO:

30: (1) 0; (2) 1 a 3; (3) 4 a 6; (4) 7 OU MAIS

34: (1) GERAL; (2) HIPOSSÓDICA; (3) HIPOGLICÊMICA; (4) ASSOCIAÇÃO OU OUTRAS

40: (1) 6 OU MAIS VISITAS AO ANO; (2) 4 A 5 AO ANO; (3) 2 A 3 AO ANO; (4) 0 A 1 AO ANO

41 e 42: (1) NÃO REQUER AJUDA; (2) REQUER POUCA AJUDA; (3) REQUER MUITA AJUDA; (4) SEM CAPACIDADE

43: (1) BOA; (2) MODERADA; (3) LEVE; (4) SEM CAPACIDADE

60: (1) DENTE OU PRÓTESE COM BOA MASTIGAÇÃO; (2) UMA ARCADA MAS COM BOA MASTIGAÇÃO;
(3) AUSÊNCIA DE DENTE OU PRÓTESE; (4) PATOLOGIA BUCAL

90: (1) NORMAL; (2) HOMOSSEXUAL; (3) BISSEXUAL; (4) OUTROS

94: (1) AUSENTE; (2) DIETA; (3) HIPOGLICEMIANTE ORAL; (4) INSULINO-DEPENDENTE



DEPARTAMENTO MÉDICO

FICHA Nº _____
DATA ____/____/____

NOME: _____ SEXO: _____ IDADE: _____
 MOTIVO DO INGRESSO: _____ PROCEDÊNCIA: _____
 ESTADO CIVIL: _____ NATURALIDADE: _____
 ATIVIDADE PROFISSIONAL PREGRESSA: _____ Nº FILHOS: _____

ANTECEDENTES:				PAI: ____ anos MÃE: ____ anos AVÓS:
a) Sabe escrever:	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim			DIAGNÓSTICOS SIGNIFICATIVOS 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____ 5. _____ 6. _____ OUTROS: _____ _____ TOTAL:
b) Bebe(u):	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Pouco <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Muito			
c) Fuma:	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> - 1 maço <input type="checkbox"/> + 1 maço <input type="checkbox"/> Outros			
d) Óculos:	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Desnecessário			
e) Dentaduras:	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim			
f) Internações anteriores:	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim			
Motivo: _____ Número de vezes: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 ou +				
PESO:	PULSO:	CMB:	LG:	
ALTURA:	PA(ORT):	PCT:	NUTRIÇÃO:	
TEMP:	PA(DEC):	QEM:		
DIAGNÓSTICO PRINCIPAL:				
Pele / Mucosas / Fâneros: Pulsos: Cabeça: Pescoço: Tórax: Cor: Pul: Abdomen: Fígado: Baço: A. Genitourinário: A. Neurológico: Articulações: Coluna vertebral:				MEDICAMENTOS (Nome + Dose) _____ _____ _____

ENFERMAGEM: _____

FISIOTERAPIA: _____

T. OCUPACIONAL: _____

PSICOLOGIA: _____

A. SOCIAL: _____

ODONTOLOGIA: _____

OBSERVAÇÕES: _____

CODIFICAÇÃO DO BONECO

CÓDIGO	DESCRIÇÃO
10	Unhas
11	Veias
12	Artérias
20	Osteoporose
21	Doença Articular Degenerativa
22	“Reumatismos”
30	Toma Remédios
31	Manipulação de Objetos
32	Higiene Corporal
33	Escaras
34	Dietas
40	Recebe Visitas
41	Capacidade de Viajar
42	Capacidade de Sair do Lar
43	Capacidade de Trabalho
44	Sociabilidade
50	Comprometimento Neurológico
51	Equilíbrio
52	Audição
60	Mastigação
61	Linguagem
62	Visão
70	Adaptação ao Ambiente
71	Confusão Mental
72	Demência
80	Sonolência/Insônia
81	Memória
82	Humor/Depressão
90	Distúrbio da Esfera Sexual
91	Incontinência
92	Próstata/Mama
93	Insuficiência Renal
94	Diabetes
95	Distúrbio Gastrointestinal
96	Anemia
97	Cardiopatia
98	Pneumopatia
99	Tumores
100	(Aberto)

O Boneco de Leroux é simples, prático e de fácil utilização, podendo e devendo ser manipulado por toda a equipe. Tem a vantagem de facilitar a coordenação de informações avulsas e o trabalho da equipe multiprofissional. Delineando componentes da polipatologia somática, psíquica e social, consegue tornar claras as relações entre elas. Por utilizar sempre a mesma unidade de medida, torna simples acompanhar o indivíduo através dos anos segundo os grupos de atividades citados e mesmo segundo cada item particular. O conjunto dos bonecos anualmente construídos, com cálculo das médias individuais e grupais, permite a construção de representações que sintetizam as condições de saúde da população assistida e como tal funciona como instrumento para intervenção político-administrativa e para o controle das condições dos internos e dos serviços oferecidos.

No Lar dos Velinhos de Campinas, com a adoção do Boneco de Leroux, foram alcançados quatro objetivos:

- 1) Integração e atuação efetivamente multiprofissional.
- 2) Realização de estudos epidemiológicos e de levantamento.
- 3) Controle das intervenções.
- 4) Controle sobre o tipo dos assistidos e as conseqüências da atuação institucional.

Em seqüência, apresentamos dados relativos ao acompanhamento das intervenções realizadas no Lar dos Velinhos de Campinas no ano 2000, as quais foram obtidas a partir dos registros realizados com o Boneco de Leroux. A instituição entrou no ano 2000 com uma população de 135 assistidos, cuja idade média era de 76 anos. Eram 72 mulheres com média de idade de 78 anos e 63 homens com 73 anos como média. Dezesseis tinham menos de 65 anos, 47 tinham entre 65 e 75, 44 contavam 75 a 85 anos e 28 tinham mais de 85 anos de idade. Dessa população, apenas 15 (11,1%) não recebiam medicamentos. O departamento médico considerou 829 diagnósticos como clinicamente significativos (6,1 diagnósticos por paciente). Foram administrados 481 medicamentos (quatro por paciente, em média), sendo de um a quatro o número de tomadas e de um a 20 o de unidades. Tomavam medicamentos uma vez ao dia, 19 assistidos (15,8%); duas vezes, 32 (26,6%); três vezes, 46 (38,3%) e quatro vezes, 23

(19,1%). O número de unidades tomadas diariamente variou de uma a três (35,8%), de quatro a seis (24,1%), de sete a nove (18,3%) e mais de dez (21,6%).

O grupo etário que recebeu maior número de medicamentos foi o dos 65–75 anos com média de 4,4 por paciente. O que recebeu menos foi o grupo de menos de 65 anos, com 3,1 remédios por paciente, em média. As classes de medicamentos mais utilizadas foram: anti-hipertensivos (60,8%), cardiovasculares (59,1%), para o trato digestório (43,3%), neurolépticos (25,0%) e broncodilatadores (15,8%).

O setor de enfermagem, que contava com 30 funcionários (de um total de 102 em todas as áreas do Lar) aplicou 6.763 injeções (2.738 subcutâneas, 3.616 endovenosas e 409 intramusculares); instalou 1.003 equipamentos de soro; acompanhou 6.318 sessões de inalação; fez 5.886 curativos; e assistiu 95 asilados na enfermaria, por períodos que variaram de um a 87 dias. Além disso, essa equipe administrou toda a distribuição da medicação por via oral.

Os dados precedentes reforçam a noção de que asilos de idosos são mais do que residências de cunho social. Muitas delas são ou virão a tornar-se casas que oferecem serviços especializados de atendimento à saúde, vocação essa que poderá vir a tornar-se ainda mais nítida com o aumento da longevidade dos idosos.

Seguem informações sobre o fluxo de admissões, desligamentos e óbitos dos asilados entre 1985 e 1999, as quais corroboram esse raciocínio e, assim, são indicações políticas importantes ao planejamento da oferta de instituições de longa permanência para idosos. Pela tabela, percebe-se que a população foi reduzida, mais devido à contenção no número de admissões do que ao número de óbitos, ou seja, boa parte dos residentes tornou-se mais velha. Em seu conjunto, os dados sobre mortalidade, morbidade e fluxo de admissões fortalecem a idéia de que os asilos de idosos são entidades com objetivos médicos e sociais e que assim devem ser tratados.

Tabela 1
Estatísticas anuais de admissões, desligamentos e óbitos
no Lar de Velhinhos de Campinas entre os anos de 1985 e 1999

Casos	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Homens	114	99	87	81	83	85	81	79	77	73	67	75	69	65	62
Mulheres	99	97	88	95	84	81	88	86	83	83	77	85	78	72	72
	213	196	175	176	167	166	169	165	160	156	144	160	147	137	134
Admitidos	–	14	25	28	15	16	16	12	20	18	14	36	15	08	17
Desligados	–	10	09	09	09	11	08	01	08	08	11	04	04	01	02
Óbitos	–	26	27	37	16	15	12	18	18	17	15	13	24	18	17
N/cadastrados	–	05	0	0	0	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–

3.3. O programa de atenção a quedas no LVC

Quedas são eventos acidentais e não intencionais que têm como resultado a mudança de posição do indivíduo para um nível inferior em relação ao anteriormente ocupado (Nevitt, 1997). Suas conseqüências representam um problema crescente para os idosos, tanto em termos individuais quanto de saúde pública.

O fenômeno é multidimensional tanto quanto às causas quanto para os fatores de risco. Sua avaliação e tratamento exigem uma visão de conjunto e multidisciplinar, quase sempre desconhecida pelos técnicos envolvidos. A par do espectro de sofrimento individual que determinam, há o custo social, representado por necessidade de hospitalização e de equipamentos, por aumento da dependência, por restrição do idoso ao leito e por sua institucionalização não desejada. Infelizmente não dispomos em nosso país de dados epidemiológicos que possibilitem conhecer a prevalência de quedas na velhice, nem estabelecer o perfil do idoso com histórico de quedas.

É inegável e universal a importância epidemiológica do fenômeno, sobretudo na velhice, porque gera uma cascata de conseqüências desastrosas para o indivíduo, para a família e para a sociedade. Os acidentes são a quinta causa de morte no mundo, dois terços dos quais sendo devidos a quedas. Setenta e cinco por cento das quedas ocorrem

em idosos de 65 anos e mais. Constituem a principal causa de fraturas do quadril na velhice. O risco de cair e sua recorrência aumentam com a idade até os 85 anos. A partir daí diminuem, aparentemente devido à restrição de atividades. Todavia, não se altera o índice de mortalidade associado às quedas.

As quedas sofridas pelos idosos aliam alta incidência e maior susceptibilidade a lesões de toda natureza. Através de entrevistas aleatórias, detectou-se que 20% dos homens e 40% das mulheres que vivem na comunidade relataram pelo menos uma queda nos meses precedentes (Overstall, 1985; Prudham e Evans, 1981). Um terço dos idosos com 65 anos ou mais sofre pelo menos uma queda anual, taxa essa que aumenta para 40% aos 80 anos e mais. Dos que moram em asilos e casas de repouso, aproximadamente a metade cai pelo menos uma vez ao ano. As mulheres caem mais que os homens até os 75 anos, idade a partir da qual as frequências de quedas se equivalem (Campbell *et al.*, 1981; Tinetti e Speechley, 1989). Em São Paulo, Tieppo *et al.* (1997) mostraram que 99% dos idosos que sofreram fratura de quadril relataram queda da própria altura.

É importante considerar o fenômeno queda em três situações: no domicílio, na comunidade e nas instituições, aqui se separando os hospitais dos vários modelos de instituições de abrigo. Dentro desses ambientes, muda a importância relativa dos fatores de risco. As taxas mais baixas são encontradas em idosos que vivem na comunidade, que geralmente são mais saudáveis, mas que provavelmente subestimam as ocorrências. As frequências variam de 0,2 a 0,6 queda por idoso ao ano. A maioria não representa maior risco, sendo registradas fraturas em apenas 5% dos casos. Em instituições de longa permanência, a média varia de 0,6 a 3,6 quedas/leito/ano, possivelmente porque aí os idosos têm pior estado de saúde, há maiores deficiências estruturais nas instalações e maiores falhas dos cuidadores.

O fato de um asilo mostrar baixa frequência de quedas não é um indicador seguro de boa qualidade de cuidados e tampouco de o local ser arquitetonicamente adequado. Pode significar, tão-somente, um deficiente registro das ocorrências ou indicar que há moradores longevos com alto grau de incapacidade funcional, o que em

parte os protege do risco de quedas, pois estão restritos ao leito ou sobre cadeiras de rodas. A confiabilidade é, assim, um fator a ser considerado nas estatísticas (Rubenstein *et al.*, 1988). Porém, há trabalhos que demonstram serem menores as taxas de quedas quando há uma arquitetura favorável e quando há preocupação ambiental com as normas de segurança (Gryfe *et al.*, 1977; Morfitt, 1983). Tem-se sugerido ser a educação dos pacientes e de seus cuidadores o fator mais importante na prevenção de quedas (Wolf-Klein *et al.*, 1988).

Faltam pesquisas para melhor esclarecimento dos mecanismos intrínsecos das quedas bem como quais seriam, num determinado contexto, as melhores estratégias para preveni-las. Impõe-se reconhecer a existência de que ocorrem mais quedas do que as registradas pelos idosos, acompanhantes e profissionais da rede de saúde. Muitas quedas são relatadas somente porque ocorreram lesões. Como a maioria dos estudos são retrospectivos, estamos limitados quanto à qualidade da documentação. A visão do todo fica ainda mais prejudicada quando se levantam um ou dois fatores de risco, em vez de realizar criterioso exame de todos os possíveis fatores intervenientes. Com isto podemos responsabilizar o fator errado ou sobrevalorizá-lo (Cumming *et al.*, 1991). Por exemplo, o uso de remédios, mesmo que por prescrição médica e particularmente aqueles que atuam sobre o sistema nervoso central, está diretamente relacionado ao aumento do risco de quedas e por isso merece atenção nos registros (Thapa *et al.*, 1998).

Necessitamos estudos que promovam a aceitação de um vocabulário comum e a elaboração consensual de um sistema classificatório e de critérios normativos para o estudo das quedas, tais como as características da população envolvida, as do evento e suas conseqüências. Precisamos separar das estatísticas o idoso que eventualmente caiu daquele que tem quedas recorrentes.

No campo dos fatores intrínsecos, é necessário desenvolver escalas de avaliação funcional que permitam reconhecer e graduar os riscos para quedas além de possibilitarem seu seguimento no tempo; estudar os padrões de marcha dos idosos que sofrem quedas recorrentes; desenvolver métodos simplificados para avaliar as disfunções da marcha e determinar como e quais práticas físicas são capazes de

melhorá-la e, uma vez feito isso, verificar se ocorre menor número de quedas. Há ainda a investigar fatores tais como a influência do estado nutricional quanto ao número e gravidade das quedas e dos fatores psicossociais envolvidos. Na esfera dos fatores extrínsecos, há um conjunto de condições do ambiente físico cujos efeitos precisam ser conhecidos e controlados.

No campo da prevenção, faltam trabalhos que demonstrem quais estratégias implementadas lograram reduzir a taxa de quedas e em que grau e contexto são realmente eficazes programas de educação ambiental e de exercícios orientados. Precisamos também de estudos longitudinais.

A atenção regular ao fenômeno queda dentro de uma instituição asilar constitui um processo dinâmico, construído dia a dia. Tem reflexos positivos sobre os idosos que percorrem ações individuais dirigidas ao indivíduo que cai; passam por alterações no microambiente; incrementam a atenção dos profissionais cuidadores; obrigam participações efetivas dos técnicos envolvidos e, por fim, atingem a administração leiga através de um linguajar compreensível que, com freqüência, culmina em providências objetivas que favorecem a qualidade de vida dos idosos.

Dentro de uma visão macroestrutural, a queda deve ser tratada pela instituição de forma administrativa, impondo-se uma política específica de prevenção aliada às medidas individuais nos pacientes de alto risco. Para tanto, a gerência administrativa deverá solicitar que a equipe multidisciplinar atuante nomeie um “coordenador de quedas”, profissional que fará o mapa das ocorrências, bem como tomará as providências necessárias. Dessa forma, a execução de um programa de prevenção às quedas insere-se entre as condições que favorecem a melhoria da qualidade de vida de idosos institucionalizados.

A maioria das quedas não são acidentes imprevisíveis e tampouco conseqüências inevitáveis do envelhecimento. Uma situação particular, a síndrome pós-queda – denominação dada para um conjunto de conseqüências resultantes das quedas que inclui medo e ansiedade em relação à locomoção, auto-restrição ao leito, restrição de

movimentos e depressão –, exige abordagem psicológica específica. O impacto do medo de cair sobre a funcionalidade do indivíduo precisa ser mais bem compreendido (Tinetti *et al.*, 1994).

Na abordagem do fenômeno queda, é útil a realização de registros minuciosos e precisos, que incluam informações sobre o local, os antecedentes e as conseqüências das quedas. Por razões motivacionais, no Lar dos Velinhos de Campinas falamos em fazer Boletins de Ocorrência das quedas, ou “BOs”, usando um jargão de inspiração policial. Pelo mesmo motivo falamos em “testemunhas” (pacientes, cuidadores, atendentes ou amigos), para designar os observadores que possam contribuir com informações relevantes. No Quadro 7 pode ser observado o modelo do protocolo de registro de quedas que adotamos no LVC, com o nome de Boletins de Ocorrência, ou BOs de quedas.

A adoção da prática de monitorar as quedas dos idosos e suas condições antecedentes e conseqüentes tem também efeitos educacionais, uma vez que acaba por aguçar as capacidades de observação dos idosos e das equipes técnica e de apoio que trabalham na instituição. Publicar e discutir periodicamente os resultados são ações que ajudam a aprimorar procedimentos de cuidado e de acompanhamento dos idosos e que podem funcionar como elementos motivacionais. As iniciais Semanas de Prevenção de Quedas, anualmente realizadas, transformaram-se, institucionalmente, nas Semanas de Qualidade de Vida do Idoso Institucionalizado, sempre na última semana do mês de setembro, dedicando-se obrigatoriamente um dia ao tema “queda”. Referidas semanas fazem parte do programa educacional do LVC.

Os dados que aparecem nas Tabelas 2 e 3, sobre a distribuição de quedas no LVC entre 1985 e 1999, são ilustrativos dos progressos havidos na instituição, graças, em parte, à adoção das práticas de registro sistemático e de discussão dos dados deles resultantes.

Tabela 2
Distribuição das quedas no LVC de Campinas, entre 1985 e 1999, por sexo, idade, antecedentes e conseqüências

Número Total de Quedas:	160 (5,33 quedas/mês)
Número de Homens:	32
Número de Mulheres:	40
Idade Média dos Homens:	87 (máxima: 93; mínima: 56)
Idade Média das Mulheres:	77 (máxima: 96; mínima: 59)
Idade Média Total:	81
Local da Queda	– Interno: 71
	– Externo: 86
	– Não identificado: 04
Média de Quedas por Indivíduo:	2,22 (0,88 queda/ano)
Conseqüências - fraturas:	
	Fêmur: 03
	Rádio e Ulna: 03
	Cotovelo: 01
	Costela: 01
	Ísquio: 01
	Ossos Frontal: 01

Tabela 3
Distribuição mensal de quedas no LVC entre 1997 e 1999

	1997	1998	1999
Janeiro	04	04	08
Fevereiro	03	06	06
Março	08	06	07
Abril	05	09	06
Mai	15	03	06
Junho	15	04	04
Julho	04	09	04
Agosto	08	07	03
Setembro	06	03	06
Outubro	14	05	04
Novembro	08	03	09
Dezembro	05	10	03
Total	95	69	66

3.4. Avaliação da qualidade do serviço de nutrição e dietética do LVC indicado pelo estado nutricional dos idosos

As necessidades energéticas de um indivíduo normal estão na dependência de seu metabolismo basal (MB), de sua atividade corporal (AC) e da ação dinâmico-específica dos alimentos (ADE). A soma desses três elementos permite estabelecer as necessidades calóricas do chamado “indivíduo ideal de referência”. Define-se como requerimento nutricional a quantidade mínima de energia calórica e elementos nutritivos necessários para manter o indivíduo livre de enfermidades causadas por suas carências.

Em idosos a prevalência da subnutrição é alta (10-20 % na comunidade; mais de 60% nas instituições de longa permanência) e aumenta com a idade e a dependência física (Burr *et al.*, 1982; Clarke, Wahlqvist e Strauss, 1998). Não há dados brasileiros sistemáticos sobre o estado nutricional de idosos asilados nem sobre a influência das doenças crônicas sobre as suas necessidades nutricionais. Todavia, dados da literatura internacional dão conta de que a prevalência de malnutrição é menor em instituições que contam com acompanhamento das condições de nutrição e saúde do que naquelas que não contam (Sahyoun *et al.*, 1988). Segundo Silver *et al.* (1988), o estado nutricional de velhos asilados é pior do que o de idosos que vivem na comunidade, talvez como consequência do fato de aqueles serem geralmente mais doentes (Sahyoun *et al.*, 1988). Um estudo, realizado em 14 instituições de longa permanência no estado de Wisconsin, EUA, mostrou que 30% dos seus residentes consumiam menos que 1.200 kcal/dia (Sempos *et al.*, 1982). Abbasi e Rudman (1994) demonstram que as deficiências nutricionais encontradas na população das “nursing homes”, embora comuns, freqüentemente não são reconhecidas, perdendo-se assim a oportunidade de preveni-las ou corrigi-las. Nelas, os problemas nutricionais prevalentes são a perda de peso com concomitante subnutrição protéico-calórica (Morley e Silver, 1995). Embora esses dados sejam referentes a outra realidade sociocultural, pode-se supor que ocorra algo similar no Brasil.

Dados atuais sugerem que incapacidades graves avaliadas pelo índice de Katz estão fortemente associadas com parâmetros antropométricos e bio-humorais que

sugerem malnutrição (Romagnoni, 1999). A albuminemia combinada com incapacidade física avaliada segundo tópicos da escala de Rosow-Breslan demonstra forte associação com risco de mortalidade e pode servir como um índice de fragilidade (Corti, 1994).

Segundo Vannucci (1989), a avaliação nutricional deve ocorrer a partir de dados clínicos obtidos por anamnese e exame físico; de dados antropométricos, tais como peso, altura, índice de massa corpórea e pregas cutâneas; de informações bioquímicas, tais como taxas de albuminemia, transferrinemia e colesterolemia; de dados imunológicos, decorrentes de testes cutâneos de hipersensibilidade tardia, além de outros, como por exemplo a densitometria e a bioimpedanciometria. Variáveis clínicas associadas ao estado nutricional podem ser usadas para identificar pacientes sob risco de desnutrição (Buckler, Kelber e Goodwin, 1994).

O Índice de Massa Corpórea (IMC), também conhecido por índice de Quetelet, é um bom indicador da porcentagem de gordura corpórea e tornou-se a medida de maior aceitação quanto ao peso corpóreo saudável. É calculado dividindo-se o peso do indivíduo pela altura elevada ao quadrado ($IMC = kg/m^2$). Estudos clínicos demonstraram que, à medida que aumenta o IMC, aumenta o risco de doenças como hipertensão arterial, diabetes, certos tipos de câncer e doenças articulares degenerativas. Para indivíduos adultos, os parâmetros de normalidade do IMC independem da idade e do sexo, enquanto para idosos os valores ótimos são determinados por década de vida.

O Índice de Prognóstico Nutricional (IPN), inicialmente usado para avaliar o prognóstico de cirurgias abdominais (Busby, 1980), vem despertando maior interesse na avaliação global de saúde, sobretudo no campo geriátrico. O IPN é obtido pela seguinte fórmula:

$$IPN = 158 - 16,6.a - 0,78.b - 0,2.c - 5,8.d$$

na qual: a = albumina (g%); b = prega cutânea tricipital (mm); c = transferrina (mg%); d = teste cutâneo (candidina em nosso caso, graduada como 0 = não reativo; 1 = <5 mm; 2 = 5 mm ou mais de endureção).

Considera-se desnutrido todo indivíduo que apresente um IPN igual ou maior do

que 50, valor este que também identifica indivíduos com alto risco para complicações médicas, para a perda da auto-suficiência e para apresentar infecções em geral.

Expressiva parte da humanidade pode hoje ser dividida em dois grupos: os que morrem de fome por carência protéico-calórica e os que sucumbem por excesso de alimentos. Entre estes, há maior incidência de moléstias metabólico-degenerativas. Nos idosos ocorre diminuição das necessidades calóricas. Por esse motivo, a National Academy of Sciences dos Estados Unidos sugere que, a partir dos 51 anos, o consumo calórico esteja em torno de valores como 2.200 kcal para homens e 1.900 kcal para mulheres. A justificativa é que nos anos mais tardios ocorre diminuição da atividade física e a progressiva redução da massa magra, esta o principal determinante do metabolismo basal.

Uma dieta qualitativa e quantitativamente adequada pode melhorar a qualidade de vida e prolongar o período de atividade durante a etapa final da vida. Ao contrário, a alimentação inadequada contribui para acelerar o declínio na velhice. A pesquisa básica mostra ser a nutrição o fator ambiental mais importante no prolongamento da vida humana, embora seu papel seja mais nítido nos períodos anteriores à senectude. A avaliação e a intervenção nutricionais numa instituição servem não apenas para prevenir e para reduzir doenças e prolongar a vida, o que se refletirá nas taxas de morbidade e de mortalidade, como também para promover a melhor qualidade de vida do assistido (Mantero-Atieza *et al.*, 1992; Scanferlato, Rubini e Bottecchia, 1993).

Admitindo-se que o envelhecimento bem-sucedido somente se processa em condições satisfatórias de saúde e que esta depende diretamente de um bom estado nutricional, desde os primórdios do Centro Geriátrico houve preocupação de criar um Serviço de Nutrição e Dietética (SND) que gerenciasse a ração diária oferecida a cada assistido, em termos de quantidade, qualidade e tipo, e segundo seu estado funcional e de saúde. Para tanto, foi necessário não só selecionar e capacitar recursos humanos especializados, como também gerenciar os recursos flutuantes da instituição, que se refletem diretamente na alimentação oferecida.

Até 1986, salvo exceções, havia um só tipo de ração diária, a chamada “dieta geral”, que era processada na cozinha da entidade, sob a coordenação de uma cozinheira-chefe, que recebia uma orientação semanal dada por uma engenheira de alimentos. Ao cabo de quase cinco anos em que foram realizadas avaliações por nutricionistas externas ao LVC (eram da Feac – Federação das Entidades Assistenciais de Campinas), foi possível contratar uma nutricionista, profissional que passou a chefiar o Serviço de Nutrição e Dietética, respondendo tecnicamente ao Centro Geriátrico, e administrativamente, à gerência-geral do LVC.

O Lar dos Velinhos adota como paradigma as recomendações de cotas alimentares diárias da National Academy of Sciences dos Estados Unidos (RDA ou “recommended daily allowances”). Elas são determinadas segundo estimativas médias de necessidades nutricionais de grupos específicos, levando em conta idade, tipo de atividade e necessidades do organismo, sendo válidas apenas para pessoas saudáveis. Para efeito das prescrições em pauta, a população adulta é subdividida em três subgrupos: 19 a 24, 25 a 50, e 50 anos e mais. As instituições que trabalham na elaboração das RDA consideram que os dados disponíveis são insuficientes para formular recomendações específicas para todos os idosos (70 anos e mais) e alertam para o fato de que as RDA para adultos parecem ser inadequadas para o grupo dos mais velhos (85 anos e mais).

Diferenças notáveis quanto às necessidades protéicas e de certas vitaminas e minerais para idosos (60 anos e mais) são encontradas em especificações de órgãos especializados como o Sinu (Itália) e o Coma (Reino Unido) que determinam, por exemplo e respectivamente, necessidades protéicas (g) de 64 e 53,3; de cálcio (mg), 1.000 e 700 ; e de fósforo (mg), 1.000 e 550.

Segundo a Portaria n. 33, datada de 13 de janeiro de 1998 (*Diário Oficial da União* de 30 de março de 1998), no Brasil o Ministério da Saúde define a “ingestão diária recomendada” como a quantidade de vitaminas, de minerais e de proteínas que deve ser consumida diariamente para atender às necessidades nutricionais da maior parte dos indivíduos e grupos de pessoas de uma população sadia. Adota valores

constantes de três tabelas, para adultos, para lactentes e crianças e para gestantes e lactantes.

Desde 1986, contava a instituição com razoável conhecimento sobre as patologias presentes na população que assistia, mas somente em 1990 foi possível instituir dietas específicas. Inicialmente foram atendidos 33 idosos, com 26 dietas hipossódicas, quatro hipoglicídicas e três apropriadas para úlcera péptica. Logo o número ampliou-se para atender os 55 dependentes e, a seguir, para 88 asilados. No final de 1990, 60% dos moradores do LVC tinham indicação médica para uma determinada dieta.

Estudos nutricionais feitos no LVC entre os anos 1990 e 2000 demonstram progresso com a substituição de uma ração diária que antes era hipercalórica, sobretudo por excesso de gorduras e proteínas, continha sal em excesso e era pobre em fibras e cálcio. Hoje ela é equilibrada, mas a oferta de cálcio ainda é baixa. Especial atenção damos quanto à oferta de cálcio alimentar para nossos assistidos (além de suplementá-lo com frequência), por causa da conhecida associação entre uma prolongada ingestão baixa e as condições mórbidas da osteoporose, da perda de osso alveolar, do câncer colorretal e da hipertensão arterial. Mesmo na comunidade, o aporte de cálcio está aquém do recomendado (RDA): a ingestão média de mulheres americanas é de apenas 500 mg/dia (Heaney et al, 1982), sendo que apenas 19,8% das mulheres menopausadas entre 49 e 66 anos de idade ingerem mais de 900 mg/dia de cálcio (Avioli, 1989).

O desempenho do serviço de nutrição e dietética é pedra angular no viver do asilado. A comida oferecida gera satisfações e reclamações e, de certa forma, o número e os horários das refeições funcionam como relógios da instituição. Não raro, frustrações antigas e querências explodem nos refeitórios. Do lado da administração dos serviços, muitas vezes ocorre a interferência negativa de elementos tais como: número insuficiente de funcionários, salários baixos, analfabetismo, alta rotatividade e inadequação pessoal para as funções, que, em conjunto, comprometem a qualidade dos serviços prestados.

Em 1998, o cálculo do IMC dos internos do LVC mostrou os dados que aparecem na Tabela 4.

Tabela 4
Índices de Massa Corpórea da População do LVC em 1998

<i>Classificação</i>	<i>Valores de IMC</i>
Saudáveis	53% (56 = 32H; 24M)
Abaixo do peso	10% (11 = 08H; 03M)
Com sobrepeso	10% (11 = 00H; 11M)
Obesos	26% (28 = 12H; 16M)

Em março de 1999 eram oferecidas cinco refeições diárias, cujos valores em calorias são apresentados na Tabela 5.

Tabela 5
Conteúdo da dieta do LVC em março de 1999 – Índices médios para cinco dias x cinco refeições diárias

<i>Calorias</i>	<i>2.273 kcal/dia</i>	<i>(2.000)</i>
Proteínas	11%	(12–15%)
Lípides	31%	(25–30)
Carboidratos	57%	(50–60)
Cálcio	564 mg	(1.000 mg)

Em 1996, o cálculo do IPN na instituição demonstrou que apenas sete assistidos (5,46%) apresentavam IPN>50, em decorrência da artrite reumatóide (um), de quadro demencial (três), de polipatologia (dois) e de neoplasia prostática (um).

Em 1999, para uma população média de 136 assistidos e 35 funcionários, o LVC consumiu 7.200 kg de arroz, 3.240 kg de feijão, 7.200 kg de carne, 5.040 kg de açúcar e 720 kg de sal. Em 2000, para uma população de 133 assistidos e 60 funcionários, foram obtidos consumos semelhantes de arroz, feijão e açúcar, mas maior consumo de carne (7.920 kg) e menor de sal (540 kg). As dietas fornecidas para os 135 assistidos são dos seguintes tipos: geral (35), hipossódica (47), hipossódica + para diabetes (17), rica em

fibras (12), hipossódica + hipocalórica, para diabetes e para úlcera (quatro cada), hipossódica + hipogordura e hipogordura + rica em fibras (três cada), além de cinco outras combinações para seis usuários.

Apesar dos cuidados na avaliação e no acompanhamento da nutrição, sabe-se que é grande a distância entre a prescrição médica de uma dieta e sua efetiva administração e, mais, seu efetivo consumo. Dificuldade adicional é a de não se poder fazer um cardápio semanal fixo, uma vez que não há como intervir sobre o tipo e quantidade das doações de alimentos recebidas pela entidade.

A preocupação do Serviço de Nutrição e Dietética é oferecer, sempre, uma dieta diária equilibrada e tecnicamente correta. Ressalve-se que a ingestão ocorrida é maior do que a oferecida e aceita, dadas as doações em alimentos que visitas entregam diretamente ao assistido, as compras, as comemorações e os passeios, em que os idosos podem comer fora do que foi estipulado.

Do ponto de vista da avaliação dos procedimentos utilizados pelo LVC nos últimos 15 anos, no tocante à nutrição e à dietética, parece relevante comparar os dados obtidos por dois tipos de parâmetros no sentido de aquilatar qual é mais explicativo e preditivo da saúde e da funcionalidade dos idosos ao longo do tempo. São eles: o IMC (índice de massa corpórea) e o IPN (índice de prognóstico nutricional). O IMC é de fácil execução; já o IPN tem elaboração técnica bem mais complexa e só o fato de poder executá-lo é um indicador da excelência dos serviços.

3.5. Valores de velocidade de hemossedimentação (VHS) no LVC

A VHS é um exame laboratorial conhecido há mais de um século, de execução simples, barato e de uso universal. Seus mecanismos internos ainda não estão satisfatoriamente elucidados, mas tem tido ampla aceitação como instrumento subsidiário. Dos métodos utilizados para sua avaliação, dois são os mais difundidos: o de Wintrobe (corrigido ou não pelo hematócrito) e o de Westergren. O método de Westergren é o mais amplamente utilizado e fidedigno, segundo o Comitê Internacional

de Padronização em Hematologia e o mais sensível para as doenças reumáticas (Plotz, s/d). Essa prova, juntamente com a termometria, é a de maior valor prático na avaliação de possível existência de qualquer enfermidade orgânica, além de ser quase imprescindível no seguimento da evolução de muitas doenças. Tem sido usada como elemento diagnóstico em algumas condições clínicas (Brigden, 1999) e na avaliação global da saúde (Olshaker e Jerrard, 1997). Mesmo existindo hoje provas mais sofisticadas, a VHS continua sendo teste útil e de uso freqüente (Brigden, 1998; Saadeh, 1998; Santos, Cunha e Cunha, 2000).

Estudos transversais têm fornecido dados contraditórios quanto aos parâmetros de normalidade para os idosos e para os adultos, em diferentes sociedades. Estudos longitudinais mostram um aumento moderado da VHS, paralelamente ao envelhecimento. A experiência clínica tem demonstrado que uma VHS moderadamente elevada, mas não associada a outros indicadores de doença, pode ser compatível com satisfatório estado de saúde através dos anos.

Dados oriundos de pesquisas realizadas em diversos contextos nacionais oferecem informações variadas sobre os parâmetros do VHS. Rai (1979) mostrou que a VHS pode ser de 35–45 mm na 1ª hora em idosos sadios, não sendo um teste confiável para detecção de doenças na velhice. Sharland (1980) demonstrou que uma VHS elevada pode ser consistente com um estado de boa saúde na velhice, assim como uma VHS acima de 100 mm/1ªh tem um valor preditivo de 90% para doença. Griffiths *et al.* (1984) confirmam que a VHS aumenta com a idade e apresenta valores mais elevados nas mulheres, sugerindo os valores de 19 mm para os homens e 22 mm para as mulheres como aqueles a partir dos quais devem-se pesquisar doenças. Shearn e Kang (1986) sugerem que se deva alterar os valores de referência para o método de Westergren.

Utilizando um modelo multivariado, Nahya (1987) obteve maior variabilidade nos valores de referência da VHS, num estudo que compreendeu 789 homens de 50 anos e mais, e no qual a VHS variou de 7 a 50–60 na 1ª hora. Kirkeby *et al.* (1989) mostraram que 40% dos idosos de uma amostra de indivíduos de 70 anos e mais apresentavam mais de uma doença (bronquite crônica, doença reumatóide e

insuficiência renal foram as mais freqüentes). Estudando idosos na comunidade, Hanger (1991) obteve como valor médio da VHS de 1ª hora, 4,1 mm para os homens e 7,2 mm para mulheres. Rubini, Scanferlato e Bottecchia (1998), estudando velhos saudáveis institucionalizados, obtiveram VHS média de 58,9 mm para mulheres e 39,6 mm para homens. Wolfe e Michaud (1994) apresentam uma VHS de 38 mm como o limite superior normal para mulheres de 60 anos e mais.

Embora seja usada como um indicador de doença, a VHS está sujeita a várias influências não patológicas (Kanfer e Nicol, 1997). Por exemplo, ao verificar os fatores associados aos valores de referência da população jovem chinesa, Miao *et al.* (1999) encontraram que a altitude dava a maior contribuição para a variância. Isso lhes permitiu dividir a China em seis distritos segundo os valores de referência da VHS de sua população jovem. Gillum (1993) demonstrou que há diferenças raciais quanto à VHS, com valores ligeiramente maiores na raça negra.

Com as perguntas: 1– Qual o valor de referência da VHS para idosos hígidos?; 2– As diferenças associadas ao sexo mantêm-se na velhice?; 3– A diferença dos valores por sexo observada na população jovem é idêntica na velhice institucionalizada?; 4– Há diferenças nos parâmetros, segundo as décadas de vida consideradas, após os 65 anos?, que objetivam caracterizar a VHS em idosos institucionalizados, em relação às variáveis sexo e idade; comparar os resultados com os valores de referência para idosos não institucionalizados existentes na literatura internacional; e contribuir para o estabelecimento de valores de referência para o idoso brasileiro está em curso estudo que compreenderá 130 idosos (65 anos e mais), sendo 65 mulheres e 65 homens, moradores do LVC há mais de 18 meses, em bom estado de saúde física e que não apresentaram nenhuma alteração clínica nos três meses anteriores e nos dois posteriores à determinação da VHS pelo método de Westergren-modificado. A avaliação está sendo feita no próprio LVC dentro de no máximo uma hora da coleta sanguínea pela enfermeira-chefe ou por um dos médicos da instituição.

Até fins de 2000, obedecendo aos rigorosos critérios de inclusão, foram selecionados 111 idosos (idade média = 76,28 a; 65–96), sendo 61 mulheres (im = 78,44

a; 65–96) com tempo médio de permanência no LVC de mais de 15 anos (3–30) e 50 homens (im = 73,5 a; 65–89) com tempo médio de permanência superior a dez anos (1,5–36). A estatística dos dados mostrou uma VHS média de 34,4 mm/1ª hora (3–82), 28,7 (0–90) e 27 (1–89), respectivamente, para cada década após os 65 anos de idade para as mulheres e 22,8 (2–76), 35,3 (3–82) e 25,8 (1–106) para os homens. Desprezamos a faixa etária após os 95 anos por conter apenas dois indivíduos. Tais dados demonstram que, no LVC, aproximadamente a metade dos idosos normais apresenta uma VHS de 1ª hora pelo método de Westergren-modificado superior aos 20 mm. Nesse grupo, o valor médio foi de 47,94 mm (23–89) para as mulheres e 48,86 mm (22–106) para os homens. Esses dados indicam que em significativa parcela de idosos, clínica e laboratorialmente normais segundo vários parâmetros (hemograma, proteínas totais, fator reumatóide, urinálise, parasitológico de fezes e outros), a VHS em nosso meio admite valores de referência em níveis mais elevados que os habitualmente aceitos, além de corroborar que uma VHS alterada, como dado isolado, é condição de observação e não indicativa de doença presente. Além disso, as diferenças de valores associadas ao sexo no adulto parecem não se manter na velhice.

3.6. Prevalência de osteoporose entre mulheres do LVC, indicada por medida de ultrassonografia do calcâneo

A massa óssea de uma pessoa resulta da interação de muitos fatores, dentre eles os hereditários, os nutricionais, os metabólicos e os ambientais. Em torno dos 20 anos, e variando pouco até aproximadamente os 35 anos, atingimos a quantidade máxima de tecido ósseo de nossa vida – o chamado pico de massa óssea – a partir do qual esta sofre perdas graduais e progressivas relacionadas ao processo normal de envelhecimento. O ritmo dessas perdas varia de pessoa para pessoa. Muitas desenvolvem osteoporose, que é uma doença óssea complexa de natureza multifatorial. É consenso caracterizar-se a osteoporose como enfermidade decorrente da progressiva perda de massa óssea e alterações na microarquitetura do tecido ósseo, com conseqüente maior tendência a fraturas.

É a doença óssea metabólica mais comum entre adultos mais velhos e idosos, principalmente do sexo feminino, sendo responsável por milhões de fraturas a cada ano, em todo o mundo. A morbidade e a mortalidade indiretas a ela associadas são muito elevadas. Já mereceu o nome de “epidemia silenciosa”, uma vez que freqüentemente só se revela por uma fratura grave e repentina em indivíduos até então assintomáticos (Ross, 1996). Neste início de século, desponta a osteoporose como uma importante questão de saúde pública.

O risco de osteoporose é cerca de sete vezes maior entre as mulheres do que entre os homens, em parte porque elas têm esqueleto menor (atingem menor pico de massa óssea), em parte devido à perda do efeito protetor do estrógeno, que o organismo feminino deixa progressivamente de produzir, com o climatério. Como as mulheres são mais longevas do que os homens, há mais idosas do que idosos com osteoporose. Estima-se que uma em cada quatro mulheres que já passaram pela menopausa apresentará a doença.

São fatores de risco para a osteoporose: sexo feminino; raça branca; idade mais avançada; ter menopausa prematura; ser de estatura baixa; história familiar; história de fraturas anteriores (após pequenos traumas); sedentarismo; ingestão aumentada de proteínas, de álcool e/ou de café; baixa ingestão de cálcio; tabagismo; doenças articulares inflamatórias; hipertireoidismo; história de quedas de repetição; tratamentos com corticóides, com fenitoína e com hormônios da tireóide, dentre outros.

Estima-se que de cada 100 mulheres menopausadas com 50 anos ou mais e portadoras de osteoporose, apenas 10% estão sob tratamento; 15% sabem ter a doença, mas não se tratam e 75% ignoram sua condição. As estatísticas revelam que, no caso das fraturas por osteoporose, as de punho predominam entre os 50 e os 60 anos, as de coluna vertebral entre os 60 e os 80 anos e as do quadril, após os 70 anos. Estima-se que aos 80 anos, 25% das mulheres já apresentaram uma ou mais dessas fraturas. Segundo critérios atuais, estima-se que uma em cada três mulheres de mais de 60 anos têm osteoporose. A redução na expectativa de vida de mulheres com fratura do quadril é maior que a decorrente da soma das reduções decorrentes do câncer de mama, do

endométrio e dos ovários. Nos homens, as fraturas devidas à osteoporose comprometem mais a expectativa de vida do que o adenocarcinoma prostático (Lindsay *et al.*, 1996).

A osteoporose comporta diagnósticos clínico, histopatológico e por imagem. Neste caso, citam-se os índices radiográficos (um dos quais utiliza o calcâneo – Baratelli, Cabitza e Parrini, 1984), a fotodensitometria por fótons simples (SPA) ou por dupla emissão (DPA), a absorciometria energética por raios X (Dexa), a tomografia computadorizada quantitativa (QTC) e a ultra-sonometria óssea. A DPA e a Dexa são as técnicas que mais têm se destacado na prática clínica, sendo consideradas atualmente como métodos preferenciais para avaliação da DMO (Marone, Lewin e Bianco, 1995). Nelas, a DMO é expressa em g/cm^2 e o resultado do paciente é comparado com os dados de uma população de jovens saudáveis de mesmo sexo, peso, altura e grupo étnico, bem como com os de uma população de pessoas saudáveis da mesma idade, sexo, altura, grupo étnico. Essas comparações são expressas em percentuais e em número de desvios-padrão (DP): (T-score) em relação à população jovem e (Z-score) relativamente a pessoas da mesma idade.

Uma fratura espontânea ou produzida por traumas mínimos num indivíduo osteopênico define a osteoporose como doença clínica. A partir dos últimos consensos, uma vez demonstrado que a densitometria óssea é uma técnica quantitativa que avalia adequadamente o estado esquelético, podendo mesmo predizer o risco de fratura associado a maior fragilidade óssea (Miller *et al.*, 1996), um novo paradigma surgiu na definição da osteoporose. Uma DMO baixa é o fator de risco mais importante para fraturas, sendo mais sensível que a hipercolesterolemia e a hipertensão arterial, respectivamente, como fatores de risco para o infarto do miocárdio e o acidente vascular cerebral (WHO Study Group, 1994). Embora a nova conceituação inclua a DMO, a deterioração microestrutural e a fragilidade óssea aumentada, apenas a DMO pode ser objetivamente medida na atualidade (Miller e Zapalowski, 2000).

A OMS, em informe técnico, estabeleceu para a DMO um limiar hipotético de fraturas igual a $-2,5$ DP abaixo da média do adulto jovem saudável (o já citado T-score). Estima-se que 90% das mulheres brancas com T abaixo de $-2,5$ DP apresentarão

fratura(s) em decorrência da osteoporose). Assim, o referido limiar ($-2,5$ DP) possibilita a definição densitométrica da osteoporose (Kanis *et al.*, 1994 e 1997).

Abaixo, os valores para a interpretação da densitometria óssea segundo a OMS (WHO Study Group, 1994):

Normal = T-score até $-1,0$

Osteopenia = T-score $<-1,0$ e $>-2,5$

Osteoporose = T-score $<-2,5$

Embora os T-scores tenham sido utilizados originalmente para valorização das DMOs do quadril através da técnica DEXA, seu uso foi estendido para definir os umbrais diagnósticos de outros locais do esqueleto e mesmo através de outras tecnologias (NIH, 2000).

A ultra-sonografia quantitativa óssea é um método mais recente e não invasivo para o estudo “in vivo” do tecido ósseo, podendo vir a ocupar na prática clínica lugar semelhante ao dos métodos clássicos (DEXA e QTC). Tem como vantagens não expor o paciente a radiações ionizantes, utilizar aparelhagem portátil e ser de baixo custo. Mede a velocidade do som que se propaga no osso (SOS) e a atenuação das ondas sonoras absorvidas pelo mesmo (BUA). Os resultados são expressos em índices de “dureza” ou “elasticidade”, o índice “stiffness”, que é um índice ponderado, análogo a uma DMO (Thompson *et al.*, 1998; Pluskiewicz e Drozdowska, 1999). Os T-scores de “stiffness” com ultra-sonômetros Achilles (modelo utilizado no LVC) e outros são congruentes com os obtidos pela determinação da DMO axial por DEXA (Barden e Mitchelmore, 1999; Langton e Langton, 2000). Trabalhos têm demonstrado que a predição do risco de fratura para o quadril é maior do que para as vértebras e punhos, indicando desta forma que a técnica possa ser particularmente útil para a avaliação da osteoporose da mulher idosa (Langton, 1994). Recentemente, através de análise multivariada, confirmou-se que os dados ultra-sonométricos relacionam-se com os riscos de fraturas (do quadril e outras) na velhice (Pluijm *et al.*, 1999). A maioria dos sistemas utiliza o calcâneo para avaliação (Lindsay, 1996), embora para seguimento individual admita-se que a técnica ainda não tem confiabilidade suficiente (Roux e Laugier, 1998).

O objetivo final do tratamento da osteoporose é prevenir a ocorrência de fraturas, que são diretamente relacionadas com uma densidade óssea diminuída. Assim, a identificação da doença e das condições que a ela conduzem é crucial para a adoção de medidas de tratamento e/ou prevenção.

Em 1998, foi avaliado o estado esquelético das mulheres assistidas pelo LVC procedendo à ultra-sonometria do calcâneo obtida por meio do instrumental Lunar – modelo Achilles (parte dos valores obtidos são mostrados na Tabela 6). Dessa casuística separamos as leituras válidas daquelas com 65 anos ou mais, um conjunto de 44 exames, cujas portadoras apresentavam a idade média de 79,5 anos (65–97), peso médio de 58 kg (28–105) e altura média de 154 cm (145–165); 39 eram brancas e cinco negras. A Tabela 7 apresenta a frequência de idosas que se encaixou em cada uma das categorias propostas pela OMS para avaliação da osteoporose.

Tabela 6
Valores obtidos por idosas do LVC na avaliação ultra-sonométrica do calcâneo

<i>Nº</i>	<i>i</i>	<i>P</i>	<i>ALT</i>	<i>C</i>	<i>T</i>	<i>Z</i>
1	69	84	158	B	-2,18 (72%)	-0,19 (97%)
2	68	65	162	B	-3,26 (58%)	-1,32 (77%)
3	68	60	160	B	-5,50 (28%)	-3,57 (38%)
4	65	41	145	B	-3,62 (53%)	-1,84 (69%)
5	62	65	150	B	-3,55 (54%)	-1,93 (68%)
6	68	74	150	B	-3,46 (55%)	-1,52 (74%)
7	68	71	0	B	-1,43 (81%)	0,51 (109%)
8	65	55	150	B	-3,89 (49%)	-2,12 (64%)
9	62	70	165	B	-2,22 (71%)	-0,60 (90%)
10	77	78	160	B	-4,02 (48%)	-1,60 (70%)
11	72	105	165	B	-1,90 (75%)	0,25 (105%)
12	77	40	145	B	-3,68 (52%)	-1,26 (76%)
13	70	28	150	B	-4,05 (47%)	-2,00 (65%)
14	73	50	150	B	-2,90 (62%)	-0,69 (87%)
15	70	47	155	B	-3,50 (54%)	-1,46 (74%)
16	79	65	155	P	-4,06 (47%)	-1,53 (70%)
17	74	61	155	B	-2,33 (70%)	-0,07 (99%)
18	70	66	155	B	-3,45 (55%)	-1,40 (75%)
19	78	48	150	B	-5,21 (32%)	-2,73 (48%)
20	72	0	0	P	-4,66 (39%)	-2,50 (55%)
21	74	55	156	B	-3,72 (52%)	-1,46 (73%)
22	70	75	155	B	-3,41 (56%)	-1,36 (76%)
23	74	62	155	P	-0,37 (95%)	1,89 (135%)
24	72	36	145	B	-2,80 (64%)	-0,64 (88%)
25	76	58	160	P	0,47 (106%)	2,84 (153%)
26	82	49	160	B	-4,31 (44%)	-1,62 (68%)
27	87	67	154	B	-1,53 (80%)	1,43 (130%)
28	87	46	152	B	-4,54 (41%)	-1,57 (67%)
29	82	61	150	B	-3,48 (55%)	-0,79 (84%)
30	82	68	155	B	-2,82 (63%)	-0,13 (97%)
31	81	68	155	B	-4,26 (45%)	-1,62 (68%)
32	81	48	150	B	-4,45 (42%)	-1,81 (64%)
33	86	56	155	B	-4,84 (37%)	-1,93 (60%)
34	83	59	152	B	0,46 (106%)	3,21 (165%)
35	84	80	110	B	-4,74 (38%)	-1,94 (60%)
36	86	51	150	P	-1,83 (76%)	1,08 (123%)
37	87	68	158	B	-3,56 (54%)	-0,60 (87%)
38	86	40	150	B	-5,23 (32%)	-2,33 (51%)
39	81	56	160	P	-2,54 (67%)	0,10 (102%)
40	88	68	150	B	-4,77 (38%)	-1,75 (63%)
41	87	54	156	B	-3,95 (49%)	-0,99 (79%)
42	89	63	160	P	-3,08 (60%)	-0,02 (100%)
43	89	39	150	B	-5,23 (32%)	-2,16 (53%)

44	82	62	160	B	-0,99 (87%)	1,71 (134%)
45	92	50	150	B	-4,36 (43%)	-1,13 (75%)
46	94	65	160	P	-3,94 (49%)	-0,60 (86%)
47	97	48	150	B	-4,68 (39%)	-1,18 (72%)
48	91	19	165	P	-4,13 (46%)	-0,95 (79%)
49	90	75	162	B	-1,84 (76%)	1,28 (128%)
50	91	43	150	B	-3,75 (51%)	-0,58 (87%)

Tabela 7
Distribuição das idosas segundo os parâmetros da OMS para a osteoporose densitométrica

<i>T-score</i>	<i>Até - 1</i>	<i><-1 a >- 2,5</i>	<i><-2,5</i>
<i>Idade</i>			
65-75	1	4	11
75-85	3	-	10
85 e +	-	3	12
Total	4	7	33

* *População de referência: européia, 20 anos.*

Os resultados indicam alta prevalência de osteoporose na população estudada, uma vez que aproximadamente 75% das idosas com 65 anos ou mais apresentaram osteoporose densitométrica, fato que sugere a necessidade da adoção de medidas profiláticas e terapêuticas imediatas.

Adicionalmente, comparamos os dados das idosas brancas de 65 anos e mais do LVC (N = 39) com resultados da avaliação de 145 mulheres de igual cor, faixa etária e índice de massa corpórea da comunidade. Os resultados analisados estatisticamente (testes t-Student, Exato de Fisher ou de Mantel-Haenszel e Regressão Logística) permitiram-nos estimar que a probabilidade de ocorrência de osteoporose no asilo é cerca de seis vezes maior do que entre a amostra das mulheres da comunidade, dados esses que são altamente sugestivos dos efeitos de carências crônicas no atendimento à saúde no transcorrer do histórico de vida dessas idosas.

O conjunto de observações reforça a idéia de que é altamente relevante investir em medidas terapêuticas e profiláticas nos asilos de idosos, principalmente nos que acolhem a população de baixa renda.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O reconhecimento da velhice como questão médica remonta ao século XIX, quando, nas enfermarias de Paris, Charcot dizia que, na velhice, “sofriam os órgãos em silêncio”. Nos primeiros anos do século XX, a idéia do tratamento clínico da velhice tomou forma pelas mãos de Nascher, que cunhou o termo Geriatria. Em meados do século XX, a velhice emergiu como fenômeno social, primeiro nos países desenvolvidos e, nas décadas seguintes, também nos países em desenvolvimento. Em cerca de 150 anos, pode-se dizer que a velhice saiu da esfera individual, privada e familiar para tornar-se fato público e “problema social” a exigir intervenções adequadas interligadas a uma visão política específica (Guillemard, 1984).

As mudanças sociais vivenciadas pela nação brasileira, indicadas pelo êxodo rural, as migrações para as grandes cidades, o inchaço das áreas urbanas e suburbanas, o desemprego, a pobreza, as mudanças no relacionamento intergeracional, a progressiva substituição da força motriz do homem pelo trabalho mecânico e, mais recentemente, pela informatização dos sistemas de produção e informação são eventos que indicam uma ruptura da tradição cultural segundo a qual os descendentes devem cuidar dos ascendentes. Talvez estejamos evoluindo para uma nova e infeliz condição que inclui guetos de velhos solitários e desvalidos em todas as camadas sociais. A alternativa menos sinistra para essa situação que se prenuncia seriam os asilos e outros arranjos domiciliares para idosos, que passariam a ser vistos como instituições das mais nobres e necessárias. Urge reconhecer que instituições como asilos, casas de repouso, residências sanitárias assistidas e outras destinadas ao idoso auto-suficiente são uma necessidade bioantropológica e social (Berardinelli e Marino, 1991).

Todavia, as perguntas que ora se impõem são: Que tipo de asilo? Quando a sociedade brasileira não mais aceitará passiva e silenciosamente, como se fossem exceções absolutas, casos como os do asilo Santa Genoveva? No primeiro semestre de 1996, a morte de quase uma centena de idosos na clínica carioca Santa Genoveva estremeceu o país, mas logo caiu no esquecimento. Para destacar que o caso não é pura exceção, nem se deve à falta de recursos financeiros, é preciso lembrar que um dos donos da Clínica Santa Genoveva era proprietário de dez outras e que o Sistema Único de Saúde (SUS) pagava, por mês, R\$ 534,00 por paciente internado. Um estudo do Grupo de Assistência e Proteção ao Idoso de São Paulo, ligado ao Ministério Público, inspecionou 212 asilos paulistanos, fechando 32 deles (comida estragada, fezes de ratos nos colchões, porões sem iluminação transformados em quartos...); 99% das casas tinham finalidade lucrativa.

Faz parte do pensamento estereotipado sobre a velhice que maus filhos abandonam pais velhos em asilos, onde são maltratados. Pela mesma ótica, os funcionários e administradores ou são algozes ou são cândidas irmãs de caridade; as moradias são frias, feias e tristes, onde predominam dores e estados depressivos e onde todos os velhos são ranzinhas, humildes e desamparados. Nesse mundo cruel, o maniqueísmo dominante coloca, de um lado, uma massa amorfa de idosos imbecis e, do outro, um grupo de administradores e serviçais desumanos ou sobre-humanos. Não é outro o sentido da freqüente pergunta que a imprensa leiga nos faz e que, em si, não é uma pergunta, mas uma afirmação categórica: o asilo é um mal necessário. Neste misto de pergunta e afirmação, a sociedade revela seu paradigma de velhice.

Em termos de cuidados permanentes, nossos asilos não são hospedarias ou residências protegidas para idosos, que abrigam velhos que, embora capazes do autocuidado, necessitam de algum tipo de ajuda, seja de ordem psicológica seja de supervisão em suas AVDs. Tampouco são lares ou casas para idosos, onde vivem velhos com necessidades sociais de abrigo, ou incapazes de viver independentemente. Ao invés, são locais de cuidados para idosos frágeis, doentes e com variados graus de incapacidade, onde é necessário manter uma enfermaria para cuidados de enfermagem mais intensivos. Tais serviços de enfermaria são utilizados pelos idosos cronicamente

doentes e por todos aqueles que, agudamente enfermos, ali possam ser monitorados e tratados. Evita-se, assim, a hospitalização, situação com amplos reflexos negativos, seja de custos para o sistema de saúde pública, seja de trauma adicional para os assistidos que têm que enfrentar um ambiente que, embora possa ser tecnicamente competente, é emocionalmente distante, acentuando-lhes os sentimentos de abandono e menos valia.

Nossos asilos têm que funcionar com base num firme alicerce administrativo, com definição clara de finalidades, obediência aos estatutos, fontes de manutenção e serviços de assistência social e de enfermagem. O restante da estrutura e das funções deve ser moldado a partir das peculiaridades de cada instituição. Não é isto que se observa na maioria dos asilos. Quase sempre filantrópicos, vivenciam situações em que as demandas são maiores dos que os recursos, as necessidades superiores às dotações, a todo momento precisando cortar serviços essenciais. É o que encontraram Nascimento e Silva *et al.* (1998), estudando a população idosa institucionalizada da cidade de São Carlos, SP. Das seis entidades analisadas, que abrigavam um total de 264 idosos, apenas uma tinha um enfermeiro em seu corpo técnico; todas, exceto uma, tinham a atenção direta de um médico em visita semanal ou quando necessária.

Reconhecemos serem as características da equipe de enfermagem o elemento que melhor diferencia a qualidade de cuidados prestados pela instituição. O envolvimento da equipe com os vários aspectos organizacionais, como, por exemplo, planejamento ambiental, relação enfermeira-paciente, atenção psicossocial e supervisão nutricional é essencial para a qualidade da atenção oferecida. Seja de que forma for, essas instituições têm que se preparar para cuidar de seus idosos de risco e reconhecer que, se hoje são aparentemente poucos (e não o são!), amanhã serão muitos e elas não terão para onde encaminhá-los.

Uma atuação aparentemente fria e dura torna-se necessária para fazer frente às pressões políticas. O não-enfrentamento delas põe em risco o propósito maior da entidade, qual seja, o de oferecer condições satisfatórias para uma boa qualidade de vida global aos assistidos. Da ciência de que os recursos envolvidos sempre serão inferiores às necessidades – dentro de um planejamento ideal sempre há o que melhorar – há que

se hierarquizar os atendimentos (serviços) prestados. Não é outro o sentido de mantermos no Centro Geriátrico um planejamento de ampliação (ou redução) de serviços segundo a conjuntura vigente. Isto compreendido, deve ser reafirmado que, em Gerontologia, nem tudo pode ser resumido à relação econômico-financeira de custo-benefício. Há que se acrescentar uma outra dimensão, que são as premissas sociais para o bem-estar dos idosos, dentro dos princípios dos direitos humanos, da ética e da cidadania, esteios para a dignidade do viver.

O asilo médico-social deverá desenvolver e promover sempre uma medicina preventiva de caráter secundário – algumas vezes, primário –, além de estruturar-se para oferecer serviços de reabilitação (= nível terciário), dadas as características da clientela, pois quase sempre o asilo é a instituição final.

Na atualidade, os hospitais da rede estatal ou a ela conveniados somente acolhem pacientes agudos ou de gravidade tal que vêm a falecer, ou quando não, passam a necessitar de cuidados médicos e de enfermagem de caráter intensivo e/ou permanente. Por conseguinte, é missão da entidade buscar constantemente procedimentos que promovam a melhoria na qualidade de vida de cada um de seus moradores. Em outras palavras, devem-se adotar medidas que reduzam o período de morbi-mortalidade previsto para os últimos anos da existência.

O objetivo maior deste trabalho é demonstrar como uma entidade “social” que abriga velhos desvalidos, mas funcionalmente capazes, na realidade acaba por abrigar expressivo número de doentes, fato que determina que o maior departamento da instituição seja aquele integrado por funcionários subordinados à chefia de enfermagem, notadamente aqueles envolvidos com o atendimento direto ao idoso. Em outubro de 1999, dos 112 funcionários do Lar dos Velhinhos de Campinas, 36 dedicavam-se exclusivamente ao atendimento direto ao idoso. O conhecimento dos transtornos médicos clinicamente significativos da população assistida é essencial para implementar-se uma política de saúde na instituição.

A disseminação do modelo desenvolvido no LVC pode contribuir para minorar

inevitáveis conseqüências sociais do rápido envelhecimento populacional que o Brasil deverá enfrentar a partir de 2025, quando teremos a sexta população mais velha do planeta, em números absolutos. Em 1976, Somers já dizia ser o cuidado geriátrico o setor de saúde mais complexo, negligenciado e desafiante do final do século XX.

Adicionalmente, poderiam os asilos, além de seu papel assistencial, transformar-se em importantes centros de pesquisa e ensino mediante o interesse da Universidade (Strejilevich, 1971), sintonizada com organizações locais conscientizadas da urgência de renovação e humanização de grande parte desses estabelecimentos (Fernandes e Rossi, 1981).

O reconhecimento pelas autoridades, remoto a meu ver, do real e nobre papel que desempenham nossos mais humildes asilos, e do quanto têm eles contribuído para o equilíbrio social nas comunidades em que atuam, preenchendo uma lacuna de atuação do Estado, poderia melhor aparelhá-los e, com isto, suprir necessidades prementes quanto à manutenção de um atendimento digno e eficaz para cuidar do binômio velhice–doença.

Se, por um lado, sabemos que os custos médicos na velhice são progressivamente crescentes, há que se considerar, também, falsa a idéia de que nossos velhos são contumazes devoradores de recursos e, a fundo perdido, co-responsáveis pelas mazelas de nosso sistema de saúde. A discussão é mais profunda, mas acusar a velhice de implodir nossos sistemas previdenciário e de saúde é o mesmo que culpar nossos jovens pelos altos custos de sua educação. Negar recursos para os mais velhos não diminuirá seu crescente número, tampouco a pressão que exercem sobre o sistema: *fatos não deixam de existir porque são ignorados* (William S. Burroughs, 1855–98). A qualidade dos serviços de saúde é parte integral do desenvolvimento de uma nação, sendo um dos principais indicadores do bem-estar social. A melhoria das condições sociais, a promoção da saúde individual e coletiva e o acesso universal aos cuidados médicos não são escolhas excludentes, mas sim, estratégias sinérgicas que visam a manter a saúde (Frenk, 1998).

Urgem mudanças no discurso e implementação de ações, isto é, que saíamos das reclamações pela explosão dos custos para a busca de meios de financiamento; do asilo para a instituição médico-social; da precoce, difícil e doente velhice para uma velhice tardia, serena e mais saudável. É dever das autoridades aproveitar as estruturas dos asilos existentes para um atendimento mais efetivo à velhice desamparada.

Precisamos ser a mudança que nós queremos ver no mundo!

(Mahatma Gandhi)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abbasi, A.A. & Rudman, D. (1994). Undernutrition in the nursing home: prevalence, consequences, causes and prevention. Nutr Rev 52(4): 113-22.
- Avioli, L.V. (1989). La controversia sobre el calcio y la ración dietética. In El síndrome osteoporótica. Detección, Prevención y Tratamiento – 2ª ed. Louis V. Avioli (ed), trad, Edições CEA, AS, España, pp. 45-52.
- Baltes, M.M. (1988). The maintenance of dependency in the elderly: Three phases of operant research. Behavior Therapy 19:301-319.
- Baltes, M.M. (1996). The faces of dependence in old age. New York: Cambridge Univ Press.
- Baltes, M.M. & Wahl, H.W. (1992). The dependency-support script in institutions: Generalizations to community settings. Psychology and Aging 7:409-418.
- Baltes, M.M. & Wahl, H.W. (1996). Patterns of communication in old age: The dependence support and independence-ignore script. Health Communication 8: 217-231.
- Baltes, M.M., Newmann, E.M. & Zank, S. (1994). Maintenance and rehabilitation of independence in old age: An intervention program for staff. Psychology and Aging 9: 179-188.
- Baratelli, M., Cabitza, P. & Parrini, L. (1984). The calcaneal index in the determination of osteoporosis. Ital J Orthop Traumatol 10: 549-54.
- Barden, H.S. & Mitchelmore, G. (1999). Ultrasound stiffness of the os calcis provides T-scores congruent to axial BMD. J Bone Miner Res 14 (Suppl 1): S375.
- Beaver, M.L. & Miller, D.A. (1998). La práctica clínica del trabajo social com las personas mayores. Intervención primária, secundária y terciária. Barcelona: Paidós. Tradução do original em inglês de 1992 por Angel Garcia.
- Berardinelli, P. & Marino, A. (1991). La Residenza Sanitária Assistita: caso o necessita? Medicina Geriatrica 23: 628.
- Berquó, E.S. (1999). Considerações sobre o envelhecimento da população no Brasil. In A.L. Neri & G.D. Debert (orgs.), Velhice e Sociedade. Campinas: Papyrus.

- Born, T. & Abreu, C.M.G. (1996). O cuidado ao idoso em instituição de longa permanência. Gerontologia 4(4): 7-14.
- Brasil, Decreto nº 1948 de 3 de Julho de 1996: regulamenta a lei nº 8842 de 4 de Janeiro de 1994, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso e dá outras providências Brasília: Ministério da Justiça, Secretaria Nacional dos Direitos Humanos, 1998.
- Brigden, M.L. (1998). The erythrocyte sedimentation rate. Still a helpful test when used judiciously. Postgrad Med 103 (5): 257-62.
- Brigden, M.L. (1999). Clinical utility of the erythrocyte sedimentation rate. Am Fam Physician 60 (5): 1443-50.
- Buckler, D.A Kelber, S.T. & Goodwin, J.S. (1994). The use of dietary restrictions in malnourished nursing home patients. J Am Geriatr Soc 42(10):1100-2.
- Burr, M.L., Milbank, J.E. & Gibbs, D. (1982). The nutritional status of the elderly. Age Ageing 11:89-96.
- Busby, G.P., Mullen, J.L., Matthews, D.C., Hobbs, C.L. & Rosato, E. F. (1980). Prognostic nutritional index in gastrointestinal surgery. Am J Surg 139:160-7.
- Campbell, A.J., Reinkein, J., Allan, B.C. & Martinez, G.S. (1981). Falls in old age: a study of frequency and related clinical factors. Age Ageing 10:264-270.
- Clarke, D.M., Wahlqvist, M.L. & Strauss, B.J.G. (1998). Underreating and undernutrition in old age: integrating bio-psychosocial aspects. Age Ageing: 27:527-534.
- Cohen, C.I., Hyland, K., & Devlin, M. (1999). An evaluation of the use of natural helping network model to enhance the well - being of nursing home residents. Gerontologist 39 (4): 426-433.
- Corti, M.C., Guralnik, J.M., Salive, M.E., & Sorkin, J.D. (1994). Nível sérico de albumina e capacidade física como fatores preditivos de mortalidade em pessoas idosas. (Suplemento JAMA Brasil) do original JAMA 272:1036-1042.
- Costa, C.N., Oliveira, A.L.N. & Rezende, C.H.A. (1999). Demência em idosos institucionalizados em localidade de Minas Gerais – Brasil. TL-040, I Cong Geriat Gerontol do Mercosul, Foz do Iguaçu, Pr, Br, 12-15 Maio.
- Cruz Jentoft, A.J. (1991). El índice de Katz. Rev Esp Geriat y Gerontol 26(5):338-348.

- Cumming, R.G., Miller, J.P., Kelsey, J.L., Davis, P., Arfken, C.L., Binge, S.J. & Peck, W.A. (1991). Medications and multiple falls in elderly people: The St Louis OASIS study. Age Ageing 20:455-61.
- Cunha, U.V.G. (1986). Levantamento epidemiológico psicogeriatrico em asilos. Bol Centro Estudos INAMPS (MG) 8(20): 33-6.
- Faria, M.C.A., Oliveira, I.R. & Moraes, E.N. (2000). Perfil dos idosos institucionalizados no município de Belo Horizonte e principais causas de letalidade no período de Março de 1999 à Março de 2000. TL 016 e 027 XII Cong Bras Geriat Gerontol Brasilia 21-24 Junho.
- Fernandes, F.S. (1997). As pessoas idosas na legislação brasileira. Direito e Gerontologia. SP: LTr.
- Fernandes, F.S. & Rossi, E. (1981). Participação da Universidade numa política social para a 3ª Idade. In Envelhecimento e Velhice: Uma nova realidade. E.J. Ballone, F.S. Fernandes, E. Rossi, E.C.P. Boock & J.P. Accordi (eds). Prefeitura Municipal Paulinia, Dezembro, pp. 21-31.
- Fillembaum, G. and Smyer, M. (1981). The development, validity and reliability of the OARS multidimensional functional assessment questionnaire. J Gerontology 36:428-434.
- Foner, N. (1994). Nursing home aides: saints or monsters? Gerontologist 34(2):245-250.
- Freire, P. (1979) Educação e mudança. R.J.: Ed Paz e Terra.
- Frenk, J. (1998). Medical care and health improvement: the critical link. Ann Intern Med 129:419-20.
- Fretwel, M.D. (1995). Avaliação funcional completa. In W.B. Abrams, R. Berkow & A.J. Fletcher (Eds). Manual Merck de Geriatria. São Paulo, SP, Roca, p. 180-5, traduzido do original: The Merck Manual of Geriatrics, 1990.
- GAMIA (1991). Relatório de prática em evolução do Grupo de Assistência do idoso Ambulatorial. Wilson Jacob Filho Editor- HC/FMUSP.
- Gatz, M., Kasl, Gotley, J.E. & Karel, M.J. (1996). Aging and mental disorders. In J.E. Birren and K.W. Schaie (Eds). Handbook of the Psychology of Aging. San Diego: Academic Press.

- Gillum, R.F. (1993). A racial difference in erythrocyte sedimentation. J Natl Med Assoc 5 (1): 47-50.
- Goffman, E. (1996). Manicômio, prisões e conventos. SP: Perspectiva.
- Greenspan, S.L., Bouxsein, M.L., Melton, M.E., Kolodny, A.H., Clair, J.H., Delucca, P.T., Stek, M.Jr, Faulkner, K.G., & Orwoll, E.S. (1997). Precision and discriminatory ability of calcaneal bone assessment technologies. J Bone Miner Res 12(8): 1303-13.
- Griffiths, R.A., Good, W.R., Watson, N.P., O' Donnell, H.F., Fell, P.J., & Shakespeare, J.M. (1984). Normal erythrocyte sedimentation rate in the elderly. Br Med J (Clin Res Ed) 289: 724-5.
- Groisman, D. (1999). A infância do asilo: a institucionalização da velhice no Rio de Janeiro na virada do século. Dissertação de mestrado em Ciências Humanas e Saúde.
- Gryfe, C.I., Amies, A. & Ashkey, M.J. (1977). A longitudinal study of falls in an elderly population. I. Incidence and Morbidity. Age Ageing 6:201-210.
- Guillermard, A.M. (1984). Hitos para una sociologia de las políticas sociales: la política francesa de la vejez. In Sociologia et Societé XVI (2): octubre.
- Guralnik, J.M., Branch, L.G., Cummings, S.R. & Curb, J.D. (1989). Physical performance measures in aging research. J Gerontol 44: 141-146.
- Hanger, H.C., Sainsbury, R., Gilchrist, N. I. & Beard, M.E. (1991). Erythrocyte sedimentation rates in elderly: a community study. N Z Med 104 (909): 134-6.
- Heaney, R.P., Gallagher, J.C., Johnston, C.C., Neer, R., Parfitt, A.M. & Whedon, G.D. (1982). Calcium nutrition and bone health in the elderly. Am J Clin Nutr 36 (Suppl):986-1013.
- Hôte, J.M. (1998). Brasil, uma política para a velhice já. Paris: CLEIRPA.
- Jimenez-Herrero, F. (1982). Evolución y valoración de la dependencia y invalidez en la asistencia al anciano. Rev Esp Ger Gerontol 17 (1): 33-38.
- Jordão Netto, A. (1986). A segregação do velho na sociedade. Conselho Estadual do Idoso. Secretaria de Descentralização e Participação. Governo do Estado de São Paulo.
- Kane, R.L. (1995). Improving the quality of long-term care. JAMA 273(17):1377-1380.
- Kanfer, E.J. & Nicol, B.A. (1997). Haemoglobin concentration and erythrocyte sedimentation rate in primary care patients. J R Soc Med 90(1): 16-8.

- Kanis, J.A., Delmas, P., Burckhardt, P., Cooper, C. & Torgensen, D. (1997). Guidelines for diagnosis and management of osteoporosis. Osteoporosis Int 7:390-406.
- Kanis, J.A., Melton, L.J., Christiansen, C., Johnston, C.C. & Khaltaev, N. (1994). The diagnosis of osteoporosis. J Bone Miner Res 9:1137-41.
- Katz, P.R. (1998). Nursing Home Care. In H. Duthie Jr & P.R. Katz, Practice of Geriatrics, 3^a ed, pp 73-80, W.B. Saunders.
- Katz, S., Ford, A.B., Moskowitz, R.W., Jackson, B.A. & Jaffe, M.W. (1963). Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. JAMA 185:914-9.
- Kayser- Jones, J. (1989). The environment and quality of care in long-term care institutions. NLN Publ (20-2292): 87-107.
- Kirkeby, O.J., Risoe, C. & Vikland, R. (1989). Significance of a high erythrocyte sedimentation rate in general practice. Br J Clin Pract 43:252-4.
- Kramer, C.H. & Kramer, J.R. (1976). Basic principles of long-term care. Developing a therapeutic community. Charles C. Thomas ed. – USA, 375 pp.
- Langton, C.M. (1994). The role of ultrasound in the assessment of osteoporosis. Clin Rheumatol Suppl 1: 13-7.
- Langton, C.M. & Langton, D.K. (2000). Comparison of bone mineral density and quantitative ultrasound of the calcaneus: site-matched correlation and discrimination of axial BMD status. Br J Radiol 73(865): 31-5.
- Lawton, M.P. & Brody, E.M. (1969). Assessment of older people; self-monitoring and instrumental activities of daily living. Gerontologist 9:179-186.
- Lawton, P.M., Moss, M., Fulcomer, M. & Kleban, M. (1982). Research and service oriented assessment instrument. J Gerontology 37:91-99.
- Leroux, R., Vian, G., Fournier, M., Bergeot, R. & Attali, G. (1981). Visualisation d'autonomie: Gêronte. Rev. Geriatrie 6(9): 433-6.
- Lindsay, R., Einhorn, T. A., Hart, D.M., Ljunghall, S., Mautalen, C.A., Meunier, P.J., Morii, H., Mundy, G.R., Rapado, A. & Stevenson, J. (1996). Conferência de elaboração de Consenso. Centro de Convenções - Amsterdam. Congresso Mundial sobre Osteoporose (18/23 Maio).

- Mahoney, F.L. & Barthel, D.W. (1965). Functional evaluation: the Barthel index. Md State Med J 14:61-5.
- Mantero - Atienza, E., Beach, R.S., Sotomayor, M.G., Christakis, G. & Baum, M.K. (1992). Nutritional status of institutionalized elderly in south Florida. Arch Latinoam Nutr 42(3): 242-9.
- Marone, M.M.S., Lewin, S. & Bianco, A.C. (1995). Importância clínica e interpretação diagnóstica da densitometria óssea. Âmbito Hospitalar 7 (74): 2-12.
- Miao, G., Yan, Y., Zhiyuan, R., Cailing, G., Jinfu, M. & Ping, H. (1999). The relationship between normal erythrocyte sedimentation rate of chinese young people and geographical factors. Clin Hemorheol Microcir 20(3): 151-7.
- Miller, P.D., Bonnick, S.L. & Rosen, C.J. (1996). Clinical utility of bone mass measurements in adults: consensus of an international panel. Semin Arth Rheum 25:361-72.
- Miller, P., Miller, D., Mckibbin, E. & Pettys, G. (1999). Stereotypes of the elderly in magazine advertisements 1956-1996. J Aging Humn Develop 49(4):319-337.
- Miller, P.D. & Zapalowski, C (2000): Bone mineral density measurements. In J.E. Handerson & David Goltzman, The Osteoporosis Primer, Cambridge univ.press pp 262-276.
- Morfitt, J.M. (1983). Falls in old people at home: Intrinsic versus environmental factors in causation. Public Health. 97:115-20.
- Morley, J.E. & Silver, A.J. (1995). Nutricional issues in nursing home care. Ann Intern Med 123(11): 850-9.
- Mukamel, D. (1997). Risk-adjusted outcome measures and quality of care in nursing homes. Medical Care 35: 367-385.
- Nahemow, L & Pousada, L. (1987). Diagnóstico Geriátrico . Andrei Ed, Trad. original inglês por Benjamin Maierovitch, pp 392-3.
- Nascimento e Silva, E.B., Pereira, N.G. & Garcia, Y.R. (1988). A instituição e o idoso: um estudo das características da instituição e do perfil de seus moradores. Gerontologia 6:167-76.
- National Institute of Health (2000). Consensus development conference statement. Osteoporosis prevention, diagnosis and therapy. March 27-29.

- Nayha, S. (1987). Normal variation in erythrocyte sedimentation rate in males over 50 years old. Scand J Prim Health Care 5 (1): 5-8.
- Neri, A.L. & Debert, G.G. (1995). The public and the private domain in intergenerational relationships in Brazil. ISSBD Newsletter 2 (28): 4-5.
- Neri, A.L. (1991). Envelhecer num país de jovens. Significados de velho e velhice segundo brasileiros não idosos. Campinas: Ed da UNICAMP.
- Neri, A.L. (1997) Atitudes em relação à velhice. Evidências da pesquisa brasileira (1975-1996). Gerontologia 7 : 32-40.
- Nevitt, M.C. (1997). Falls in the elderly: risk factors and prevention. In: J. C. Masdeu, L. Sudarsky & L. Wolfson (eds.). Gait disorders of aging. Falls and therapeutic strategies. Lippincott-Raven Publishers, p.13-36.
- Olshaker J.S. & Jerrard D.A. (1997). The erythrocyte sedimentation rate. J Emerg Med 15:869-74.
- ONU (1982). Princípios das Nações Unidas para as Pessoas Idosas. Resolução 37/51 de 03/12/1982 - Assembléia Geral.
- Organização Mundial de Saúde (1974). Planificación y organización de los servicios geriátricos. Série de Informes técnicos n. 548.
- Organização Mundial de Saúde (1996) - Relatório da Conferência Internacional para a Décima Revisão da Classificação Internacional de Doenças. In CID –10, 3ºed, Edusp, SP, pp 9-29 .
- Overstall, P.W. (1985). Falls. In M.S.J. Pathy (ed), Principles and Practice of Geriatric Medicine. John Wiley and Sons Ltd., p.701-9.
- Palmore, E.B. (1990). Ageism. Negative and positive. NY: Springer.
- Paula, A.S.V. (1993). O papel do estado em relação à velhice. A Terceira Idade 5(7): 5-9.
- Paula, J.A.M., Tavares, M.C.G.C.F. & Diogo, M.J.D. (1998). Avaliação funcional em Gerontologia. Gerontologia 6(2): 81-88.
- Pavarini, S.C.I. (1997). Dependência comportamental na velhice: uma análise do cuidado prestado ao idoso institucionalizado. Campinas: Unicamp. Tese de Doutorado.
- Perlado, F. (1995). In Teoría y Práctica de la Geriátria. Ed. Diaz de Santos, Madri p/209.
- Pillemer, K. & Moore, D. (1989). Abuse of patients in nursing homes: findings of a survey of staff. Gerontologist 29: 314-320.

- Piloto, A.A., Nunes, A.T.G.L., Assis, M. & Frias, S.R. (1998). O asilo na cidade do Rio de Janeiro. Gerontologia 6 (1): 7-12.
- Plotz, C.M. Exames Laboratoriais. In EP Engelman. Aspectos da Artrite Reumatóide. Programa Educacional da Ilar. Ed. Liga Internacional contra o Reumatismo, p.10, s/d
- Pluijm, S.M., Graafmans, W.C., Bouter, L.M. & Lips, P. (1995). Ultrasound measurements for the prediction of osteoporotic fractures in elderly people. Osteoporosis Int 9(6): 550-6.
- Pluskiewicz, W. & Drozdowska, B (1999). Ultrasonic measurement of the calcaneus in polish normal and osteoporotic women and men. Bone 24: 611-7.
- Porell, F. & Caro, F.G. (1998). Facility level outcome performance measures for nursing homes. Gerontologist 38 (6): 665-683.
- Prudham, D. & Evans, J.G. (1981). Factors associated with falls in the elderly: a community study. Age Ageing 10:141-146.
- Pynoos, J. & Regnier, V. (1991). Improving residencial environments for frail elderly: Bridging the gap between theory and application. In J.E. Birren, J.E. Lubben, J.C, Rowe, & D.E. Deutchmann (Eds) (1991). The concept and mearent of quality of life in the frail elderly. San Diego: Academia Press.
- Rai, G.S. (1979). Erythrocyte sedimentation rate and disease in the elderly. J Am Geriat Soc 27(8): 382-3.
- Romagnoni, F., Zuliani, G., Bollini, C., Leoci, V., Soattin, L., Dotto, S., Rizzotti, P., Valerio, G., Lotto, D. & Fellin, R. (1999). Disability is associated with maltration in institutionalized elderly people. The I.R.A. study. Istituto di Reposo per Anziani. Aging (Milano) 11(3): 194-9.
- Ross, P.D. (1996). Osteoporosis. Frequency, consequences and risk factors. Arch Intern Med 156: 1399.
- Rossi, E. & Fernandes, F.S. (1980). Problemas médico-sociais do idoso no Brasil. An Bras Geriat Gerontol 2(4):157-64.
- Roux, C. & Laugier, P. (1998). Evaluation of osteoporosis with ultrasound. Presse Med 27(32): 1652-7.

- Rubenstein, L.Z. (1995). Instrumentos de Avaliação. In W.B. Abrams, R. Berkow, A.J. Fletcher. Manual Merck de Geriatria. São Paulo, SP, Roca, p.1268-78 (traduzido do original: The Merck Manual of Geriatrics, 1990 (vários trad.).
- Rubenstein, L.Z. Robbins, A.S., Schulman, B.L., Rosado, J., Osterweil, D. & Josephson, K.R. (1988). Falls and instability in the elderly. J Am Geriatr Soc 36:266-78.
- Rubini, G., Scanferlato, M. & Bottecchia, G. (1998). I valori di V.E.S. in pazienti anziani istituzionalizzati superiori al range di normalità devono essere sempre considerati patologici? Medicina Geriatrica 20: 201-3.
- Saadeh, C. (1998). The erythrocyte sedimentation rate: old and new application. South Med J 91 (3): 220-5.
- Sahyoun, N.R., Otradovec, C.L., Hartz, S.C., Jacob, R.A., Peters, H., Russel, R.M. & McGandy, R.B. (1988). Dietary intakes and biochemical indicators of nutritional status in an elderly, institutionalized population. Am J Clin Nutr 47(3): 524-33.
- Santos, V.M., Cunha, S.F.C., Cunha, D.F. (2000). Velocidade de sedimentação das hemácias: utilidade e limitações. Rev Ass Med Brasil 46(3):232-6.
- Scanferlato, M., Rubini, G. & Bottecchia, F. (1993). La valutazione dello stato nutrizionale nell'anziano istituzionalizzato. Medicina Geriatrica 25: 163-166.
- Sempos, C.T., Johnson, N.E., Elmer, P.J., Allington, J.K. & Matthews, M.E. (1982). A dietary survey of 14 Wisconsin nursing homes. J Am Diet Assoc 81(1): 35-40.
- Sharland, D.E. (1980). Erythrocyte sedimentation rate: the normal range in the elderly. J Am Geriatr Soc 28 (8): 346-8.
- Shearn, M.A. & Kang, I.Y. (1986), Effect of age and sex on the erythrocyte sedimentation rate. J Rheumatol 13(2): 297-8.
- Silva, P.C.M. (1997). A onda da terceira idade: desafios para a política pública. Monografia para o curso de Especialização em Saúde do Idoso. Instituto de Medicina Social. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Silva, P. & Silva, M.O. (1997) Renda mínima e reestruturação produtiva. São Paulo: Cortez.
- Silver, A.J., Morley, J.E., Strome, L.S., Jones, D. & Vickers, L. (1988). Nutritional status in an academic nursing home. J Am Geriatr Soc 36(6): 487-91.

- Somers, A.R. (1976). Geriatric care in the United Kingdom: An american perspective. Ann Intern Med 84: 466-76.
- Sosa Alvarez, A.D. (1994). Planejamento dos Serviços Geriátricos Comunitários. Gerontologia 2(3): 109-116.
- Strejilevich, M. (1971). Estado asistencial de la gerontopsiquiatria em Argentina. Rev Arg Gerontol Geriat 1:1
- Szasz, T. (1994). Cruel paixão. Campinas: Papirus, Trad. do original em inglês de 1994 por Ana Rita P. Moraes.
- Tellis-Nayak, V. & Tellis-Nayak, M. (1989). Quality of care and the burden of two cultures: When the world of the nurse's aide enters world of the nursing home. Gerontologist 29: 307-313.
- Thapa, P.B., Gideon, P., Cost, T.W., Milam, A.B. & Ray, W.A.(1998). Antidepressants and the risk of falls among nursing home residents. N Engl J Med 339:875-82.
- Thompson, P.W., Taylor, J., Oliver, R. & Fisher, A. (1998). Quantitative ultrasound (QUS) of the heel predicts wrist and osteoporosis-related fractures in women age 45-75 years. J Clin Densitom 1: 219-25.
- Tieppo, A., Portela, Y.M.C., Leme, L.E.G. & Papaléo Netto, M. (1997). Fratura de fêmur por quedas. Prevalência por faixa etária e sexo. Tema livre do X Cong Bras Geriat Geront, 5 a 10 de dezembro, Rio de Janeiro, RJ.
- Tinetti, M.E., Leon, C.F.M., Doucette, J.T. & Baker, D.I. (1994). Fear of falling and fall related efficacy in relationship to functioning among community living elders. J Gerontol (Med Sc) 49 (3): M140-7.
- Tinetti, M.E. & Speechley, M. (1989). Prevention of falls among the elderly. N Engl J Med 320(16):1055-9.
- Vannucci, A (1989). La valutazione dello stato nutrizionale in Geriatria. Medicine Geriatrica: 363-367.
- VEJA (1996). Edição nº 1448, 12.junho.
- VEJA (2000). Edição nº1641, 22.março.
- Vercruyssen, M., Graafman, J.A.M., Fozard, J.L., Bouma, H. & Rietsema, J. (1996). Gerontology. In J Maddox, Encyclopedia of aging, San Diego: Academic Press, pp 593-603.

- Williams, T.F. (1988): Research and care: essential partners in aging. Gerontologist 28(5):579-85.
- WHO Study Group. (1994). Assessment of fracture risk and its application to screening for postmenopausal osteoporosis. Geneva: Switzerland. World Health Organization.
- Wolfe, F. & Michaud, K. (1994). The clinical and research significance of the erythrocyte sedimentation rate. J Rheumatol 21 (7): 1227-37.
- Wolf-Klein, G.P., Silverstone, F.A., Basavarajer, N., Foley, C.J., Pascaru, A & Ma, P.(1988). Prevention of falls in the elderly population. Arch Phys Med Rehabil 69:689-91.
- Zimmerman, D.R., Karon, S.L. & Arling, G. (1995). Development and testing of nursing home quality indicators. Health Care Finance RN 16: 107-127.