

Farah Rejenne Corrêa Mendes

AMBIENTE DOMICILIAR X LONGEVIDADE:

Pequena história de uma casa para a velhice

Mestrado em Gerontologia

Pontifícia Universidade Católica de São Paulo

São Paulo
2007

Farah Rejenne Corrêa Mendes

AMBIENTE DOMICILIAR X LONGEVIDADE:

Pequena história de uma casa para a velhice

Dissertação apresentada à Banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em Gerontologia, sob a orientação da Profa. Dra. Beltrina Côrte

Pontifícia Universidade Católica de São Paulo

São Paulo
2007

AMBIENTE DOMICILIAR X LONGEVIDADE:

Pequena história de uma casa para a velhice

Farah Rejenne Corrêa Mendes

Aprovada em / /

BANCA EXAMINADORA

Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação/tese por processos de fotocopiadoras ou eletrônicos, desde que citada a fonte.

Farah Rejenne Corrêa Mendes
E-mail: farahrejenne@yahoo.com.br

Assinatura: _____
Local e Data: _____

DEDICATÓRIA

Às minhas avós (in memorian), Raimunda e Sara,
por todo amor, carinho e ensinamento de vida.

Aos meus pais, Janice e Reginaldo,
por todo amor, incentivo, confiança e força em mais esta conquista.

E aos meus irmãos Hellen, Ronney e William
pelo carinho e apoio.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela vida.

A toda a minha família pelo carinho e incentivo.

Ao meu Rafael por todo o seu amor, paciência, companheirismo e compreensão nos momentos mais importantes e difíceis.

À amiga Socorro pela presença nas horas mais difíceis e importantes de minha vida, pelo amor, incentivo, amizade.

Às amigas Andréa Quinzeiro e Kerla Soares e ao meu grande amigo Marcelo que mesmo distantes sempre estiveram ao meu lado, incentivando e apoiando esta minha caminhada.

À Beltrina pela confiança e incentivo de trilhar novos saberes e novos mundos, que contribuíram para o crescimento pessoal e intelectual.

À Elisabeth Mercadante pelos sábios ensinamentos, conhecimentos e disponibilidade.

À Adriana Prado pelo incentivo e amizade.

Aos meus colegas do mestrado, em especial ao Rogério, à Regina, Cris e Mirella pela amizade.

Ao Sesc de São Paulo – Unidade Consolação e às idosas que participaram e colaboraram com suas falas e seus ensinamentos nesta pesquisa.

E a todos os idosos que me inspiraram a realizar este trabalho, meu agradecimento pelos ensinamentos de vida.

O lar é onde o coração está.

Jean de Bont

RESUMO

Introdução: O processo do envelhecimento é, hoje, objeto de várias pesquisas no mundo. No Brasil, tem deixado de ser apenas uma preocupação da saúde e sócio-econômica, tornando-se uma preocupação de várias áreas da ciência pelas necessidades e exigências do mundo que envelhece, considerando-se o meio em que vivem, seja o espaço público ou seu domicílio. Pesquisas demonstram que o ambiente domiciliar agrega valores econômicos, sociais, emocionais, afetivos e de saúde ao longo da vida, e exerce influência na vida dos idosos, no seu bem-estar. **Objetivos:** Investigar a visão de idosos de planejar o ambiente domiciliar em relação à longevidade, contribuindo para a formulação de políticas habitacionais que considerem as necessidades e transformações do corpo humano e as relações afetivas estabelecidas com o meio ambiente e social. **Metodologia:** Pesquisa quantitativa e qualitativa, realizada com 10 sujeitos, sexo feminino, idade superior a 60 anos, realizada com um grupo de idosos da cidade de São Paulo que participam das atividades oferecidas ao público idoso do Sesc – Unidade Consolação. Realizada análise descritiva dos dados coletados. **Resultados:** 10 idosas, entre 62 a 81 anos. Quanto à moradia, 5 delas moram sozinhas, 9 em apartamento próprio e 4 desejam mudar de casa. Quanto à acessibilidade, todas consideram a sua casa acessível para si e 3 acessível para receber visitas com necessidades específicas. A questão do envelhecimento permeou as respostas das entrevistadas, mas a relação com o ambiente teve pouca representatividade ao considerarmos o planejar o ambiente, que respondendo a pergunta do estudo, as pessoas não planejam o seu ambiente para velhice. **Discussão:** A casa representa o maior bem conquistado ao longo da vida, o que implica no não desejo de mudar, permeados pelo sentimento de conquista, afetividade, bem-estar, privacidade, independência, autonomia e segurança. O estudo traz uma reflexão sobre o ambiente domiciliar e a complexidade que envolve o envelhecimento. Discute a contribuição para políticas públicas e habitacionais que contemplem os projetos residenciais acessíveis e adaptáveis, considerando as mudanças fisiológicas e funcionais do ser humano, proporcionando ambientes que permitam uma relação harmoniosa em todas as fases da vida, contribuindo para o bem-estar e a permanência do idoso em sua casa, seu espaço afetivo.

Palavras-chaves: ambiente domiciliar, casa, idoso, velhice, longevidade, planejar.

ABSTRACT

Introduction: The aging process is currently the focus of various studies around the world. In Brazil it is more than just a medical and socioeconomic concern. It is becoming a preoccupation of many additional areas of science due to the needs and demands of this aging population, considering their living environment, be it public space or their residence. Studies demonstrate that over the course of a lifetime, the home environment can affect people's economic, social, emotional, and health status and exert a strong influence on the well-being of senior citizens. **Objectives:** To investigate elderly's view to plan the home environment relative to longevity, contributing to the formulation of housing policies that take into account the needs and transformation of the human body and the emotional relationships established with the social environment. **Methodology:** Quantitative and qualitative study conducted with 10 female subjects age 60 and older. The study was conducted with a group of senior citizens from Sao Paulo who participate in activities offered to the seniors of the SESC – Unidad Consolacion. Descriptive analysis of the data collected. **Results:** 10 female senior citizens, between 62 and 81 years of age. In terms of their housing situation, 5 of them live alone, 9 in their own apartment and 4 wish to move. In terms of accessibility, all consider their homes accessible for themselves and 3 feel their homes are accessible to visitors with special needs. The question of aging permeated the responses of the interviewees but their relationship with their environment was not very apparent in their responses. Considering the core question of the study, it appears that senior citizens do not plan their environment to suit their needs as they age. **Discussion:** The home represents the the most valuable acquired asset over the course of their lives. This implies that they do not want to change, given their feelings of emotion, well-being, privacy, independence, autonomy and security. The study brings a reflection regarding the home environment and the complexity that aging brings to it. It argues the contribution of it for public and home policies which consider accessible and adaptable residential projects, taking into account the physiological and functional moves of human beings, proportionating environments that permit a harmonious relationship in all phases of life, contributing to well-being and the ability of senior citizens to stay permanently in their homes, their emotional space.

Key-words: domiciliary environment, home, older, oldness, longevity, to plan.

Lista de gráficos

Gráfico 1

Proporção de pessoas de 60 anos ou mais de idade responsáveis pelo domicílio, por sexo – Brasil – 1991/2000. 21

Gráfico 2

Proporção de domicílios unipessoais sob responsabilidade de pessoas de 60 anos ou mais de idade – Brasil – 1991/2000. 22

Gráfico 3

Proporção de domicílios unipessoais sob responsabilidade de pessoas de 60 anos ou mais de idade, segundo os municípios das capitais - 2000. 23

Lista de tabelas

Tabela 1

Características sócio-demográficas do grupo estudado 42

Tabela 2

Caracterização das atividades ocupacionais anteriores do grupo 42
estudado

Tabela 3

Características da composição física/estrutural das casas do grupo 43
estudado

DETALHAMENTO

ESBOÇO: <i>pelos caminhos do meu ambiente domiciliar</i>	13
TERRENO: <i>o ambiente da velhice no país</i>	19
PROJETO: <i>Por que planejar?</i>	29
<i>Planejando o ambiente domiciliar</i>	32
<i>A necessidade de um novo saber</i>	34
<i>Contextualização</i>	35
CONSTRUÇÃO: <i>os moradores</i>	40
<i>O perfil sócio-demográfico e econômico</i>	41
<i>O perfil da habitação</i>	43
<i>Vontade de mudar</i>	44
ALICERCE: <i>enquanto envelhecemos... interagimos com o ambiente</i>	46
<i>Com os sentidos</i>	47
<i>Com os sistemas</i>	53
MORAR: <i>habitar o espaço</i>	62
<i>Acústica, Iluminação e ventilação</i>	65
<i>Privacidade e comodidade</i>	67
<i>Modificações e adaptações</i>	68
<i>Acessibilidade</i>	71
DECORAR: <i>acabamento</i>	76
<i>A casa ideal na velhice</i>	79
<i>Significado da casa</i>	81
<i>A velhice</i>	83
A CASA: <i>um modo genuíno de morar</i>	86
<i>Esboçando uma casa para a velhice sem o “tempero” dos moradores</i>	90

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	102
APÊNDICES	110
APÊNDICE A: <i>Roteiro de entrevista</i>	111
APÊNDICE B: <i>Termo de Consentimento Livre e Esclarecido</i>	117
ANEXO	118
ANEXO A: <i>Aprovação do comitê</i>	119

Esboço

Pelos caminhos do meu ambiente domiciliar

[...] dentro do ser, no ser de dentro, há um calor que acolhe o ser que o envolve. O ser reina numa espécie de paraíso terrestre da matéria, fundido na doçura de uma matéria adequada. Parece que nesse paraíso material, o ser está impregnado de uma substância que o nutre, está repleto de todos os bens essenciais... a casa sustenta a infância imóvel em seus braços.

Gaston Bachelard

Não tive o prazer de conhecer meus avôs. As histórias que conheço sobre suas vidas são parte das recordações de outros familiares que com eles conviveram. Senti muito por não ter tido a experiência dos ensinamentos de um avô. Mas tive uma infância cercada de carinho e atenção pelas minhas grandes avós.

Mulheres que souberam dar amor a seus netos de forma incondicional. De minha avó paterna, Dica, as lembranças são um misto de emoções. Por muitos anos, ela foi presença constante em minha vida, principalmente nos primeiros anos de escola. Morava perto do colégio que eu freqüentava, e assim eu passava a semana indo para sua casa, por vezes dormindo lá.

Várias lembranças e experiências... Brincadeiras no terraço com canções de roda (“Vamos passear no bosque, enquanto seu lobo não vem... tá pronto seu lobo?”), cuidados com o jardim, e a decoração de seu pequeno santuário. Além dos “desafios” de neta, que me rendiam em bronca da avó, e um chamado “carinhoso”: Porquera!! Parece que foi ontem... São muitas histórias alegres e engraçadas com ela, que enriqueceram minha infância até os oito anos, quando a doença começou a lhe roubar as forças e a vivacidade. E as histórias começaram a ser interrompidas.

E hoje, através das lembranças daquela época, percebo que o desejo de estudar sobre o ambiente domiciliar surgiu dessa experiência: a casa da minha avó Dica com seu jardim, sala, dois quartos, cozinha, banheiro e quintal. Localizada em uma região íngreme, o acesso era feito por escadas, desde a entrada até o quarto da vovó e o banheiro. Fator agravante, pois era uma estreita escada de madeira. Nós, que éramos crianças, tínhamos a facilidade de nos locomover. Para vovó, acometida

de *diabetes mellitus* e problemas cardíacos, aquele ambiente começou a ser um limitador de suas atividades...

Tornava-se necessário criar alternativas para satisfazer suas necessidades básicas. Então começou o improviso. O banho passou a ser dado no corredor, que ligava o quarto à cozinha, com a ajuda da minha tia ou dos netos mais velhos. E, com isso, ela foi perdendo a privacidade e a independência. Começou a ser carregada ou apoiada para subir as escadas que a levavam até a sala. Teve momentos de melhora e piora até o dia da partida. A aceitação foi difícil. Frequentei ainda a tão querida casa da vovó Dica, mas algo faltava nela. Perdi o sentido de frequentá-la.

As experiências com pessoas idosas só retornaram após alguns anos... na faculdade e com a presença de minha avó materna, Sara, que esteve presente em minha vida durante a formação universitária como terapeuta ocupacional.

No decorrer da vida acadêmica, muitas interrogações surgiram em torno da minha escolha profissional. Mas quando iniciaram as disciplinas práticas, em campos de estágios, nos hospitais, clínicas, centros de reabilitação, asilos, foi se firmando também a certeza de que nela eu poderia concretizar meu desejo de ajudar outras pessoas.

O estágio mais sofrido, e que me angustiava, foi o de geriatria e gerontologia realizado numa instituição asilar. Era uma mistura de sentimentos que por vezes me deprimia e me fazia sentir incapaz de poder ajudá-los. Mas, após uns três meses, sabia que aquilo tudo ia terminar. Puro engano. Aquilo foi o começo de tudo.

Pois, no semestre seguinte surgiu vaga para monitoria na disciplina prática de Terapia Ocupacional aplicada à Geriatria e Gerontologia. Senti aquilo como um desafio, algo que eu precisava enfrentar. Passei pelas provas e fui aprovada como monitora da disciplina, o que significava que eu teria que retornar ao mesmo campo de estágio, ser um suporte aos novos alunos.

Foi uma experiência maravilhosa, comecei a entender o mundo de cada um dos idosos, a conhecer suas vidas, suas histórias, suas experiências, seus desejos, sua

individualidade. Percebi que todo o meu temor inicial era o medo da aproximação, do envolvimento. Aprendi, então, que eles não eram seres passivos, que precisavam de nossas atividades. E, sim, pessoas que tinham autonomia e independência, com algumas exceções, e que estavam ali para aceitar nossas propostas ou não. Para participar ou não. E que nós, também, éramos aprendizes. E que toda relação era uma troca mútua, às vezes configurada em gestos, atitudes, palavras ou simplesmente um toque ou olhar.

É nesse momento, de aversão e paixão pelo ser idoso, que a avó Sara entra em minha vida. Ela passa a morar pela segunda vez em minha casa, uma fase maravilhosa e às vezes sofrida. Correndo entre a faculdade, estágios e trabalho, meu tempo em casa era pouco. Porém, sempre que chegava ia conversar um pouco com ela, saber como tinha sido seu dia. Aprendi muito com suas vivências, com sua história de vida.

No entanto, após seis meses ela nos deixou e foi morar em Brasília, na companhia de outra filha. E, infelizmente, mais uma perda. Após três meses, minha avó faleceu, deixando muita saudade e ensinamentos.

Ensinamentos que me ajudaram a escolher a gerontologia como carreira acadêmica, que se iniciou com a monitoria, e se concretizou com a primeira monografia. Escolhi o tema *A percepção dos idosos asilados e integrantes de um grupo da terceira idade sobre independência, dependência e autonomia*, retornando aos campos de estágio para a realização da pesquisa por mais seis meses.

Nessa mesma época recebi convite para lecionar em um curso de Capacitação de Cuidadores de Idosos, ficando responsável por uma disciplina teórica e supervisão dos estágios nas instituições. Foi uma experiência enriquecedora que me estimulou, ainda mais, a seguir a carreira docente.

Seguindo a linha de estudo e objetivando aumentar o conhecimento nesta área, fiz uma especialização em Gerontologia, na Escola Paulista de Medicina – UNIFESP. Como conclusão, o tema defendido da monografia foi *Capacidade funcional e*

acessibilidade do ambiente domiciliar de idosos atendidos em um programa de assistência domiciliária ao idoso.

Durante a realização desse trabalho, que teve como objetivo caracterizar o grau de capacidade funcional e a acessibilidade do ambiente domiciliar de idosos atendidos em um programa de assistência domiciliária, aumentou o interesse em estudar mais sobre o ambiente domiciliar e sua relação com a manutenção da independência e autonomia dos idosos ao realizar atividades dentro de seu domicílio.

Busquei, então, o mestrado em Gerontologia da PUC-SP, objetivando estudar o planejamento do ambiente domiciliar para os cuidados em longo prazo durante o processo de envelhecimento, focando a acessibilidade e a segurança no ambiente.

No entanto, durante as discussões na aula de Metodologia da Pesquisa, observou-se a necessidade de um pré-estudo abordando a percepção ou aceitação das pessoas da necessidade de planejar o ambiente domiciliar em relação à longevidade, acreditando-se que qualquer planejamento deve partir da aceitação, necessidade e reconhecimento de sua importância, ou por parte do usuário ou por seus representantes.

Ao buscar na literatura existente subsídios para esta investigação, verificou-se que faltam estudos sobre o que vem a ser o ambiente domiciliar. Será simplesmente a casa, entendendo-a apenas com seus aspectos físicos ou será algo mais? Dessa forma, deu-se início à pesquisa que, reconheço hoje, faz parte da minha existência.

Considero que a relação entre a biografia do pesquisador e o tema é parte importante na construção do saber. Como bem coloca Oliveira (2001, p.19): “os pensadores mais admiráveis não separam seu trabalho de suas vidas. Encaram ambos demasiados a sério para permitir tal dissociação, e desejam usar cada uma dessas coisas para o enriquecimento da outra”.

Qual a visão que os idosos têm de planejar o ambiente em relação à longevidade?
Essa foi a pergunta norteadora da presente pesquisa, tendo como embasamento as hipóteses de que a negação da velhice contribui para a não aceitação de um

ambiente adaptado e acessível em relação à longevidade e, que a aceitação do ambiente adaptado e acessível é pensado e muito bem visto em relação à criança como uma questão de segurança; em relação ao adolescente e adulto como conforto e comodidade; e em relação ao idoso é pensado apenas como dependência.

Enfim, este estudo traz uma reflexão sobre a complexidade que envolve o envelhecimento humano e o ambiente domiciliar a partir do enfoque gerontológico.

Terreno

O ambiente da velhice no país

O crescimento da população de idosos é um fenômeno mundial. Em 1950, eram cerca de 204 milhões de idosos no mundo e em 1998, quase cinco décadas depois, este contingente alcançava 579 milhões, um acréscimo de quase 8 milhões de pessoas idosas por ano. As projeções indicam que, em 2050, a população idosa será de 1.900 milhões de pessoas. Uma das explicações para esse fenômeno é o aumento, verificado desde 1950, de 19 anos na esperança de vida ao nascer em todo o mundo (IBGE, 2002).

De acordo com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (2002), nos próximos 20 anos, a população idosa do Brasil poderá ultrapassar os 30 milhões de pessoas e deverá representar quase 13% da população ao final desse período.

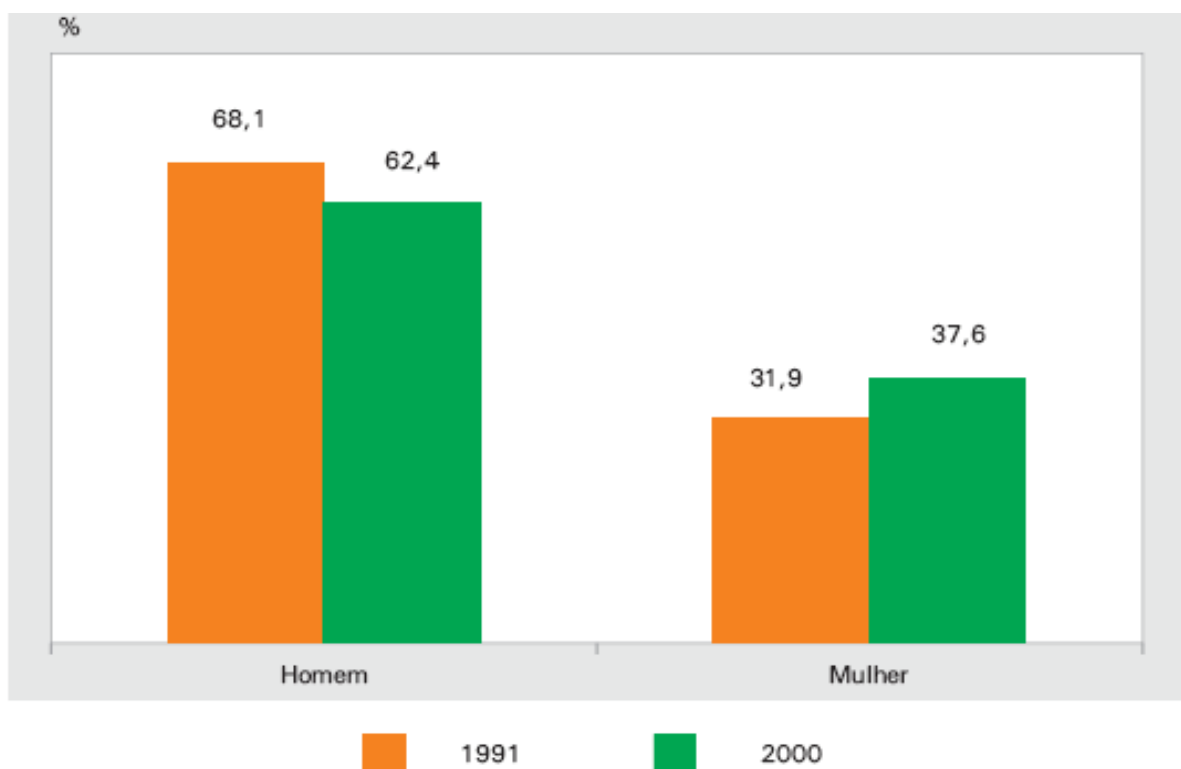
Considerando a realidade da população brasileira associada ao envelhecimento populacional, o objetivo das intervenções deixa de ser apenas prolongar a vida, mas, principalmente, manter o bem-estar, a independência e a autonomia de cada indivíduo pelo maior tempo possível. Para que isso ocorra é necessário que as políticas públicas implementadas se voltem para a prevenção e promoção da saúde em seu sentido mais amplo, incluindo-se, portanto, ações que proporcionem condições sócio-econômicas e ambientais para o bem-estar do idoso.

Nos últimos anos, o processo do envelhecimento tornou-se objeto de várias pesquisas no mundo. No Brasil, a rápida mudança na composição etária da população tem exigido atenção não só das áreas da saúde e sócio-econômica, como também de outras áreas da ciência pelas necessidades e exigências do mundo que envelhece, considerando-se especificamente o meio em que vivem, seja o espaço público ou o domiciliar.

No que se refere ao ambiente domiciliar, baseado no Censo 2000 (IBGE, 2002), verifica-se que 62,4% dos idosos eram responsáveis pelos domicílios brasileiros, representando um aumento em relação a 1991, quando esta população era de 60,4%.

Quanto ao sexo, em 2000, observa-se que 37,6% dos responsáveis era do sexo feminino (gráfico 1), e nos anos 90, a proporção era de 31,9%. Enquanto isso os idosos do sexo masculino respondiam por 68,1% dos domicílios em 1991, sofrendo uma redução para 62,4% em 2000.

Gráfico 1: Proporção de pessoas de 60 anos ou mais de idade responsáveis pelo domicílio, por sexo – Brasil – 1991/2000



Fontes: Censo demográfico 1991: resultados do universo: microdados. Rio de Janeiro: IBGE, 2002. 21 CD-ROM; IBGE, Censo Demográfico 2000.

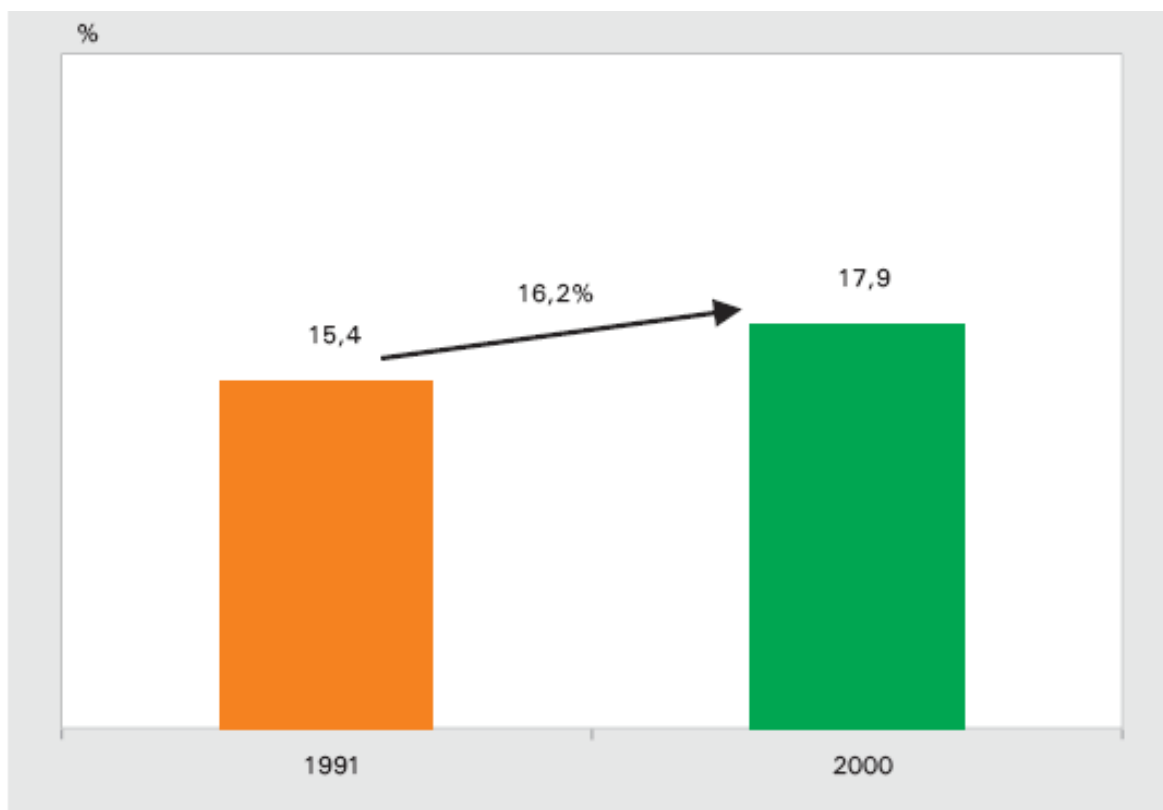
Nota: Domicílios particulares permanentes.

Deste universo de domicílios, destacam-se os domicílios unipessoais (apenas um morador), que em 2000, totalizavam 1.603.883, representando 17,9% do total de domicílios sob responsabilidade de idosos. Um aumento em comparação com a década de noventa que era de 15,4% (gráfico 2).

Nesse contexto, cabe salientar a elevada proporção de domicílios comandados por mulheres idosas, que em 2000 representava 67% do conjunto total dos domicílios unipessoais. Fenômeno justificado pela viuvez feminina mais elevada, que determina um crescimento de famílias monoparentais sob responsabilidade feminina ou ainda de unidades domiciliares unipessoais. Assim como a maior frequência de

recasamento dos homens viúvos ou separados em comparação às mulheres na mesma situação, faz crescer significativamente a diferenciação dos arranjos familiares ou domiciliares em função do gênero e da idade do responsável (BERQUÓ et al., 1990, apud IBGE, 2002).

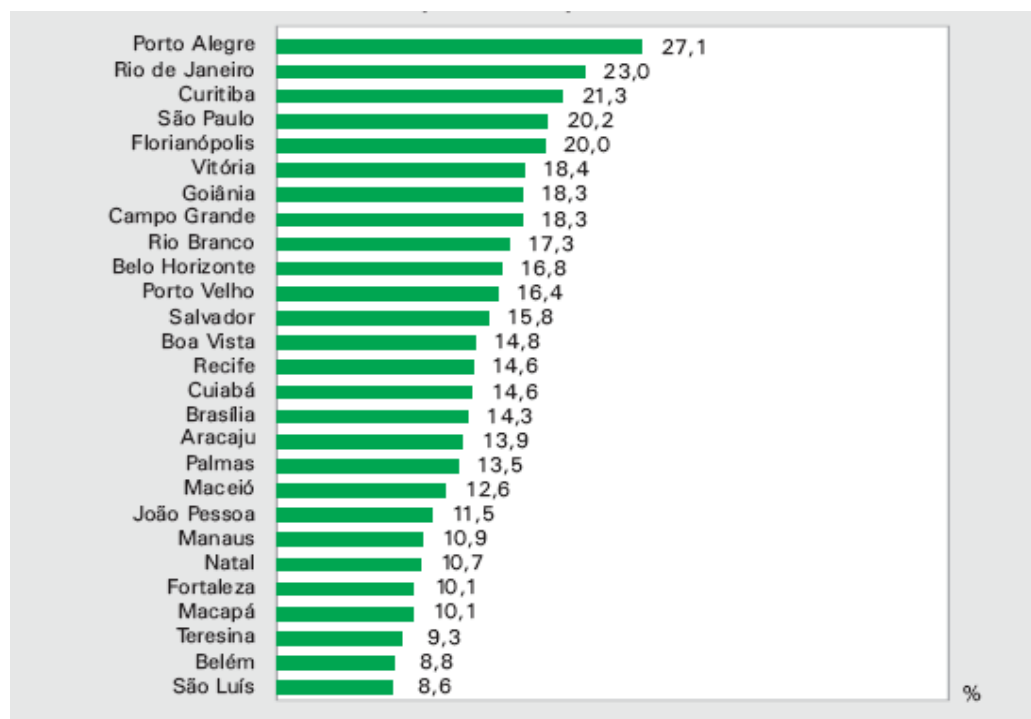
Gráfico 2: Proporção de domicílios unipessoais sob responsabilidade de pessoas de 60 anos ou mais de idade – Brasil – 1991/2000



Fontes: Censo demográfico 1991: resultados do universo: microdados. Rio de Janeiro: IBGE, 2002. 21 CD-ROM; IBGE, Censo Demográfico 2000.

Dado significativo também se percebe na distribuição dos domicílios unipessoais entre os municípios das capitais. Em Porto Alegre, 27,1% dos idosos responsáveis moravam sozinhos, em São Paulo, 20,2% e em São Luís a proporção diminui para menos de 10%. (gráfico 3). Características associadas a fatores de natureza econômica, educacional e ao planejamento familiar das regiões brasileiras, bem como a questões culturais, sociais e afetivas de cada população específica, que se entrelaçam para compor tais diversidades. Questões que devem ser contempladas e respeitadas no planejamento do ambiente domiciliar: a casa unipessoal e a intergeracional, atendendo as necessidades de todos os moradores.

Gráfico 3: Proporção de domicílios unipessoais sob responsabilidade de pessoas de 60 anos ou mais de idade, segundo os municípios das capitais - 2000



Fonte: IBGE, Censo Demográfico 2000.

Nota: Domicílios particulares permanentes.

Cada morador, por sua vez, possui necessidades que se vão diferenciando não só pela unicidade de cada ser, como pelo momento da caminhada em que se encontram. Se o caminho percorrido foi longo, muitas reservas foram investidas: orgânicas, mentais, emocionais.

No campo biológico, há que se considerar inúmeras mudanças, estruturais e funcionais, próprias do envelhecimento - a senescência¹ -, que, embora variem de um indivíduo a outro, são encontradas em todos os idosos, podendo influenciar na saúde física e mental e interferir no desempenho funcional e nas relações afetivas e sociais do idoso.

Torna-se importante o reconhecimento dessa dinâmica, às vezes difícil de constatar precisamente, pela estreita relação com as modificações causadas por doenças - senilidade². O processo de envelhecimento modifica e é modificado pelas doenças

¹ Processo natural de envelhecimento ou o conjunto de fenômenos associados a esse processo.

² Envelhecimento patológico, e que é entendido como os danos à saúde associados com o tempo, porém causados por doenças ou maus hábitos de saúde.

que podem acometer o idoso, gerando uma relação muito próxima entre os dois fenômenos, de tal forma que modificações exclusivas do envelhecimento são confundidas com enfermidades e criam a cultura e o estereótipo de que velhice e ser velho significam doença.

Dinâmico e progressivo, o processo de envelhecer agrega alterações morfológicas, funcionais, psicológicas, biológicas, estruturais e fisiológicas que modificam praticamente todo o organismo e o organismo de todos, alterando seu funcionamento. No entanto, envelhecer não significa adoecer, o envelhecer pode acontecer de forma natural, mesmo com o acometimento de limitações impostas pelo avançar da idade e por doenças crônico-degenerativas.

As alterações fisiológicas do envelhecimento podem interferir na capacidade dos idosos de interagir e responder aos estímulos do ambiente. Mas, diferentes mecanismos de compensação podem ser utilizados, como o maior uso de um dos sentidos em detrimento de outro. Por exemplo, uso da visão, com pistas visuais em determinados ambientes, quando a audição apresenta-se comprometida.

Para Mercadante (2005, p. 27),

A velhice, se analisada somente como sendo uma questão biológica, não revela o seu lado social. Ela, além da sua especificidade biológica, localiza-se em uma história e insere-se num sistema de relações sociais.

Desta forma, pensar em velhice é pensar de forma ampla, compreender um fenômeno multifacetado e particularizado constituído por partes específicas, como biológico, psicológico, social, histórico, dentre outras, que formam um todo, o complexo “ser idoso”.

Como consequência dessa complexidade, temos a diversidade do “ser idoso” que revela comportamentos, ações e desejos únicos e heterogêneos, diretamente interligados na relação entre ser e ambiente, nesse contexto, entre o idoso e a sua casa.

E o que seria a casa? E quais seus significados sociais, culturais, afetivos e históricos?

A casa, segundo o dicionário Aurélio (FERREIRA, 2000), no sentido físico/estrutural, significa *edifício destinado, em geral, a habitação* e, no social, *lar, família*.

Enfatizando o significado mais social de casa, outros atributos podem ser citados, como ambiente de proteção e abrigo, bem como de conquistas e memórias afetivas construídas ao longo da vida.

De acordo com o dicionário Etimológico (CUNHA, 2001), a casa tem um significado mais estrutural, *morada, vivenda, residência, habitação*. O ambiente significa *lugar, espaço, recinto, envolvente*. E o domiciliar seria a *casa de residência, habitação fixa*. Sendo o ambiente domiciliar o conjunto que agrega a estrutura física e os valores emocionais e afetivos.

Valores, experiências e significados que se fundem. O ambiente correspondendo ao lugar – segurança – e ao espaço – liberdade. Para Tuan (1983), estamos ligados ao primeiro e desejamos o segundo. A partir da segurança e estabilidade estamos cientes da amplidão da liberdade e ameaça do espaço como algo que permite movimento. Então, o lugar é pausa.

As diferentes experiências emergem do lugar - a casa, o bairro, a cidade, o país, e do espaço – a liberdade de expressar, ter experiências. Entendendo-se que espaço e lugar não podem ser definidos um sem o outro.

A casa acolhe e atende a um conjunto de necessidades básicas de segurança, envolvimento, orientação no tempo e, principalmente, no espaço. Oferece consolo interminável ao ser humano (SCHMID, 2005).

Considerando-se a familiarização construída com o ambiente, a relação afetiva com o meio e a representatividade de status social, para alguns idosos a casa significa saúde, sendo benéfica a permanência em seu domicílio, mesmo apresentando limitações ou dependência na realização de alguma atividade.

A relação do idoso com a sua moradia representa a expressão de sua identidade, marcas significativas e pessoais, a construção de seu meio de proteção e bem-estar. Espaço próprio e de seu domínio e controle.

Porém, segundo Robson (1997 apud CARLI, 2004, p.29), um dos grandes problemas dos velhos é que [...] “freqüentemente exercitam muito pouca escolha sobre seu futuro [...]. Conforme se vai envelhecendo, as escolhas são feitas por outros, direta ou indiretamente”.

Papaléo F. (s/d) citado por Litch e Prado (2002), destaca que para muitos idosos, o espaço social acaba sendo tudo o que possuem, sendo importante destacar os laços estabelecidos com os objetos, as pessoas e o ambiente para a manutenção de seu equilíbrio e de sua própria identidade.

No entanto, historicamente, a relação do homem com o meio ambiente torna-se “harmoniosa” e com significado após várias reformas da consciência humana. Rybczynski (2002), arquiteto, em sua obra *Casa: pequena história de uma idéia*, faz um relato histórico-antropológico sobre a habitação e a função da casa ao longo dos séculos, descrevendo os ambientes, móveis e objetos, e o significado de conforto.

Inicialmente, no século XIV, a casa era um local de moradia e trabalho, as salas possuíam múltiplas funções, desde escritório, cozinha e dormitório. Os cômodos possuíam poucos móveis e os mesmos não tinham funções específicas. O convívio era coletivo entre patrões e empregados, não se conhecia privacidade e conforto.

Na Idade Média, a função estava ligada com utilidade imediata, ou seja, um mesmo móvel ou cômodo tinha várias funções, o que dificultava pensar em melhorias funcionais, principalmente do ambiente doméstico.

No século XVII, lentamente, as condições da vida doméstica começaram a mudar. A casa burguesa típica abrigava mais de uma família e sua estrutura parecia um prédio de apartamentos. Nesse período, a idéia de privacidade e domesticidade começou a surgir, à medida que moradia e trabalho separavam-se, deixando de ocupar o mesmo local, bem como patrões e empregados. Era um ensaio de casa como ambiente de privacidade, de intimidade e de vida familiar na consciência humana.

No século XVIII, viveu-se o início da transição da moradia feudal, pública, para a casa de família, particular. A presença dos filhos e o isolamento dos criados reforçaram a consciência humana sobre o ambiente e a família. E o conceito de conforto que originalmente não significava “prazer e satisfação” adquiriu o sentido de bem-estar físico.

Com a consciência humana de valorização e importância da casa e da família, outros conceitos e valores surgem em conjunto, como a domesticidade, comodidade, eficiência, bem-estar e o maior reconhecimento do conforto.

Schmid (2005) reforça a idéia de conforto como algo ligado às estruturas físicas do ambiente e ao contexto psicológico: as experiências passadas, a imaginação e os sonhos, de relevância para o conforto ambiental e, se não compreendidos, capazes de tornar a existência intolerável.

Assim também, é fundamental a valorização dos sentidos e das emoções na exploração e interação com o ambiente. Eles servem como mediadores e responsáveis pelas sensações, sejam agradáveis ou não, como conforto, segurança, prazer, desânimo ou rejeição. A visão, a audição, olfato, tato e paladar – sentidos que constantemente transmitem informações internas e externas para a consciência humana, interligados a outros sentidos, permitem uma maior interação com o meio. A pressão, a dor, o frio e o calor se associam ao tato. O equilíbrio, associado à audição, utilizando o labirinto, permite ao corpo se manter de pé ou deitado. E a propriocepção, que permite a localização das partes do próprio corpo no espaço tridimensional.

Para Tuan (1980), o ser humano percebe o mundo simultaneamente através de todos os sentidos. Experimenta e apreende a realidade dos objetos e a estruturação do espaço pela movimentação, contato e manipulação.

Cérebro, mente e corpo trabalham em conjunto interagindo com o meio, nos enviando informações, emoções, sentimentos. Sentimentos e emoções que, segundo Damásio (1996), são indispensáveis para a racionalidade e são os sensores para o encontro, ou falta dele, entre a natureza e as circunstâncias.

Natureza que se refere tanto àquela que herdamos, como conjunto de adaptações geneticamente estabelecidas como à que adquirimos por via do desenvolvimento individual através de interações com o ambiente social, quer de forma consciente e voluntária, quer de forma inconsciente e involuntária.

Por meio dessas interações do organismo com o meio fazemos as interpretações do mundo que nos cerca e experimentamos e construímos o nosso ambiente, personificando-o como espelho de nossa vida e lhe emprestando uma identidade nossa. Identidade que se materializa em cada traço, em cada marca deixada nas paredes, [...] testemunhas de uma história aplaudida, negada, acolhida, enfim, vivida.

Penetrar no terreno da velhice é percorrer todas essas trilhas. Terreno acidentado, sinuoso, repleto de desafios: é preciso explorar, criar atalhos, aplainar, planejar, para que a construção resista às intempéries.

Projeto

Por que planejar?

Qual é o lugar mais importante da sua casa? Eu acho que essa é uma boa pergunta para início de uma sessão de psicanálise. Porque quando a gente revela qual é o lugar mais importante da casa, a gente revela também o lugar preferido da alma.

Rubem Alves

O estudo do ambiente domiciliar objetiva complementar a intervenção junto ao idoso, atuando em outras áreas que são fundamentais para seu desempenho. Considerando-se a capacidade funcional³, as adaptações ambientais para melhor acessibilidade e conforto, que favorecem a manutenção da independência⁴ e autonomia⁵ do idoso, prevenindo o abandono das atividades, proporcionando bem-estar e continuidade das relações afetivas e sociais. Além de permitir seu crescimento pessoal.

Nesse contexto, inicia-se a discussão da importância de um planejamento e adequação do ambiente que levem em conta as necessidades das pessoas, visto que o ser humano sofre mudanças gradativas nos diversos sistemas orgânicos que comprometem seu conforto e melhoria de vida. Considera-se ainda que a pessoa idosa pode passar mais tempo em sua casa e que os acidentes provenientes de planejamento e projeto inadequados, posteriormente, podem se transformar em gastos com hospitalização e previdência, desgaste familiar e privações físicas, afetivas, sociais e espirituais.

Portanto, projetos acessíveis com modificações e adaptações ambientais, mesmo que aumentem o custo final da construção ou reforma, serão compensados por uma economia a médio e longo prazo para o usuário e para o governo.

³ Nas ciências médicas, define-se quanto ao grau de preservação da capacidade de realizar atividades básicas de vida diária ou de auto-cuidado (AVD) e ao grau de capacidade para desempenhar atividades instrumentais de vida diária (AIVD) apresentados pelo indivíduo. Exemplos da capacidade de desempenhar as AVD são: arrumar-se, vestir-se, comer, fazer toalete, tomar banho, realizar transferência e locomover-se. As AIVD podem ser exemplificadas por: 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 (NERI, 2001).

⁴ Capacidade de realizar atividades da vida diária sem ajuda (PAVARINI; NERI, 2000).

⁵ Autogoverno, liberdade para agir e para tomar decisões. É liberdade individual, privacidade, livre escolha, auto-regulação, independência moral, liberdade para experienciar o self e a harmonia com os próprios sentimentos e necessidades (PAVARINI; NERI, 2000).

Segundo Perracini (2002), os ambientes devem ser planejados objetivando a promoção e encorajamento da independência e autonomia, de forma que uma melhoria de vida possa ser oferecida a todos os indivíduos, sejam parecidos ou não com a maioria. A mesma autora expressa que “o ambiente domiciliar tem um papel fundamental na nossa qualidade de vida e no nosso bem-estar”.

Rybczynski (2002, p.223) considera ainda que, “o bem-estar doméstico é uma necessidade humana fundamental, que está profundamente enraizada em nós e que precisa ser satisfeita”, o que permite e revela uma sensação caseira, de intimidade, de privacidade, de domesticidade e de um ambiente aconchegante.

O ambiente domiciliar deve ser prático, valorizando a simplificação e funcionalidade, respeitando os aspectos culturais e psicossociais, como a identificação do idoso com esse ambiente e a manutenção de sua privacidade (HASSELKUS, 1998). Ou seja, o ambiente deve proporcionar conforto, segurança e acessibilidade, mas sem perder o foco da individualidade, já que somos seres de desejo acima de tudo.

Em um estudo internacional que associa a modificação ambiental e a capacidade funcional dos idosos foi verificado que a inacessibilidade representa um potencial problema de saúde, ameaça à independência e ao bem-estar de idosos (IWARSSON; ISACSSON, 1997). Em outro, o uso de modificações arquitetônicas demonstrou que seus usuários eram mais independentes que os não usuários, considerando uma substancial necessidade de modificações ambientais na casa dos idosos incapacitados (FOX, 1995).

No Brasil, um estudo realizado no ambiente domiciliar de idosos atendidos em um programa de assistência domiciliária ao idoso do município de São Paulo, verificou-se que a média de tempo de moradia nos domicílios investigados foi de 20,42 anos, sendo o mínimo de 1 (um) ano e o máximo tempo de moradia de 60 anos. Em relação ao tipo de moradia: 41,7% residia em sobrado, 25% em casa térrea, 33,3% em apartamento. Quanto à realização de modificações no ambiente domiciliar, 62,5% dos domicílios investigados já havia realizado alguma adaptação, como a colocação de barras de apoio lateral no box e vaso sanitário, tapete antiderrapante, e a retirada de tapetes na área de circulação. Contudo, os domicílios investigados

apresentaram importantes limitações e poucas modificações ambientais (MENDES, 2005a).

Assim, torna-se importante ter conhecimento das habilidades do idoso, para resolver as dificuldades práticas e funcionais, mas principalmente dos desejos e da relação afetiva sujeito/meio ambiente, para que possa ser desenvolvido um projeto que minimize suas dificuldades, possibilitando a aceitação do uso das adaptações, a satisfação do idoso e da família e a manutenção do controle do idoso sobre a própria vida.

Planejando o ambiente domiciliar

O ambiente domiciliar abrange características físicas, sensoriais, cognitivas, afetivas, espirituais e funcionais, que interagem constantemente com o ser humano em seu cotidiano durante as suas relações e atividades.

Com o aumento da população de idosos, inicia-se um processo de reflexão e discussão sobre a importância de se planejar e adaptar os ambientes de forma que pessoas de todas as idades e/ou com limitações funcionais temporárias ou definitivas possam ter um acesso possível e relação saudável e de conforto com o ambiente. Corroborando o que Baldwin, citado por Rybczynski (2002, p.234), já havia definido conforto como: “um cômodo ou lugar que funciona para mim e para meus convidados”.

As relações sociais se estabelecem independente do aspecto físico das pessoas, permitindo o convívio e a criação de laços afetivos entre crianças, idosos, obesos, gestantes, pessoas muito altas ou baixas e com limitações físicas, sensoriais e cognitivas. Discute-se a valorização de se pensar um ambiente que promova e proporcione conforto, segurança, atividade e visitabilidade⁶ a todos.

No entanto, a proposta de adequação ambiental deve permear e obedecer ao desejo do idoso de manter o controle pessoal sobre si e sobre o ambiente. Manter as

⁶ Conceito ampliado de acessibilidade que significa o direito de visitar outras pessoas, o direito de conviver com amigos que escolhemos por identidades de pensamento, de afeto e não por condições físicas semelhantes (LICHT, 2004).

características de um ambiente acolhedor e estimulante é fator que se manifesta positivamente na auto-estima e auto-manutenção.

Perracini (2006) assinala que muitos idosos são capazes de reconhecer as dificuldades relacionadas ao manejo do ambiente. Mas que a aceitação de modificações individualizadas, que colocam em realce os prejuízos advindos do envelhecimento, depende de aspectos subjetivos e culturais.

As principais razões dos idosos menosprezarem os riscos e não adaptarem seus ambientes, segundo a mesma autora, são: a preocupação com a aparência estética e o desconhecimento de como as adaptações ambientais podem tornar suas vidas mais fáceis. Preferem, geralmente, mudar seu comportamento em vez de mudar o ambiente. Como por exemplo, diminuindo a frequência de banhos, fazendo lanches em lugar das refeições e restringindo-se a determinados cômodos ou isolando-se. Bem como aceitam a ajuda de terceiros, como cuidadores e familiares, em vez de modificar o ambiente ou fazer aquisição de equipamentos de auto-ajuda.

No entanto, outros fatores são importantes e merecem ser questionados e investigados na situação de negação e menosprezo em relação às modificações e adaptações, como: o não poder de decisão do idoso sobre as questões da família e da casa; a condição econômica para aquisição dos dispositivos de ajuda ou para realizar reformas residenciais; o desgaste emocional na lida com os profissionais; a falta de conhecimento dessas possibilidades e recursos e/ou simplesmente por não desejarem.

Todos os cômodos devem ser objeto de atenção durante uma avaliação e planejamento do ambiente utilizado pelos idosos, considerando-se a simplicidade e a funcionalidade, desde o acesso exterior (entrada) à iluminação, os pisos, as portas, as escadas, os degraus, assim como o mobiliário nele contido. Mas, principalmente é preciso respeitar e saber ouvir os desejos e as necessidades de cada “ser idoso”.

A necessidade de um novo saber

A superação dos tradicionais saberes sobre a velhice e o processo do envelhecimento é uma tarefa difícil de ser executada, mas necessária para o crescimento científico, profissional e pessoal. Afinal, todos somos o alvo e os beneficiados por novos estudos sobre o envelhecimento. Porque falar do ambiente físico, principalmente do domiciliar - historicamente conhecido como “Doce Lar” -, é falar de um pedaço de cada sujeito.

Construímos, reformamos, modificamos, adaptamos o ambiente de acordo com nossos desejos, necessidades, fases da vida, momentos pontuais como a infância, a adolescência e a fase adulta, considerando-se muito mais a estética e o modismo, “esquecendo”, às vezes, de preparar o ambiente para as novas mudanças, como as exigidas pela velhice, que como as demais fases da vida necessita de um ambiente confortável e seguro.

No entanto, a negação da velhice, segundo Mendes (2005b), faz com que ao pensar em ambiente adaptado e acessível ao idoso se pense em dependência. Mas é razoável que se pense em modificar e adaptar o ambiente onde vive o idoso com o objetivo de prolongar sua capacidade de realizar as atividades com independência, autonomia e prazer, visando sempre seu bem-estar.

O grande desafio é repensar o ambiente para os nossos avós, pais, filhos, netos e nós mesmos. É projetar o futuro, respeitando o passado e o presente, e proporcionar a construção de um ambiente para uso e benefício de todos, sem aparência estigmatizante. A casa como uma segunda pele, que se renova naturalmente após cada descamação - a renovação celular, acompanhando a permanente transformação do corpo, que se apresenta em cada sujeito de maneira única e não linear.

O foco desta pesquisa é o ambiente domiciliar, buscando uma reflexão sobre a influência desse ambiente na vida do ser idoso, tomando por base e referência as necessidades relacionadas aos fatores biológicos, psicológicos, sociais e ambientais. Sem desmerecer nenhum, busca-se contemplar a todos na construção

da relação entre o meio e o sujeito e na realização de projetos de intervenções no meio construído por qualquer área da ciência.

Contextualização

Este estudo com abordagem quantitativa e qualitativa permite uma riqueza na construção do saber, a partir de uma investigação com entrevista semi-estruturada (MINAYO, 2000) constituída de perguntas fechadas e abertas. A escolha desse instrumento permite que o entrevistado tenha a possibilidade de discorrer o tema proposto, sem respostas ou condições pré-fixadas pelo pesquisador, possibilitando que a fala seja reveladora de condições estruturais, de sistemas de valores, normas e símbolos.

Com o objetivo de contextualizar as teorias e hipóteses, a pesquisa demandou uma coleta de dados e informações com os atores do processo de envelhecimento, possibilitando a construção de um cenário constituído de identidade, particularidades, saberes, cultura e significados.

Geertz (1989, p.4) interpreta essa rede de elementos, acreditando que,

O homem é um animal amarrado a teias de significados que ele mesmo teceu, assumo a cultura como sendo essas teias e a sua análise; portanto, não como uma ciência experimental em busca de leis, mas uma ciência interpretativa, à procura do significado.

O saber norteia e dá sentido à existência humana num jogo de influências entre o indivíduo e o meio – as experiências – que se integram e alimentam a construção de novos saberes.

A primeira etapa da pesquisa foi o levantamento da bibliografia pertinente, a partir da literatura existente em artigos, teses, dissertações, revistas, periódicos, livros, manuais, normas, sites sobre o tema - específicos e afins - nos idiomas português, inglês e espanhol, e em diversas áreas do conhecimento, especialmente na Gerontologia, Engenharia, Literatura, Arquitetura e Terapia Ocupacional. Seleção, análise crítica, reflexões e articulações que contribuirão para a construção do saber gerontológico em relação ao morar na velhice.

Para esta construção, diversos autores foram chamados. Entre eles, Aloísio L. Schmid, engenheiro mecânico, que estuda a relação do conforto ambiental com os sentidos humanos, os aspectos físicos e o contexto psicológico, como as experiências passadas, a imaginação e os sonhos. Witold Rybczynski, arquiteto polonês, que em uma de suas obras (à qual pedimos emprestado parte do título, com que fazemos um trocadilho neste trabalho), faz um relato histórico-antropológico sobre a habitação e a função da casa ao longo dos séculos. Aborda ainda o significado de conforto e outros conceitos e valores que permeiam o ambiente domiciliar, como a domesticidade, comodidade, eficiência, bem-estar.

Autores do campo da Gerontologia também foram estudados como a antropóloga Elisabeth Mercadante, que em um de seus textos inserido no primeiro volume da *Coleção Gerontologia - Velhice, envelhecimento e complex(idade)*, traz questões importantes sobre o envelhecimento, em uma perspectiva interdisciplinar onde focaliza a gerontologia como área do saber em construção que ancora algumas reflexões básicas: como pensar e repensar nosso próprio envelhecimento e compreender a complexidade que envolve o envelhecer na sociedade contemporânea. Ela ressalta que o ponto de partida para a explicação da velhice, e o significado de velhice é falar de identidade.

E, para falar da relação do idoso com seu meio, primeiramente é preciso saber quem é esse idoso, sua identidade, os valores agregados nesse ser e na sua construção como sujeito atuante e sujeito de relações afetivas.

A segunda etapa foi constituída por teste-piloto com o objetivo de adequar o instrumento a uma linguagem simples e compreensível. O teste favoreceu a reformulação das questões permitindo assim maior clareza e desenvoltura na aplicação do instrumento.

A terceira etapa constituiu-se de uma pesquisa de campo, realizada com 10 idosos do sexo feminino, com idade de 60 anos e mais, residentes no município de São Paulo, participantes das atividades oferecidas ao público idoso do Sesc (Serviço Social do Comércio) São Paulo - Unidade Consolação.

O primeiro contato foi realizado em Julho/2006, com a responsável pela Programação Esportiva do Sesc, para esclarecimento da intenção da pesquisa, assim como a possibilidade e as condições necessárias para sua realização, os objetivos e a metodologia empregada.

Em outubro, após a entrega do *Parecer sobre os aspectos éticos em pesquisas em seres humanos* (Anexo A), realizado pelo Comitê de Ética do Programa de Gerontologia da PUC-SP, decidiu-se o critério para a seleção: convite verbal ao grupo de idosos que participava de uma oficina ministrada pela pesquisadora nesse período (outubro/2006). Explicou-se o objetivo das entrevistas e a importância da pesquisa para a sociedade e a população que envelhece.

Ao final do último dia da Oficina, solicitou-se às pessoas interessadas e dispostas a colaborar com a pesquisa que anotassem na folha entregue pela pesquisadora, nome, telefone, e o dia que lhes fosse conveniente para agendamento da aplicação do questionário.

O total de interessados inicialmente foi de 12 participantes, sendo apenas um do sexo masculino, que no momento de agendar as entrevistas, desistiu, alegando motivos de trabalho (revendedor de livros, que requeria a visita aos clientes), e de tempo dedicado aos cuidados com o irmão, vítima da doença de Alzheimer.

Após o agendamento, novas desistências ocorreram por razões ligadas a problemas de saúde. Uma da própria idosa, e no outro caso, do cônjuge.

Na ocasião também se realizou contato com uma das participantes da Oficina que havia demonstrado interesse em participar, mas que havia faltado no último dia da Oficina. O convite e agendamento foram aceitos.

Ficamos com um grupo constituído por 10 idosas com idades entre 62 e 81 anos.

As entrevistas foram realizadas entre nove de novembro/2006 e vinte e oito de novembro/2006 nas dependências do Sesc - Unidade Consolação, sem ambiente definido para a aplicação dos questionários. As participantes aguardavam a entrevistadora em local previamente combinado com a mesma. O espaço para as entrevistas era cedido de acordo com a disponibilidade de espaço livre na Unidade

naquele dia e horário. Utilizamos consultórios médicos, salas de espera e sala de atividades. O barulho da reforma da Unidade e dos freqüentadores e funcionários em suas atividades foram as interferências durante as entrevistas, mas superadas pela colaboração e compreensão da situação pelas participantes.

As entrevistas tiveram uma duração média de 35 minutos e seguiram uma dinâmica pré-estabelecida pela pesquisadora: leitura e aceite do Termo de Consentimento Esclarecido (Apêndice B), garantindo seu anonimato, seguido da aplicação do instrumento pré-elaborado (Apêndice A) e, ao término, o esclarecimento dos objetivos da pesquisa, a fim de evitar a contaminação prévia das respostas.

O instrumento para a coleta de dados foi a entrevista semi-estruturada (MINAYO, 2000) constituída de perguntas fechadas (ou estruturadas) e abertas. Na construção foram utilizados instrumentos já elaborados que tivessem questões pertinentes ao assunto e pudessem ser adaptadas, assim como a experiência anterior da pesquisadora para a construção das questões fechadas. As abertas surgiram dos questionamentos e da inquietação para ouvir os sujeitos, suas opiniões, sua subjetividade, os valores e os significados em torno do objeto de estudo.

A partir de discussões e adaptações sobre as questões a serem pesquisadas, definiu-se o Instrumento, que contempla os dados sócio-demográficos, caracterização do domicílio, caracterização da relação sujeito X habitação, dados clínicos, bem como a apreensão de informações sobre as relações complexas que envolvem a velhice e seu ambiente domiciliar.

O instrumento permite a obtenção de dados quantitativos e qualitativos, o primeiro expressando os valores estatísticos e o segundo contextualizando os números com os depoimentos e narrativas dos próprios sujeitos (MINAYO, 2000).

O recurso utilizado para coletar as respostas abertas – as narrativas - dos entrevistados foi a técnica do gravador. Instrumento manuseado pela pesquisadora para obtenção dos dados e transcrição na íntegra das narrativas, preservando ao máximo a originalidade e fidedignidade das mesmas e realizando correção quando necessário para proporcionar ao leitor uma melhor compreensão do assunto.

Às vezes era preciso repetir-lhes o que elas mesmas diziam, e assim tinham oportunidade de repensar e refletir sobre a questão central da pesquisa: a necessidade de planejar o ambiente em relação à longevidade.

Entende-se que as falas contínuas transmitam a riqueza da sabedoria e a reflexão dos idosos sobre assuntos antes temidos ou não questionados, de forma expressiva e espontânea.

A primeira etapa para a análise dos dados foi a montagem de um banco de dados (questões fechadas), utilizando-se o software *SPSS 12.0 for Windows (Statistical Package for the Social Sciences)* para o tratamento estatístico e descritivo, programa escolhido pela experiência anterior da pesquisadora no manuseio do software em outras pesquisas.

A transcrição das narrativas das questões abertas foi codificada por cores, para facilitar o manuseio e a imparcialidade na análise dos dados. Posteriormente, fez-se a identificação com as iniciais e a idade das entrevistadas.

Realizada análise descritiva da frequência dos dados quantitativos da população estudada, obteve-se uma percepção geral do grupo investigado. Em seguida, foram calculados os valores extremos (máximo e mínimo) e a média aritmética de algumas variáveis do banco de dados.

Os resultados da pesquisa (dados quantitativos) foram apresentados em forma de tabelas.

As narrativas foram selecionadas pelo conteúdo, características e palavras-chave, condizentes com a pesquisa e com as questões norteadoras das falas das entrevistadas, realizando-se alguns cruzamentos com os dados quantitativos do banco de dados.

Ao final, a apresentação das narrativas e dos dados quantitativos foi contextualizada com a análise da pesquisadora e da literatura pertinente.

Construção

Os moradores

As pessoas são o que são em todos os seus aspectos.

Doris Lessing

O perfil sócio-demográfico e econômico

O estudo foi realizado com 10 sujeitos do sexo feminino, a partir de 62 anos.

Esse fato reflete o fenômeno da feminização da velhice, uma característica da população idosa, inclusive no Brasil (KALACHE, 1998), onde as mulheres vivem, em média, oito anos a mais que os homens (IBGE, 2002), e mais do que eles participam de atividades e grupos da terceira idade.

Segundo o Censo 2000, as mulheres correspondiam a 54% da população de idosos em 1991 e, 55,1% em 2000. Essa relação entre envelhecimento e gênero fundamenta-se nas mudanças sociais e culturais ocorridas ao longo do tempo e nos acontecimentos naturais do ciclo da vida.

Em relação à idade das entrevistadas, a média foi de 70 anos, sendo a idade mínima de 62 anos e a máxima de 81 anos.

Quanto à nacionalidade, nove são brasileiras, das quais sete naturais do estado de São Paulo. Em relação à raça/cor, todas se consideraram brancas e quanto à religião, oito eram católicas (Tabela 1).

No que se refere ao estado civil, a maior parte do grupo é constituída de idosas solteiras (quatro) e viúvas (quatro), o que poderá se refletir na composição do núcleo de pessoas residentes no domicílio, considerando que cinco residem sozinhas e quatro residem com mais uma pessoa. São achados que corroboram os dados do Censo 2000 apresentados anteriormente (IBGE, 2002).

Tabela 1 – Características sócio-demográficas do grupo estudado

Características sócio-demográficas		N
Nacionalidade	Brasil	09
	Israel	01
Naturalidade	São Paulo	07
	Rio de Janeiro	01
	Minas Gerais	01
Raça/Cor	Branca	10
Religião	Não tem	01
	Católica	08
	Israelita	01

Ao analisar o grau de escolaridade, verifica-se que a maioria das participantes possui curso superior/graduação (sete), o que pode ser um indicativo na escolha e realização de suas profissões, que ocorreram principalmente na área de educação (Tabela 2).

Tabela 2 – Caracterização das atividades ocupacionais anteriores do grupo estudado

Profissão	N
Assistente Social	01
Auxiliar de Contabilidade	01
Diretora de Escola	02
Professora	01
Professora Universitária	01
Secretária	02
Secretária Executiva	01
Socióloga	01

De acordo com os dados do IBGE (2002), na década de 30 até os anos 50, o ensino fundamental ainda era restrito a segmentos sociais específicos, e a escolaridade média também apresentava um baixo saldo resultante da desigualdade no acesso à educação.

No caso dos idosos responsáveis pelo domicílio, no período de 1991/2000, os índices apresentaram melhorias, mostrando aumentos significativos na proporção de alfabetizados e no nível de escolaridade, dados que confirmam os resultados obtidos no grupo estudado, que caracterizamos como privilegiado. Visto que, de acordo com o Censo 2000, a escolaridade dos idosos é baixa, principalmente entre as mulheres.

Resultado atribuído às características da sociedade e das políticas de educação prevalecentes na década de 30 e 40, quando o acesso à escola ainda era muito restrito.

Em relação à atividade ocupacional anterior a aposentadoria, constatamos que todas se aposentaram nas respectivas funções/profissões e atualmente não exercem mais atividades remuneradas.

Quanto à renda, sete entrevistadas recebem aposentadoria entre 6 a 10 salários mínimos, renda avaliada como suficiente por oito das participantes. Atentando-se para o fato de que a maioria é viúva e solteira. As demais, que consideraram a renda insuficiente recebem ajuda do cônjuge e da filha.

O perfil da habitação

A descrição da casa pelas entrevistadas revela a composição física/estrutural (cômodos) do domicílio (Tabela 3) e, principalmente, a relação existente entre a casa e a moradora.

Tabela 3 – Características da composição física/estrutural das casas do grupo estudado

Composição da casa		N
Dormitórios	2 dormitórios	03
	3 dormitórios	07
Cozinha	-	10
Sala	Padrão*	04
	Ampla**	06
Banheiro	1 banheiro	03
	2 banheiros	07
Área de Serviço	Sim	06
	Não	04
Dependência de empregada + banheiro	Sim	09
	Não	01

*, **: Referência citada pelas entrevistadas.

Nas falas, afloram os desejos e sentimentos de satisfação pela conquista da casa própria, às vezes acompanhados de referência a algum item que é causa de desconforto ou descontentamento.

Sempre sonhei morar nesse prédio, mas na época só consegui no primeiro andar. A única coisa que eu não gosto é ser primeiro andar. Mas é um apartamento muito amplo, mas apesar disso gosto muito. (AMDG, 69 anos)

Apartamento no 14º andar, último andar. Adoro meu apartamento, tem uma vista maravilhosa para as montanhas e serras. Moro há 40 anos, mas infelizmente estão começando a construir prédios em frente à montanha. Mas ainda vejo a natureza, anoitecer, amanhecer, adoro o lugar. Me sinto muito, muito bem. [...] Olha eu estou feliz lá. (JS, 79 anos)

Quanto ao tipo de moradia, o apartamento é o mais ocupado pelas entrevistadas (nove), o que pode ser justificado pelo estilo de vida e composição urbana da cidade de São Paulo, considerando-se ainda a comodidade e principalmente a segurança.

Se eu não ficasse sozinha, eu gostaria de morar em casa térrea que foi onde eu morei até o meu pai falecer. Depois mudei para um apartamento com a minha irmã. Mas eu acho que casa térrea é o ideal. Mas aqui é inviável, muito perigo. Por isso que sempre preferi apartamento. Mas meu sonho era morar em casa térrea. (AMDG, 69 anos)

A fala aponta ainda para a evidência de um dado também muito presente no Censo 2000 (IBGE, 2002), que é a responsabilidade feminina dos domicílios unipessoais no Brasil. No entanto, ao analisar este discurso, infere-se que morar sozinha reprime o ideal de moradia da entrevistada: o desejo de morar em casa térrea. E que morar em casa parece implicar automaticamente em morar coletivo.

Em relação à condição de posse/pertencimento e tempo de moradia, apenas uma mora em casa cedida, as demais residem em casa própria. O tempo médio de moradia é de 9 (nove) anos, sendo o mínimo de 2 (dois) anos e o máximo de 44 anos.

Vontade de mudar

A vontade de mudar da casa atual foi uma das questões abordadas na entrevista, e quatro das respostas expressaram o desejo de mudança, justificado pelo conforto,

aquisição da casa própria, ter um apartamento menor por morar sozinha e para ficar mais perto dos familiares. Não se observou associação com a questão do envelhecimento em nenhuma das respostas.

Os desejos de mudança, bem como o de permanência em suas casas atuais estão explícitos nas falas:

Sim, mudar de andar, mas gostaria de continuar naquele mesmo prédio. Pois andar de baixo não bate sol. (AMDG, 69 anos)

Sim, porque a casa é muito grande e eu moro sozinha. E mudaria para ficar mais perto dos filhos. (VCS, 81 anos)

Sim. Morar em um apartamento menor. (MM, 65 anos)

Sim, mas ela não é minha. Se não eu já teria reformado. Talvez nem mudaria de casa, porque o bairro é ótimo, já estou acostumada. Mas o problema é esse, tem que fazer muita reforma e não está a meu gosto, a casa. A casa é muito dividida, e tem que fazer várias reformas. (CRG, 65 anos)

Não. Estou feliz da vida. Só se ficar doente pra sair de lá e ir para uma casa de repouso se eu não puder cuidar de mim mais. (JS, 79 anos)

Não. Já mudei muito. (MSS, 71 anos)

As falas de algumas das entrevistadas (CRG e MSS) corroboram o que outras pesquisas vêm assinalando. No Brasil, segundo Carli (2004), as pessoas idosas querem viver na casa em que estão acostumadas e não desejam mudar-se. A aquisição da moradia própria é, culturalmente, o maior desejo e o bem máximo que as pessoas almejam, e, na grande maioria dos casos, é o maior valor que adquirem ao longo da vida.

Em sua pesquisa, a mesma autora constatou que 82% dos idosos entrevistados consideravam a sua casa adequada para viver o resto da vida, que 72% não gostaria de mudar de casa e que 66% se precisasse de assistência para as atividades diárias permaneceria em casa e arrumaria alguém para ajudar (CARLI, 2004). Ou seja, após a aquisição desse bem, construído ao longo de suas vidas, os idosos tendem a uma reduzida mobilidade residencial.

Alicerce

Enquanto envelhecemos... interagimos com o ambiente

*Ninguém morre por estar velho ou ser velho,
mas por estar vivo. Morrer como velhos, mas
não de velhos.*

Mitologia Grega – Satuno e Cronus

O quarteto ambiente, homem, conforto e atividade processa uma relação

intrínseca e harmoniosa entre os sentidos, os sistemas do corpo humano, os estímulos ambientais e os desejos. Trocas constantes e mútuas permitem a criação de espaços de relacionamentos afetivos, prazerosos, sociais, laborais e de segurança no cotidiano.

Com o envelhecimento, ocorre para muitos a redução das capacidades – motoras, sensoriais e cognitivas - rompendo a harmonia do quarteto, comprometendo o desempenho funcional do indivíduo e suas relações afetivas e prazerosas com o meio.

Para Tuan (1980, p.14), “embora todos os seres humanos tenham órgãos dos sentidos similares, o modo como suas capacidades são usadas e desenvolvidas começa a divergir numa idade bem precoce”. É que os sentidos são também estimulados pelas experiências, desejos e afinidades, possibilitando as diversas visões de mundo e de interações com o meio e com os demais seres.

Nesta pesquisa investigamos então o comprometimento da vertente saúde, quanto aos sentidos e sistemas do corpo humano em interação com o meio domiciliar, onde se arquitetam ações, desejos conscientes ou não, sonhos de conforto e bem-estar. Assim como as capacidades sensoriais vão se diferenciando de ser para ser ao longo da vida, como nos falou Tuan anteriormente, os comprometimentos também agregam matizes diferenciados, entre os quais o estilo de vida, que é uma das marcas de individualidade e identidade.

Com os sentidos

Sentimos e percebemos o mundo através dos sentidos: o cheiro, o gosto, a cor, a textura, os sons, e todas as demais formas de sensações que os órgãos dos

sentidos nos permitem, e que possibilitam ver os pássaros, sentir os cheiros e aromas, ouvir as vozes das pessoas queridas e as músicas, sentir o calor do sol e saborear as comidas favoritas... Mas, assim como todos os demais sistemas do nosso organismo, eles também são finitos e sofrem algumas alterações, em graus e tempos variados, acompanhando a genética, o ritmo e o estilo de vida de cada ser humano.

Ver

Eu acho duas coisas, que eu rezo para não ter: ser esquecida e não ter os pés para andar. É essencial ver, sentir as coisas. E não ter dor. Pois, ter dor na velhice é de lascar. (MSS, 71 anos)

O ser humano percebe o mundo simultaneamente através de todos os sentidos, mas a visão é, provavelmente, o sentido mais valioso e explorado para a maioria das pessoas na sociedade contemporânea. Assim também se configura para a maioria das entrevistadas (oito) que apresentam comprometimentos na visão, e por isso recorrem a recursos e correções como cirurgias, uso de óculos e colírios, para não perderem as informações precisas e detalhadas, o brilho e as cores do mundo.

As alterações visuais podem impedir ou dificultar a independência do idoso na realização de suas atividades diárias, lazer e nas relações sociais. A diminuição da acuidade visual, do campo visual periférico e da acomodação interfere na noção de profundidade, na discriminação de cores, especialmente do espectro azul/verde, na capacidade de se adaptar ao ofuscamento e a lentidão na adaptação ao claro-escuro são as principais alterações sensoriais da visão (PERRACINI, 2006).

Por volta dos 60 anos, há uma redução em torno de 66% da quantidade de luz que chega à retina, e como consequência, ocorrem alterações que exigem algumas adaptações no cotidiano e no ambiente. As principais implicações da relação visão e ambiente estão em discriminar detalhes de objetos próximos e rostos; percepção de degraus, quinas e pés de móveis, objetos no chão e fios de telefone; dificuldades para a leitura; dificuldade para discriminar sombras e cantos; dificuldade na acomodação rápida para mudanças de ambientes com diferentes luminosidades, principalmente à noite, necessitando de maior iluminação e sinalização nos ambientes; dificuldade com pisos desenhados, degraus, escadas, ambientes com

excesso de padronagem e desorientação em ambientes com monotonia de cores (VIUDE, 1996; PERRACINI, 2006).

Para tanto, uma iluminação adequada associada ao contraste das cores e ausência de ofuscamentos são fatores importantes para a visão e a identificação de objetos e obstáculos, principalmente nos lugares mais freqüentados da casa, como quartos, sala e ambientes sociais.

Ouvir

[...] se eu abro a janela dos dois quartos da frente e da sala para ventilar, tem logo que fechar, pois fica incomunicável. (AMDG, 69 anos)

Ouvir, escutar, interagir, se fazer entender e compreender o mundo à sua volta, são funções do sistema auditivo, que com o processo de envelhecimento sofre uma mudança gradual com possíveis prejuízos na sensibilidade auditiva.

Prosseguindo a investigação, observamos que quatro das entrevistadas apresentam queixas auditivas, constatando-se que o sentido da audição, um dos responsáveis pela interação, comunicação verbal, socialização apresenta um índice alto de comprometimento nessa população.

Funcionalmente, no cotidiano, as perdas são acompanhadas por um decréscimo na discriminação da fala; dificuldade com dispositivos que envolvam sons de intensidade alta, como capacidade de escutar o som do telefone e de dispositivos de segurança, buzinas e apitos; dificuldades para ouvir rádio e assistir televisão; dificuldades na comunicação, como falar ao telefone, falar com familiares e amigos em ambientes ruidosos ou com mais de um interlocutor; bem como participar de eventos sociais e de lazer, como ir ao teatro, restaurantes, shows e shopping, comprometendo sua interação com o meio e interferindo nas relações sociais.

A diminuição da audição nos idosos se deve a fatores tóxicos, metabólicos, mecânicos, neurais, vasculares e ambientais. A exposição contínua a ambientes excessivamente ruidosos provoca um estresse auditivo, afetando além da audição, o estado geral da saúde, levando a quadros de insônia, nervosismo, falta de apetite e ansiedade (VIUDE, 1996; BILTON; COUTO, 2006), além, é claro, de desconforto.

A privação sensorial pode trazer, ainda, como conseqüências, a privação social e problemas emocionais, como tristeza, isolamento, depressão e sensação de incapacidade.

Para oferecer um maior conforto acústico aos idosos, os ruídos indesejáveis devem ser eliminados, o que favorecerá bem-estar em seus ambientes, melhora da inteligibilidade nas comunicações, prevenindo-se atitudes nocivas como o desinteresse e o isolamento social.

Em relação ao ambiente, a distribuição e disposição dos móveis e objetos de decoração auxiliam no isolamento e absorção sonora, como o uso de biombos e painéis feitos de tapeçaria, pintura em tela, montagens com isopor, feltro ou cortiça, que podem ser realizados pelos próprios idosos, estimulando a criatividade e melhorando a auto-estima por personificar o seu ambiente. Outra medida facilitadora é a colocação de cadeiras e sofás próximos, favorecendo a comunicação verbal e visual, através da leitura das expressões faciais e corporais.

Cheirar

O olfato, como os demais sentidos, permite a evocação de respostas rápidas e frequentemente inconscientes. Sentir cheiros familiares estimula a memória a recordar experiências, acontecimentos e pessoas, lembranças vívidas carregadas emocionalmente. Na pesquisa, duas entrevistadas relataram queixas olfativas, que podem comprometer as lembranças e experiências sensoriais, consequentemente dificultar o evocar e o recordar de eventos que reforçam os laços afetivos com seu ambiente, seu lar.

Com o envelhecimento a função do olfato também sofre alterações. Começa a apresentar uma perda, principalmente após os 80 anos, caracterizada por dificuldades para identificação de odores do cotidiano, corporais e ambientais, tanto os estimulantes e convidativos quanto os desagradáveis, como urina, gás, fumaça e alimentos estragados. Ocorre ainda o declínio do limiar de sensibilidade e o aumento do tempo de adaptação olfativa⁷ (VIUDE, 1996; PERRACINI, 2006).

⁷ Adaptação Sensorial é a sensibilidade decrescente a um estímulo inalterável, diminuição da percepção ao estímulo.

O déficit da função olfativa pode colocar ainda em risco a saúde e a segurança dos idosos, sendo importante compensar essas perdas através de estímulos dos outros sentidos, principalmente a visão e a audição, apresentando comidas visualmente atraentes e apetitosas, detector sonoro e visual de fumaça e de gases, e uso de superfícies e recipientes impermeáveis para combater os odores domésticos desagradáveis, como restos de comida, gorduras e excrementos.

Saborear

Contrapondo as questões anteriores, o sentido do paladar não foi referido por nenhuma das entrevistadas. No entanto, com o avanço da idade, o paladar sofre algumas alterações, influenciadas pela diminuição da saliva e perda da dentição, que contribuem para uma adequada e confortável mastigação e digestão dos alimentos.

O paladar apresenta, também, uma tendência à diminuição da capacidade para perceber o doce e o salgado, enquanto o ácido e amargo permanecem inalterados (VIUDE, 1996). Há um declínio da sensação gustativa que provoca desinteresse pelos alimentos e conseqüências como perda de peso, desnutrição, anemia e aumento da suscetibilidade ao desenvolvimento de doenças.

A diminuição da saliva provoca ainda a halitose (mau hálito), que gera desconforto e tendência ao isolamento social. Reforça-se dessa forma a importância da saúde bucal, que ao minimizar esse efeito contribui para a manutenção da auto-estima, pois permite relações sociais saudáveis e prazerosas.

Em relação ao ambiente domiciliar, as alterações do paladar não têm uma influência direta. Porém, dada à interligação dos sentidos, há que considerar que um ambiente confortável, limpo, organizado e refeições com odor e aspecto convidativos estimulam o paladar. Por outro lado, se o idoso adoece, o desinteresse pelas refeições, assim como desorientação e agitação podem ser influenciados, também, pelo ambiente. Pois, os ambientes com espaços de circulação reduzidos e pouco tranquilizantes inibem o desejo de realizar refeições.

Tocar

O tocar favorece a experiência das formas, texturas, temperaturas, tamanho, espaços, detalhes, assim como as sensações de dor, pressão e toque, através do contato físico das mãos e dos dedos – da pele.

Pele que se encontra comprometida em uma das entrevistadas. Com o envelhecimento a pele torna-se mais seca, com menos pêlos e mais fina, pela diminuição da camada de gordura subjacente, aumentando a incidência de hematomas e pruridos. A diminuição dos receptores sensoriais, dos dermatômos e dos neurônios aumenta a suscetibilidade à dor e eleva a sensibilidade tátil nas mãos e na sola dos pés (HERLIHY; MEBIUS, 2002; PERRACINI, 2006).

A monitoração do ambiente domiciliar e sua adequação tornam-se necessárias e importantes para evitar os riscos de acidentes como: ferimentos por corte na manipulação de eletrodomésticos e utensílios pontiagudos ou ásperos, ferimentos em paredes rugosas, e traumas provocados por batidas ou pancadas em móveis e objetos na área de circulação. Devido à redução da sensibilidade tanto para o quente quanto para o frio, há risco de queimaduras no banho e na cozinha, que podem ser evitadas mantendo calibrada a temperatura ideal e adotando o uso de luvas térmicas.

Equilibrar

Quanto ao equilíbrio, três entrevistadas relataram comprometimento. O Sistema vestibular, responsável pelo equilíbrio, sofre alterações com o envelhecimento, implicando na dificuldade em lidar com o autodeslocamento, em recuperar o equilíbrio após movimentos bruscos e em selecionar as informações sensoriais mais adequadas quando o ambiente oferece pistas conflitantes (PERRACINI, 2006).

Na relação do ambiente com o comprometimento do equilíbrio, tem-se o risco de quedas como uma das conseqüências mais graves. A dificuldade com apoios instáveis, como móveis e paredes ou maçanetas de porta, saboneteiras e registro de água; a dificuldade com armários muito altos e muito profundos e com ambientes desnivelados são quesitos que requerem atenção e intervenções, bem como a

colocação de barras de apoio no banheiro e cozinha, corrimãos em escadas e rampas e, se necessário, nos trajetos internos da casa.

Com os sistemas

Um grande desafio para a pesquisa sobre o envelhecimento não é apenas acrescentar anos à vida, mas também dar qualidade de vida a indivíduos sadios e dentro do possível, também aos doentes, para que possam manter suas funções cognitivas e sensório-motoras, através da melhora dos mecanismos compensatórios e ambientais.

Cançado e Horta (2006).

As sensações, os movimentos e as emoções, assim como o funcionamento interno de nosso organismo são de responsabilidade do sistema nervoso. Receber, interpretar e processar informações, transformando em movimentos, gestos e falas, os estímulos externos e internos como o cheiro, a luz, o som, a temperatura, o prazer e a dor.

No processo de envelhecimento, especialmente o fisiológico, há muitas queixas de mudanças cognitivas, perdas da memória, lentidão do aprendizado, diminuição da atividade motora e agilidade (psicomotricidade), frequentemente relatadas por pessoas a partir dos 60 anos, como consequência da redução do número de neurônios e do fluxo sanguíneo, menor volume cortical, número de sinapses e receptores e menor taxa metabólica.

Na pesquisa, apenas uma entrevistada relatou apresentar déficit de memória, fato interessante, quando se considera que é uma das queixas mais comuns entre os idosos e que todas são provenientes da Oficina de Memória⁸.

Em relação ao ambiente, algumas intervenções podem ser realizadas para prevenir acidentes como as quedas decorrentes da instabilidade postural durante a caminhada: a diminuição da estimulação visual e auditiva, a retirada ou fixação de tapetes e de fios de telefone e computador da área de circulação, além das já citadas em relação ao comprometimento do equilíbrio.

⁸ Oficina de Memória (outubro/2006): no primeiro encontro foi aplicado um questionário individual e conversa em grupo, onde todos os participantes relataram queixas de memória.

O sistema cardiovascular sofre redução significativa de sua capacidade funcional. Com o aumento da idade, o coração e os vasos sanguíneos começam a apresentar alterações morfológicas e teciduais, mesmo sem desenvolver alguma doença.

Segundo Affiune (2006), o conjunto dessas alterações denomina-se de “coração senil” ou presbicárdia, que se desenvolve de forma diferenciada de indivíduo para indivíduo. São alterações hemodinâmicas que se caracterizam por redução da reserva funcional, demonstrada pela diminuição da resposta cardiovascular ao esforço observado nos idosos durante atividades físicas.

O sistema cardiovascular é um dos mais afetados pela idade. As alterações mais evidentes são: o espessamento das paredes das artérias, ficando menos elásticas e mais rígidas, com duas conseqüências principais, a diminuição do fluxo sanguíneo para os órgãos vitais e o aumento da pressão sanguínea. A superfície interna dos vasos sanguíneos fica mais áspera em razão das alterações relacionadas ao envelhecimento da parede do vaso, e do desenvolvimento de placas gordurosas, resultando em idosos mais propensos a formar trombos, assim como as mudanças nas válvulas das veias, resultam em idosos mais suscetíveis ao desenvolvimento de veias varicosas (HERLIHY; MEBIUS, 2002).

Na pesquisa, cinco idosos apontaram doenças do sistema circulatório, como o AVCi (Acidente Vascular Cerebral Isquêmico), o AVCt (Acidente Vascular Cerebral Isquêmico - transitório), conhecido popularmente como “ameaça de derrame”, a Hipertensão Arterial (HAS) e a presença de varizes. Problemas de saúde que, controlados, permitem ao idoso a realização de suas atividades, às vezes com apenas algumas mudanças comportamentais e/ou ambientais, como uso de poltronas com apoio para elevação dos membros inferiores, a fim de melhorar a circulação sanguínea e adequação das atividades que consomem muita energia e causam fadiga.

O sistema respiratório, com o processo natural do envelhecimento, pode apresentar alterações anatômicas e funcionais. Vários fatores podem estar associados e afetar a função pulmonar ao longo da vida, agravando o processo de envelhecimento, como o tabagismo, a exposição profissional a pequenas partículas suspensas no ar

como minério, madeira, poeiras de grãos, amianto, sílica e vapores de gasolina, querosene, solvente de tintas, entre outros, a poluição ambiental, as doenças pregressas ou não, e as diferenças socioeconômicas.

Quanto à presença de doenças respiratórias, observamos que dentre as entrevistadas, duas relataram apresentar algum problema de saúde, em especial a sinusite, uma doença com base inflamatória e/ou infecciosa que acomete as cavidades existentes ao redor do nariz, adquirida após infecção viral, inflamação de origem alérgica ou por poluentes (MULLER, 2006). E para quem vive em regiões frias ou com grandes variações climáticas ao longo dos dias ou meses, como a cidade de São Paulo, o cuidado deve ser mais intenso pela propensão maior à doença.

A asma, também citada, é caracterizada pela inflamação crônica das vias aéreas, o que determina o seu estreitamento, causando dificuldade respiratória. Associada às alterações climáticas, o contato com a poeira doméstica, mofo, pêlos de animais, fumaça, pólen, cheiros fortes, gripes ou resfriados e a ingestão de alguns alimentos ou medicamentos (LANÇA, 2006a).

As alterações fisiológicas caracterizam-se por um conjunto de mudanças que acometem os pulmões, a caixa torácica e a musculatura respiratória, acarretando prejuízo da função pulmonar, com intensidade variável e dependente de fatores endógenos e exógenos.

As principais mudanças fisiológicas ocorrem na elasticidade do tecido pulmonar, na complacência e nos volumes pulmonares, bem como a diminuição na eficiência dos músculos respiratórios, a acentuação da cifose fisiológica e a diminuição dos mecanismos protetores do sistema respiratório, provocando à população idosa uma maior suscetibilidade a infecções respiratórias. As mudanças estruturais, como a diminuição do número de alvéolos, resultam na diminuição da oxigenação e na conseqüente redução da capacidade para atividade física (GORZONI; RUSSO, 2006; HERLIHY; MEBIUS, 2002).

O adequado planejamento do ambiente torna-se importante para evitar esforços desnecessários na execução das atividades da vida diária e o acometimento de

doenças respiratórias, principalmente pelas alterações climáticas e pela poeira doméstica. O ambiente deve oferecer condições mínimas para que a temperatura do corpo se mantenha dentro dos limites de bem-estar térmico, fazendo uso de ventiladores, janelas com persianas e aquecedores de acordo com a temperatura local. Assim como evitar cortinas pesadas e realizar limpezas periódicas da casa e dos eletrodomésticos, para que não haja acúmulo de poeira.

As alterações apresentadas pelo sistema digestório, com o envelhecimento, são estruturais, de motilidade e da função secretória, variando em intensidade e natureza em cada segmento.

Algumas alterações do trato digestório são mais evidentes (HERLIHY; MEBIUS, 2002; FERRIOLLI; MORIGUTI; LIMA, 2006), como a diminuição de saliva e de enzimas digestórias, o que dificulta a digestão e a absorção de vitaminas (vitamina B12) e minerais (ferro e cálcio) e provoca a diminuição das sensibilidades gustatória e olfatória, afetando o gosto do alimento e o apetite.

O peristaltismo no esôfago, também alterado, não se inicia durante cada deglutida, e o esfíncter esofágico inferior relaxa mais vagorosamente, decorrente da perda do tônus da parede muscular, dificultando a deglutição e causando uma sensação precoce de plenitude. O peristaltismo lento causa constipação e enfraquecimento do reflexo de vômito, aumentando o risco de aspiração.

Nesta pesquisa, três das entrevistadas apresentam algum problema no sistema digestório, como a gastrite, inflamação da mucosa do estômago e o refluxo gástrico, um conjunto de queixas que acompanha alterações no esôfago resultantes do refluxo (retorno) anormal do conteúdo estomacal para o esôfago. Como medida para amenizar os efeitos desse desconforto, algumas pessoas se beneficiam em dormir em cama elevada na cabeceira, em 20 a 25 cm. No entanto, outras não se adaptam à nova posição, e ao experimentá-la sentem desconfortos como edema nos pés e dores nas costas, tornando inviável o uso dessa estratégia.

Segundo Liberman (2006), o envelhecimento provoca algumas alterações no sistema endócrino, caracterizando-se pelo aumento da incidência de doenças como

diabetes mellitus, a associação de falências de mais de um órgão endócrino, e a apresentação atípica de doenças (hipertireoidismo e hipotireoidismo).

Outras alterações endócrinas relacionadas ao envelhecimento incluem alteração na secreção, nos níveis circulantes, no metabolismo e na atividade biológica dos hormônios. As alterações na glândula tireóide causam uma queda na produção dos seus hormônios, diminuindo o padrão metabólico e a secreção do hormônio de crescimento, determinando redução da massa muscular e armazenamento de gordura (HERLIHY; MEBIUS, 2002).

Com o envelhecimento, a quantidade total de água do corpo do idoso diminui, necessitando de cuidados especiais de hidratação. A temperatura corporal também deve ser monitorada, devido aos casos de insolação, caracterizada pelo aumento da temperatura corpórea igual ou maior a 40,5°C, que ocorre principalmente durante o verão, com idosos em ambientes sem ventilação adequada. No ambiente quente, o corpo perde a capacidade de dissipar calor através da radiação e evaporação, aumentando a temperatura corpórea e desidratando.

Os idosos também estão suscetíveis à diminuição da temperatura, definida pela temperatura corporal inferior ou igual a 34,4°C e a temperatura interna do organismo inferior a 35°C – hipotermia. As causas principais são a exposição ao frio ambiental, alterações fisiológicas relacionadas ao decréscimo da perda de calor, medicamentos e alterações na termorregulação.

O acometimento de alguma doença do sistema endócrino foi referido por duas das entrevistadas, indicando problemas com a tireóide. Em outras questões (satisfação com a ventilação e iluminação da casa) observamos a queixa de desconforto térmico.

[...] então como eu saio muito, eu não sinto muito o inverno, mas a hora que eu começar a ficar mais em casa eu vou precisar de um apartamento mais quentinho. (AMDG, 69 anos)

Queria que fosse mais quente. Apesar de ter aquecedor. (MSS, 71 anos)

Medidas preventivas da hipertermia e hipotermia podem ser adotadas no ambiente domiciliar, como uso de termômetros para determinar a temperatura ambiente, uso

de aquecedores, ventiladores e ar-condicionado de acordo com a estação do ano, garantindo conforto térmico, e uma ventilação adequada.

O sistema imunológico, por ser um processo adaptativo, interage com vários componentes dele mesmo e com o meio ambiente e sofre influências dos sistemas endócrino e nervoso. Sua função é preservar a integridade do organismo, que ocorre por meio da distinção entre o que é próprio e não próprio do organismo – “memória imunológica”.

Com o envelhecimento, aumenta de forma direta a suscetibilidade do organismo a infecções e surgimento de neoplasias, e diminui a habilidade de resposta a uma infecção recorrente. Assim como a propensão para as doenças auto-imunes, que aumentam por apresentarem altos índices de anticorpos circulantes contra o próprio organismo, pelas reações alérgicas e a rejeição de órgãos (VEIGA, 2006; HERLIHY; MEBIUS, 2002).

Quanto à presença de doenças do sistema imunológico, três entrevistadas apresentam algum problema, especialmente a alergia, que é uma situação na qual o organismo apresenta uma resposta imunológica (de defesa) diferente da resposta protetora esperada, causando alterações indesejáveis. A alergia é uma reação específica do sistema de defesa do organismo às substâncias normalmente inofensivas. E dentre os tipos de substâncias que causam reações alérgicas - os alérgenos – incluem-se os pólenes, partículas de pó, esporos de fungos, alimentos, látex, veneno de insetos e medicamentos.

Segundo Lança (2006b), as doenças alérgicas, de uma maneira geral, têm origem multifatorial e complexa. Para que se exteriorizem, tem que haver uma combinação entre a predisposição genética da pessoa e uma situação ambiental favorável.

Dos sistemas, o osteoarticular é o que requer mais atenção, ao observarmos que oito das entrevistadas apresentam alguma queixa. Osteopenia, osteoporose, artrose foram os problemas referidos.

Com o envelhecimento, o sistema osteoarticular sofre algumas alterações nas suas estruturas constituintes, como os ossos, a cartilagem articular, a articulação

diartrodial (membrana sinovial + tecido conjuntivo + líquido sinovial) e o músculo esquelético. Como consequência, algumas doenças podem se manifestar, como a osteopenia, a osteoporose, a doença de Paget⁹, a artrite reumatóide, a osteoartrite (artrose), que podem ser acompanhadas de dor, deformidades, instabilidade postural e alteração da marcha, caracterizada por passos curtos e mais lentos, arrastos dos pés, diminuição da amplitude de movimento dos braços, que tendem a ficar mais próximos do corpo. Essas mudanças interferem no equilíbrio, na capacidade física e influenciam negativamente na vida ocupacional, social e emocional do indivíduo e na sua qualidade de vida.

As perdas de cálcio e de matéria orgânica tornam os ossos menos resistentes e quebradiços – a osteoporose - e, consequentemente mais frágeis e suscetíveis a fraturas, com regeneração lenta e incompleta, requerendo assim muitos cuidados para que se evitem as quedas. Os tendões e ligamentos encontram-se menos flexíveis, diminuindo a amplitude de movimentos das articulações; o desgaste da cartilagem articular e o crescimento ósseo excessivo na articulação causam enrijecimento articular e, a contração dos discos intervertebrais, devido à compressão dos discos e a perda de massa óssea causam uma diminuição da altura do corpo, causando a cifose na região torácica da coluna vertebral, prejudicando o funcionamento de órgãos, tais como os pulmões (ROSSI; SADER, 2006; HERLIHY; MEBIUS, 2002).

Na relação com o ambiente, algumas atitudes devem ser tomadas, como o uso de pisos antiderrapantes, manter livre a área de circulação, sem objetos e móveis, principalmente os baixos e com quinas vivas¹⁰, evitando-se os esbarrões e tropeços, consequentemente as quedas e fraturas. Outras atitudes a serem adotadas já foram citadas no comprometimento do equilíbrio e do sistema nervoso.

Na pesquisa, não houve respostas afirmativas em relação à presença de algum problema ou doença do sistema urinário. Contudo, vale ressaltar que o envelhecimento fisiológico acomete também esse sistema, que sofre influência de

⁹ A doença de Paget dos ossos (osteíte deformante) caracteriza-se por uma excessiva reabsorção óssea, seguindo-se de aumento exagerado na produção óssea, sendo que o resultado desse processo é um tecido ósseo estruturalmente desorganizado.

¹⁰ Cortantes, pontiagudas.

inúmeras comorbidades que o idoso pode apresentar e da ação de fatores ambientais, como o tabagismo, que têm ação deletéria sobre a função renal (CARVALHO, 2006).

A bexiga é o órgão responsável pelo armazenamento da urina produzida pelos rins e sua expulsão para o meio exterior. Com o envelhecimento, a bexiga sofre alterações próprias do órgão e extravesicais, que podem levar a exteriorização clínica, com repercussões além da esfera biológica, podendo promover inúmeras limitações no campo psíquico, social e profissional do indivíduo.

Essas limitações têm como causas algumas alterações no sistema urinário (CARVALHO, 2006; HERLIHY; MEBIUS, 2002), como a diminuição progressiva do número de néfrons, atingindo uma redução de 50% por volta dos 70 a 80 anos de idade, que provoca, clinicamente, um declínio na capacidade de concentrar urina. A bexiga diminui de tamanho, decrescendo também as propriedades de contrair e relaxar, o que resulta em maior frequência de micção. Em razão desses eventos a expulsão é incompleta, com presença de urina residual, que favorece o aparecimento de infecções na bexiga. O enfraquecimento do esfíncter externo e a diminuição na capacidade sensitiva em distender a bexiga aumentam a incidência de incontinência urinária.

Segundo Maciel (2006), a modificação ambiental, assim como a prevenção de quedas noturnas, freqüentes nos idosos, torna-se uma medida que atua na incontinência urinária, utilizando-se atitudes que facilitem o acesso ao banheiro, como a adaptação da altura dos vasos, instalação de barras de apoio, iluminação adequada e uso de urinóis ou cadeira sanitária à beira da cama.

A interferência dos problemas de saúde das entrevistadas no cotidiano também foi abordada. Foram referidas por 3 (três) delas principalmente nos seus lazes e prazeres, como viagens e alimentação, que precisam ser modificados ou abandonados.

Sim. Por causa da gastrite, pois sou muito gulosa e ataca sem avisar. E pode ser tanto por alimento que comi ou stress. Fora isso, mais nada atrapalha. (NRDAC, 62 anos)

Dificulta sim, em viagens que eu gosto muito. Já viajei muito. A minha última viagem foi para a Tunísia, depois não viajei mais para fora do Brasil. Por causa da restrição da alimentação, aí desanima. Muita coisa eu não posso comer. Então faço mais viagens por aqui no Brasil, no exterior não faço mais, desanimei. Porque eu viajava assim, não levava nem um comprimido para dor de cabeça. (AMDG, 69 anos)

Sim. A vista um pouco. Mas ainda ando sozinha e faço tudo sozinha. (MSS, 71 anos)

Não. Eu esqueço, finjo que não tenho. (VCS, 81 anos)

Não, não. Estou tomando os remédios que o médico me indicou. (CRG, 65 anos)

Nas falas fica explícito que para algumas entrevistadas os problemas existem e dificultam a realização de seus desejos e ações, mas que podem ser contornados e enfrentados, sendo, quando possível “esquecidos” para manter o ritmo natural do cotidiano.

Morar

Habitar o espaço

A relação funcional ou de uso dos cômodos e mobiliários no cotidiano das entrevistadas, também foi investigada. Relação que para ser harmoniosa, deve seguir algumas orientações de segurança, parâmetros e recomendações simples de adequação do ambiente, que se destinam a evitar acidentes e proporcionar conforto aos residentes da casa.

Na entrevista, abordamos as possíveis dificuldades em freqüentar ou usar algum cômodo e mobiliário da sua casa. Oito entrevistadas relataram dificuldade de acessar os armários altos da cozinha e do quarto, solicitando ajuda a terceiros ou utilizando escadas e banquinhos, mesmo cientes do risco de acidentes. A dificuldade em se locomover dentro de casa, em manusear a janela e subir escadas, também foi referida.

[...] nos armários altos do quarto e da cozinha, se eu preciso pegar uma mala ou outra coisa, eu peço à empregada para pegar, pois tenho receio de subir em banquinho. Eu evito, mas se estou sozinha, até ponho uma escada e subo. Mas quando ela está lá, eu procuro evitar. (AMDG, 69 anos)

[...] quando eu preciso subir para alcançar os armários altos do quarto e da cozinha tomo muito cuidado, uso escada e não banquinho porque eu tenho umas amigas que caem e se quebram toda. Ou então eu chamo funcionário do prédio para me ajudar. Trocar uma lâmpada, por exemplo. (JS, 79 anos)

[...] uso escadas ou banquinho para alcançar os armários altos da cozinha e quarto. E para trocar a lâmpada chamo o zelador. (NRDAC, 62 anos)

Sim, ao me locomover dentro de casa. Ela é muito dividida e quando chove não dá para ir para a outra parte da casa, pois o corredor é descoberto, e eu fico nos fundos. Então quando toca a campainha, nem dá pra ir lá. (CRG, 65 anos)

As falas revelam a natureza dos problemas práticos com o ambiente. Abrindo um parêntese, sinalizam a criação de uma rede de suporte informal e relações sociais estabelecidas, talvez até de forma inconsciente e involuntária, entre entrevistadas e empregados ou funcionários do prédio em que moram.

Suporte relevante que deve ser estimulado e discutido nas redes de apoio ao idoso, contemplando os idosos independentes que não têm família, não têm filhos, são

solteiros, viúvos, ou simplesmente optaram em morar sozinhos (domicílios unipessoais) e não querem depender de membros da família. Para tanto, é imprescindível considerar os diferentes contextos sociais, econômicos e culturais dos envolvidos, garantindo-lhes redes de apoio e parceria entre comunidade, vizinhança, governo, ONGs e o setor privado.

Em relação ao ambiente prático, de acordo com as normas da ABNT - NBR 9050 (2004) e as autoras Perracini (2006); Barbosa (2006) e Barros (2000), parâmetros e medidas adequadas facilitariam o uso dos armários nos cômodos da casa. Na sala, por exemplo, os armários e estantes devem ser firmes e presos ao chão ou parede, e não ter muita profundidade. Os objetos devem estar localizados na altura dos olhos dos idosos e do alcance manual.

No quarto, os armários ou guarda-roupas com portas leves, de fácil acesso, arejadas e cabideiro baixo, evitando o uso de escadas e banquinhos; gavetas com trava de segurança nos deslizantes; prateleiras com alturas variáveis; luz interna ao abrir a porta e puxadores do tipo alça ou alavanca, evitando os arredondados.

Os armários do banheiro devem ficar sob o lavatório ou na lateral, permitindo área livre para movimentação das pernas no caso do uso de cadeira, banqueta ou cadeira de rodas e as prateleiras internas em material inquebrável e sem pontas.

Na cozinha, os armários não devem ser muito altos nem profundos, de preferência na altura do campo visual. Objetos mais leves e pouco utilizados devem ser guardados nos armários superiores. Os inferiores, tais como os do banheiro, devem ter área livre para movimentação das pernas no caso do uso de cadeira, banqueta ou cadeira de rodas.

As gavetas de fácil abertura, com trava de segurança e com divisões para talheres e porta facas. E os objetos de uso freqüente devem ficar em locais de fácil acesso e confortável.

A satisfação com a circulação sem dificuldades e bom uso funcional dos demais cômodos e mobiliários pode estar relacionada ao fato de nove entrevistadas residirem em apartamento, descritos em sua maioria como amplos, e pelo número reduzido de pessoas na casa, considerando-se que cinco moram sozinhas,

ocasionando o uso de poucos cômodos da casa, especialmente a sala e o quarto, e naturalmente o banheiro.

Acústica, Iluminação e ventilação

A satisfação quanto à *acústica* da casa, investigada na pesquisa, revelou a insatisfação de três das entrevistadas, que expressam em suas falas o descontentamento com a acústica residencial influenciada pelo barulho das ruas e edificações vizinhas.

Tem muito barulho, porque ele é de frente. Então o barulho é muito grande. Tem movimento intenso da rua, praça e carros. (AMDG, 69 anos)

Barulho da rua, antes era tranqüila. Agora é latido de cachorro, sirene de carro, vendedor de pamonha, manobrista. (NRDAC, 62 anos)

Não, pelo barulho da vizinhança, principalmente à noite, pois fica ao lado de um estacionamento de uma pizzaria. Já acostumei, mas não estou satisfeita. (CRG, 65 anos)

Fator relevante, ao considerarmos as alterações do envelhecimento, como a perda auditiva gradual, principalmente nas frequências altas (sons agudos), o que provoca redução na inteligibilidade da fala e desconforto acústico, podendo levar ao desinteresse e isolamento social, já discutido anteriormente.

A satisfação com a *iluminação* dos ambientes também é fator importante no envelhecimento uma vez que as alterações na acuidade visual podem dificultar a realização com independência das atividades do cotidiano.

Na pesquisa, duas entrevistadas relataram insatisfação neste aspecto, expressando descontentamento com a pouca iluminação natural em suas casas, criando um desconforto térmico, principalmente nos dias frios.

Estou ilhada, quase não bate sol também. (CRG, 65 anos)

Não muito, porque é andar baixo, então não bate sol. O problema do meu apartamento é bater pouco sol. Bate um pouco de sol só à tarde. E eu vim de um apartamento, que morei 30 anos, que era no 10º andar, e não tinha nada em volta, então tinha muito sol, calor. Então como eu saio muito, eu não sinto muito o inverno, mas a hora

que eu começar a ficar mais em casa, eu vou precisar de um apartamento mais quentinho. (AMDG, 69 anos)

Durante o dia a iluminação natural deve ser preferível, pois favorece a produção de hormônios responsáveis pelo bem-estar, como a melatonina, e garante um bom relacionamento com o ambiente, especialmente com os cômodos da casa de maior uso, como o quarto e a sala.

À noite também é preciso que haja boa iluminação, principalmente em mudanças de ambientes (interno e externo) como no trajeto do quarto ao banheiro, a fim de minimizar o risco de quedas. Importante ter abajur ou luminária de fácil uso e interruptor próximo à cama.

AMDG assinala o seguinte, confirmando a afirmação anterior:

À noite, eu não deixo o quarto totalmente escuro e o quarto ao lado eu deixo só com o vidro para entrar claridade, pois é justamente quando acontecem os problemas quando a gente se levanta para ir ao banheiro durante a noite. (AMDG, 69 anos)

A *ventilação* também é requisito para um bom desfrute do ambiente. Com o envelhecimento, as atividades e o metabolismo humano se alteram, diminuindo a quantidade de água nos órgãos e na pele, provocando uma sensação térmica mais baixa. Das entrevistadas, apenas uma relatou insatisfação. Entretanto as falas revelam descontentamento associado a desconforto térmico, já referido na questão anterior sobre iluminação.

Não. Queria que fosse mais quente. Apesar de ter aquecedor. (MSS, 71 anos)

Em relação à casa que eu moro, o ideal que eu penso é sair dela. Porque quando eu tiver mais velha, que eu vou ficar mais tempo em casa, no inverno, é muito frio, um frio danado. Então eu penso em sair dela para um apartamento mais ensolarado. (AMDG, 69 anos)

Se eu viver mais, a única coisa é aquecimento da casa, pois acho muito fria. O único inconveniente é o frio com a idade. (MCS, 74 anos)

A sensação de bem-estar e conforto em um ambiente está muito relacionada com as condições de umidade e temperatura do local. E tanto o frio excessivo quanto o calor, que provoca desidratação, devem ser evitados.

Medidas para a manutenção do conforto ambiental devem ser adotadas de acordo com as estações do ano e horários do dia, preferências e estados de saúde dos idosos. Como recursos têm-se os ventiladores de teto e de pé, ar condicionado, janelas com persianas internas ou venezianas móveis.

Privacidade e comodidade

Tranqüilidade, conforto, bem-estar, acessibilidade, visitabilidade, segurança e previsibilidade são alguns dos requisitos básicos que um ambiente deve oferecer. Permitir ao usuário circulação em todos os espaços e cômodos, a conservação de energia na realização de suas atividades, a interação social, proteção e privacidade.

A satisfação e bom usufruto dos ambientes indicaram unanimidade nas respostas ao considerarem sua casa dotada de condições adequadas para realizar as atividades diárias e sentir-se confortável.

E sentir-se confortável transcende o conforto físico que móveis e cômodos podem oferecer. O conforto é interior, emotivo e pessoal, construído nas relações afetivas com as suas “coisinhas”, sejam as lembranças, a decoração e a bagunça pessoal.

Rybczynski (2002) fala que não são referências históricas diluídas que faltam à casa das pessoas. O que se precisa é de uma sensação de domesticidade, uma sensação de privacidade, um ambiente aconchegante.

Aconchego não é arrumação, diz ele. Se fosse, todas as pessoas morariam em réplicas das casas estéreis e impessoais que aparecem nas revistas de arquitetura e decoração. O que falta a esses cômodos é qualquer vestígio de ocupação humana, falta a marca dos moradores.

A marca dos moradores que imprime a realidade, como os retratos da família, amigos, viagens, os objetos, a decoração pessoal, até jornais e revistas expostas no chão da sala, que permitem a sensação de bem-estar e ambiente familiar, expresso na voz de VCS (81 anos): *Tem uma paz tremenda. Gosto quando chego em casa. Sinto-me bem.*

A idéia de privacidade, segundo Rybczynski (2002), nasceu no Século XVII, a partir da necessidade de espaços em que os indivíduos pudessem ficar a sós, ter a sua liberdade e intimidade preservadas dentro de suas casas. Primeiramente, com a separação dos senhores e seus criados e em seguida da casa com o local de trabalho, surgindo a consciência de intimidade e privacidade e identificando a casa exclusivamente com a vida familiar.

A privacidade significa, então, ambiente de sossego e recanto, intimidade e vida íntima. Devido à configuração e estruturação arquitetônica com grandes edificações residenciais e comerciais, especialmente nas grandes cidades, essa privacidade começa a ser interrompida, modificada, privada.

As falas das entrevistadas explicitam a falta de privacidade, principalmente nas áreas de maior uso e intimidade como o quarto e a sala, requerendo alguns cuidados, mudanças de hábito e adaptações para preservarem a vida íntima em suas casas.

Não muito porque tem que ficar com as cortinas fechadas, por ser primeiro andar. Apesar do prédio da frente ser do outro lado da calçada, mas você não tem privacidade. Os dois quartos e a sala são de frente para a rua. E o outro dá para o jardim do outro prédio e a praça. [...] Até isso, no outro que eu morava era 10º e o da frente era só 8 andares, então não tinha nada. Você podia ficar até nua. (AMDG, 69 anos)

Sim, mas coloquei insulfilme no vidro das janelas do quarto do casal. (NRDAC, 62 anos)

Sim, mas necessito de mais atenção e cuidado com as janelas que dão acesso à rua e a outros apartamentos. (FMRC, 63 anos)

Modificações e adaptações

Modificar ou adaptar um ambiente deve significar facilidade, redução de riscos de acidentes que envolvam o meio e estímulo à autonomia e independência pessoal. Mas, fundamentalmente, respeito à individualidade, preferências e desejos do idoso, o que permite uma relação harmoniosa entre o usuário e o ambiente, sem constrangimentos e estigmas.

Na pesquisa, seis entrevistadas já realizaram modificações ou adaptações na casa e o banheiro foi o cômodo que recebeu maior atenção, especialmente a área do box, com a colocação das barras de apoio e tapetes antiderrapantes. No dormitório, adaptações ou modificações também foram realizadas, principalmente nas camas (altura) e nos armários de roupa, restringindo, às vezes, o uso à parte inferior do móvel.

As falas expressam o que mudaram:

Sim, quando eu comprei, praticamente derrubei tudo. Fiz uma reforma imensa, durante seis meses, antes de eu entrar para morar. Fiz uma adaptação na minha cama, tive que por uma madeira de 10 a 15 cm de altura na cabeceira, pois eu tenho problema de esôfago, refluxo. E o médico mandou, para que a cama fique um pouquinho inclinada. Todo mundo aumenta a cama embaixo pra circulação, mas a minha foi em cima. E coloquei um tablado¹¹ no banheiro, como se fosse um tapete antiderrapante. (AMDG, 69 anos)

Estava muito velha, eu fiz de novo a cozinha, troquei o piso, arrumei a banheiro – foi só o que estava velho que eu consertei e não conserto nunca mais. Pois, o que eu sofri com esses homens lá dentro de casa, pelo amor de Deus! [...] Uma velha idiota que não entende de nada, eles deitaram e rolaram. Eles ficaram lá nove meses, vinha um dia, faltava uma semana. Eles me consideraram uma idiota e eu pagava tudo direitinho. Então agora fica do jeito que estar. (JS, 79 anos)

Antes de mudar, retiramos os tapetes. A cozinha mais prática e os armários também. Tudo bem funcional. Os talheres separadinhos, lugar certo para microondas e a máquina. (MCS, 74 anos)

Modificamos a cozinha. A cama é mais alta. E no banheiro tiramos a banheira e fizemos um box. (MSS, 71 anos)

As razões para modificar ou adaptar o ambiente foram semelhantes, assim como os motivos para não fazê-lo. Uma entrevistada, residente em casa cedida, expressa descontentamento pela impossibilidade de realizar seus desejos de mudanças e melhorias da casa.

A única coisa que eu fiz foi arrumar o telhado do meu quarto, que estava com goteira, estava triste. Mas não tinha como modificar, pois arrumando do meu jeito, teria que fazer uma reforma geral. Mas, também porque não vou arrumar uma coisa que não é minha, embora quisesse fazer. (CRG, 65 anos)

*Não achava necessário.
(VCS, 81 anos; MM, 65 anos; DN, 71 anos)*

¹¹ Tablado de madeira com um monte de borrachinha embaixo que gruda no chão, como se fosse um tapete anti-derrapante.

Ou seja, as adaptações nas casas surgem das necessidades previstas ou factuais dos moradores. E a pesquisa expressa algumas dessas demandas que se confirma com dados de um estudo realizado pelo CEAPAT (Centro Estatal de Autonomia Personal y Ayudas Técnicas, Madrid/Espanha) comentado por Litch e Prado (2002), que elenca as modificações e adaptações mais freqüentes: adequação e reordenação geral dos espaços internos, equipamentos e materiais de acabamento nos banheiros e cozinhas; ampliação da largura de portas e corredores; estudo e implantação de alternativas para vencer os desníveis; colocação de corrimão nas escadas, rampas e corredores; modificações nas alturas das camas e alguns outros itens do mobiliário (armários e sofás, por exemplo); instalação de equipamentos de segurança e de comunicação; substituição de pisos executados com materiais escorregadios por pisos antiderrapantes.

Na questão sobre a *vontade de fazer alguma modificação ou adaptação em sua casa hoje*, cinco relataram que gostariam de realizá-la. Sendo que, além da funcionalidade e praticidade abordadas anteriormente, o conforto, o lazer e o prazer em ter a casa reformada aparecem nas falas, confirmando a relação de intimidade e bem-estar entre o indivíduo e seu ambiente, assim como a percepção de suas necessidades e desejos.

A colocação de barras de apoio no banheiro. (MSS, 71 anos)

Colocar as barras de apoio no banheiro. (MCS, 74 anos)

Queria reformar toda casa, modernizá-la. Tirava os azulejos. Modernizava total. (DN, 71 anos)

Eu iria falar com um arquiteto, uma pessoa especializada, se dava para fazer uma laje, tentar nivelar a casa, cobrir o corredor e fazer uma churrasqueira e um salãozinho. (CRG, 65 anos)

Sim, eu gostaria, pois como são três quartos e para a minha necessidade eu gostaria de derrubar uma parede e aumentar mais ainda a sala, pois como eu fico muito tempo na sala, onde eu vejo televisão, eu gostaria de fazer tipo um home theater para ficar tudo conjugado. E ficariam dois quartos, um eu uso pro computador e o outro eu durmo. [...] E a outra modificação, eu estou pensando em colocar uma barra no banheiro, comprei já um tablado de madeira, pois o piso fica liso. E sabão no piso do banheiro fica mais liso. E antes que, para evitar problemas, tenho vontade de colocar a barra, pois o tablado eu já comprei. Agora tenho vontade de colocar uma barra, pois acho que é útil. (AMDG, 69 anos)

As mudanças, porém, às vezes são evitadas pela satisfação com o ambiente atual, por comodismo ou conservadorismo, por questão econômica, mas principalmente pelo transtorno, desrespeito e falta de profissionalismo por parte dos responsáveis pela reforma. Os ambientes podem acabar se tornando inadequados e inseguros, levando os moradores a modificar comportamentos, como a restrição ou abandono de algum cômodo de sua casa.

Não. Sou muito conservadora. (VCS, 81 anos)

Não. Principalmente pelo transtorno de reforma e pelos homens que não cumprem direitinho. (JS, 79 anos)

Acessibilidade

Nas questões anteriores, constatou-se a satisfação e a boa relação das entrevistadas com os ambientes onde vivem, especificamente suas casas. A pergunta *se a sua casa é de fácil uso/acessível para si*, deu origem a respostas que confirmam, por unanimidade, a opinião positiva, como expressa a fala de JS (79 anos): *Sim. Por enquanto sim. Vamos esperar por quanto tempo.*

Este resultado se contrapõe aos dados de uma pesquisa realizada pelo Instituto Universitário de Estudos Europeus em Madri e Barcelona (1999), em que se constatou que 82% das moradias daquelas cidades apresentam barreiras arquitetônicas, sete mil pessoas anualmente são obrigadas a mudar de domicílio pela inadequação desses às suas necessidades, 78% dos edifícios não possuem elevador, 15% das pessoas jamais saem à rua e mais de 45% necessita de alguma ajuda para fazê-lo (LITCH; PRADO, 2002). Isto é, o ambiente construído não propicia a um significativo número de pessoas a participação na sociedade, restringindo-as aos espaços de suas casas.

Por outro lado, quanto à questão *se a sua casa era acessível para receber visitas* com necessidades específicas, sete responderam que não, devido a existência de barreiras físicas que dificultam ou impossibilitam o trânsito livre das visitas. O acesso ao ambiente (prédios de apartamentos e casa) requer desde a entrada ajuda de terceiros, sob pena de limitar-se apenas à garagem, dividindo o espaço com os veículos.

O desejável e correto seria que todas as entradas fossem acessíveis – social e serviço – permitindo a passagem de todos sem desviar as pessoas para um caminho alternativo. A rampa de tráfego de veículos até a garagem não deve ser aceita como solução de acesso para as pessoas com mobilidade reduzida.

No interior das casas, algumas barreiras, principalmente no banheiro, como o acesso ao box e a ausência de barras de apoio foram os limitadores referidos, bem como os tapetes, considerados como fatores de risco para quedas.

As falas apontam algumas das barreiras arquitetônicas nas casas das entrevistadas:

Já a entrada é pequena depois do elevador. E pra gente um dia... O box do banheiro também não é grande para uma cadeira de rodas. O resto da casa é tudo bem amplo. (MCS, 74 anos)

Não. Pois a entrada seria só pela garagem ou com ajuda dos funcionários da frente para levantar, pois na entrada social tem degraus. Mas tem gente de cadeira de rodas no prédio, que deve entrar pela garagem. E na minha casa entra fácil. (JS, 79 anos)

Porque o acesso ao prédio tem que ser pela garagem. A entrada social tem degrau. Mas dentro de casa não tem tapete. (MSS, 71 anos)

Por causa dos degraus, teria que ter ajuda. (CRG, 65 anos)

Não. Pois o acesso ao prédio, tanto a entrada social quanto a de serviço não são adaptadas para algumas condições por apresentarem degraus em seu acesso. Dentro de casa a dificuldade seria apenas na área de serviço por apresentar desnível (pequeno degrau). (FMRC, 63 anos)

A entrada social tem escada. O acesso seria pela garagem, onde tem rampa e o elevador. (MM, 65 anos)

De acordo com Prado (2003), acessibilidade é a garantia de usufruir todos os espaços de uma cidade, seja na comunidade ou em seu domicílio. O objetivo da acessibilidade é proporcionar a todos um ganho de autonomia e mobilidade, principalmente àquelas pessoas que têm sua mobilidade reduzida ou dificuldades de comunicação, para que possam beneficiar-se dos espaços e das relações com mais segurança, confiança e comodidade.

Em relação às barreiras, essa mesma autora expressa as suas conseqüências, o que justifica a reflexão sobre a importância dos ambientes serem acessíveis para todos, sejam idosos, crianças, gestantes, cadeirantes [...], pois no ciclo da vida, em

algum momento, fomos ou poderemos ser um desses indivíduos com características próprias, compondo a diversidade da sociedade.

Ambientes com barreiras intimidam as pessoas, inibem a expressão das habilidades e oferecem poucas oportunidades para o desenvolvimento de seus potenciais. (2003, p.20)

Se o crescimento da esperança de vida resulta do progresso humano e científico, traz também a inquietação com os elementos essenciais que possibilitam o viver mais, como por exemplo, a educação sobre e para a longevidade, as redes de apoio ao idoso, a saúde pública e as boas condições de acessibilidade dos espaços públicos e privados, como as casas, permitindo a todos o desenvolvimento de seus potenciais, de novas experiências e a participação na sociedade de forma ativa.

A fala da entrevistada AMDG é uma reflexão sobre seu ambiente familiar, a própria velhice e outras velhices.

Reflete o reconhecimento das necessidades e limitações impostas pelo processo de envelhecimento biológico e pelo ambiente - próprio e do outro - através de suas experiências como cuidadora e vivências pessoais.

A fala está dividida em partes: o eu, o outro e as experiências e vivências:

O eu

Não. Por eu ter vários tapetes. Nos tapetes bem grandes eu não tenho aderente, mas nos pequenos eu tenho, mas mesmo assim. Meu banheiro, também, o box abre pouco. A primeira coisa que uma amiga falou quando foi lá no meu apartamento, foi: _ E se você precisar de uma cadeira de rodas? E eu falei, aí meu Deus, eu estou acabando de comprar o apartamento, e você vem me falar de cadeira de rodas? ... Se eu precisar, vou ter que quebrar um box.

O outro

No meu prédio, também tem uma coisa ruim, pois só tem um elevador que desce até a garagem. Então quando está em reforma ou outra coisa, é um problema para quem desce na garagem com compras ou na cadeira de rodas. E tem muita pessoa de idade lá. [...] É uma coisa que estão pensando, de fazer outro elevador que desça até a garagem, pois para uma pessoa idosa subir um lance de escada da garagem até o térreo para pegar o outro elevador, não é fácil. Tem uma senhora lá, que agora está internada, mas que está com Alzheimer, mas quando ela caiu, era um horror, pois ela saía com cadeira de rodas para fazer fisioterapia, o táxi tinha que deixar

ela na rua para ela poder entrar no prédio. Pois, o elevador de serviço estava com problema.

As experiências e vivências

Eu cuidei da minha mãe por cinco anos, e tinha banheira, e então coitada, eu tinha que dar banho na minha mãe na área de serviço. Então eu arranquei a banheira, pois em dia frio era muito difícil. A banheira era linda, mas ela não podia usar. Mas agora eu esqueci que um dia eu vou ter problemas, e nem lembrei. O box terá que ser arrancado ou dar banho no meio do banheiro, pois o banheiro é grande. Dar banho fora do box. [...] Uma coisa que eu acho também importante, é que eu ajudei uma tia e ela tinha artrite e depois derrame. E um dia ela foi na minha casa e arrebentou a tampa da privada, pois ela não tinha força, por isso importante ter um apoio. Agora a gente ainda tem essa força, mas até quando? Ainda bem que a minha pia é bem do lado da privada, então dá para apoiar. Na verdade, não é bem uma pia, é uma bancada. Mas, tenho que colocar a barra, até meu gastro que falou, pois uma parenta dele foi se apoiar na saboneteira e caiu com tudo. (AMDG, 69 anos)

Outra questão observada nas falas é o distanciamento pessoal da condição de idoso, de ser e estar idoso. No entanto consideram a possibilidade, uma projeção de um dia, distante, poder ter limitações físicas temporárias ou definitivas. Pois o fato de serem idosas ativas e independentes e algumas morarem sozinhas, parece deslocar a percepção para além de si mesmas, para um espaço ocupado apenas pelo outro - o ser idoso é o outro.

Deixemos claro que, ser e estar idoso não significa impreterivelmente que se terá limitações físicas, sensoriais e cognitivas, mas que ao viver mais, teremos mais tempo de sujeição e exposição às ações fisiológicas e ambientais, que podem desencadear ou não incapacidade e dependência.

Considerando-se a explicação anterior, Mercadante (2005, p.30) complementa dizendo que,

A identidade de idoso se constrói pela contraposição à identidade de jovem e, conseqüentemente, tem-se também a contraposição das qualidades: atividade, produtividade, beleza, força, memória, etc., como características típicas presentes nos jovens e as qualidades opostas a estas últimas presentes nos idosos.

Jack Messy (1999) assinala a idéia, de que o “velho” é o “outro”, em que não nos reconhecemos. Ou seja, o “velho” é o “outro”, não sou “eu”. O ser velho tem, então,

a sua identidade definida em oposição ao outro, ao adulto e ao jovem produtivo. É a contraposição ao olhar e definição do outro, estabelecendo a definição e categorização estigmatizante de ser velho, pelo outro e pelo próprio velho, que explícita ou implicitamente utiliza tons opacos e adereços sombrios para decorar essa etapa da vida.

Decorar

Acabamento

O tempo e a velhice seriam sinônimos ou antagônicos? Com o tempo o corpo se transforma, torna-se fragilizado e enrugado. O tempo influencia no biológico, mas também no psicológico, social e econômico. E falar em tempo, na velhice, provoca argumentos que se concentram em *não há tempo. O tempo já passou, meu tempo já passou*. Não há mais projetos e sim a espera por um fim digno.

Segundo Mercadante (2005, p.32),

Nessa correlação entre tempo, corpo e as demais esferas da vida, a visão de um corpo imperfeito – “em declínio”, “enfraquecido”, “enrugado”, etc. – não avalia só o corpo, mas sugere imediatamente ampliar-se para além do corpo, sobre a personalidade, o papel social, econômico e cultural do idoso.

As projeções e as estatísticas indicam que a população idosa está em ascendência, conseqüentemente os anos a mais de vida também aumentam. Diante dessa expectativa, sugerimos que as entrevistadas fizessem uma projeção de vida, levando em consideração a relação envelhecimento e ambiente domiciliar com base no questionamento: *quais modificações seriam necessárias realizar em sua casa se vivessem até 110 anos*.

A idéia de tempo se projeta nas respostas das entrevistadas, sob a forma de negação de futuro, relação com a proximidade do fim da vida, e principalmente sua inter-relação com a dependência de terceiros, seja familiar, cuidador formal ou uma casa de repouso.

Acho ótimo morar sozinha, mas não sei se chegaria lá. Por isso, acho que estaria morando com outras pessoas. [...] O importante é manter a lucidez. Mas, mesmo com a lucidez você ficando com menos condições físicas, seria necessária ajuda de outra pessoa ou outras pessoas. (FMRC, 63 anos)

Não faria nada. Quando não puder mais dar conta de mim vou para uma casa. Tem a casa francesa da Sociedade Beneficente 14 de Julho que eu sou sócia e vou pra lá. Mas em casa não colocaria ninguém. Eu estou muito acostumada sozinha. (JS, 79 anos)

Mudaria de casa. Iria morar com minha filha em São Paulo mesmo, pois estaria mais dependente. (VCS, 81 anos)

Essa última fala aponta um dado intrigante, a individualização, que surge no contexto dos domicílios unipessoais e famílias monoparentais sob responsabilidade de idosos, contribuindo para a reflexão sobre a necessidade das redes de suporte às pessoas idosas independentes, já discutido anteriormente, e a importância de casas seguras que respeitem os desejos de escolha sobre sua vida e seu futuro: o morar só.

Emerge também em seus discursos a consciência de que limitações biológicas e dependência podem ocorrer em suas vidas, requerendo a ajuda de terceiros, e com ela um novo aprendizado: conviver com outras pessoas, seja em sua casa ou em instituição. São as novas aquisições, quem sabe ganhos que os anos a mais de vida exigem.

Em outras falas, ainda a idéia de tempo, agora impedindo que façam projeção e refletindo a permanência na crença de que tudo acontece ao seu tempo:

Só se eu não puder andar. Mas colocaria a barra no banheiro, aumentaria o vaso sanitário. Mas, não pretendo fazer, isso é só uma suposição. Pensar daqui a 30 anos é muita coisa. (MSS, 71 anos)

As coisas surgem de acordo com que os problemas vão surgindo. E algumas pessoas apresentam problemas e outras não. E ainda tem o momento em que o idoso não manda mais em si. (MM, 65 anos)

Eu não sei, acho que a gente vai mudando de acordo com as limitações. O tapete do corredor, já tirei. Era alto, ninguém tropeçou, mas melhor evitar. Já não uso a parte superior dos armários. Não troco mais lâmpadas. [...] Mas é difícil pensar daqui a 40 anos. Não tenho idéia. Minha mãe tinha uma cadeirinha de plástico no banheiro, acho que então seria a colocação desse banquinho no box, para facilitar no banho, lavar os pés sentada. Hoje a barra, tem mais valor psicológico, nem toco nela, às vezes. (NRDAC, 62 anos)

Mas que tempo é esse? Pensar hoje, daqui a 30 ou 40 anos, não significa pensar no inatingível ou inimaginável. A velocidade e a intensidade dos tempos se configuram nas ações, prazos, planejamentos - a vida. O tempo de amanhã, é hoje, e às vezes para ontem. Mas para as entrevistadas o tempo permanece inalterado, estável, representa o dia após dia, o tempo é hoje, amanhã será um novo dia, de novas vivências, descobertas, gostos e desgostos. Ação de acordo com as necessidades vigentes, nada de pensar nas possíveis.

A não projeção pode também revelar uma perspectiva um pouco mais otimista, ao preferirem esperar os fatos acontecerem, sem ações preventivas. Atitude que não pode ser confundida com negação da velhice ou não-perspectiva de futuro, mas como uma perspectiva mais positiva de uma velhice diferente de seus antecedentes ou simplesmente do “outro”.

Surge, então, uma reflexão e o alerta sobre a falta da educação para a longevidade, em uma sociedade que experimenta crescentes índices de expectativa de vida, mas encontra-se despreparada para envelhecer, receber e compreender as necessidades dos “novos” velhos, o que obriga a todos a pensar na própria velhice.

A casa ideal na velhice

O habitat, o nosso “canto”, ao mesmo tempo que é, para os mais velhos, o mundo que se não quer perder, símbolo de uma história num lugar, pode ser também o lugar dos riscos, sinal de desigualdades que marcaram o tempo e o espaço de uma vida.

Quaresma (2004, p.43)

Aproximando-se da realidade das entrevistadas – a velhice – questionamos, então, como seria a casa ideal para essa fase da vida. A dependência ocupou destaque novamente nessa discussão, assim como em outras que envolvam a questão do envelhecimento.

A dependência, na conceituação médica geriátrica, tem seu significado contrapondo a independência e a autonomia, associando principalmente velhice, doença e incapacidade.

No entanto, com o aumento de pessoas atingindo idades avançadas e, principalmente com qualidade de vida, o enfoque passa a ser a desmistificação da relação velhice e dependência, minimizando os efeitos estigmatizantes, e garantindo cuidados, apoios e ambientes com qualidade às pessoas idosas, bem como a manutenção da independência e acesso à informação e ao conhecimento dos recursos possíveis para se bastarem no cotidiano. Sem ignorar que as pessoas mais velhas, ao viverem mais, estarão ou não sujeitas à situações incapacitantes,

relacionadas ao próprio processo fisiológico ou, por acometimento de doenças crônicas e degenerativas, que independem do querer.

A casa ideal é um conjunto de elementos individuais e significativos que agrega a questão biológica e funcional de cada um e a questão prática do ambiente como segurança e acessibilidade, assim como, e fundamentalmente, os valores, a familiarização e as experiências construídas ao longo da vida, personificando-a.

“A casa é o corpo que colocamos sobre o nosso próprio corpo e conforme o nosso corpo envelhece, a casa também envelhece e assim como nosso corpo adoece, nossa casa adoece” (KING, 2002). A casa segue o ciclo de vida de seu dono, ou seja, a casa é a identidade de cada ser, e deve proporcionar segurança, bem-estar, conforto, afetividades em todas as etapas da vida.

Os desejos e as construções imaginárias da casa ideal para a velhice estão expressos nas falas:

Como eu tenho tão decidida que vou para uma casa de repouso, nunca pensei nisso. Mas seria uma casa térrea, com acesso ao jardim para poder tomar sol de cadeira de rodas. Sei lá. Bem cômoda, simples, simples, nada de luxo. Acessível. Portas grandes para ver a natureza e as flores. (JS, 79 anos)

Asilo não. Preferia ficar em minha casa e teria uma enfermeira cuidando de mim. E não precisaria ir para casa de ninguém. (VCS, 81 anos)

Escada não teria. Teria que ser elevador. Companhia daria certo, porque tem banheiro e quarto de empregada. Mas, eu não sei se o nosso fim vai ser em uma casa de saúde. É difícil prever, mas temos que estar preparadas. Mas acho que ter uma companhia seria melhor que ir para uma casa de saúde. Prefiro ficar em casa. (MCS, 74 anos)

Não tenho a menor idéia. Para falar a verdade não tenho mesmo a menor idéia. Só comecei a me preocupar depois do AVC, que a idade vai passando e as deficiências vão aparecendo. Hoje estou totalmente recuperada. (FMRC, 63 anos)

Com alguns robôs que realizassem todas as tarefas de casa, inclusive preparar as comidas. (risos) Na verdade, a gente precisa da ajuda das pessoas. (NRDAC, 62 anos)

Falas que encontram respaldo em Gihorn ([198-?], p. 214 citado por Carli (2004, p. 41),

Os idosos preferem se manter nas próprias casas, particularmente quando a opção é uma instituição para idosos. A maioria das pessoas acima de 75 anos prefere envelhecer no lugar em que já vivem e não perdem tempo pensando em casas futuras, eles geralmente preferem manter as coisas do jeito que estão.

Estimular e favorecer a manutenção da independência e autonomia na velhice não significa negar a ajuda de terceiros, mas perceber as limitações, as situações que exigem suporte efetivo de outros e aquelas em que a pessoa é capaz de resolver sozinha, mesmo com auxílio de recursos. Não significa “eu me basto”, visto que somos dependentes de outros desde a infância, mudando apenas o tipo e o grau de dependência.

Quaresma (2004, p.39) nos confirma com essa afirmativa:

A dependência constitui, assim, fundamento do sujeito e da coesão social, pelo que, neste sentido, ela é essencial e estruturante da história de vida, condicionando os capitais econômico, cultural, simbólico com que contamos na velhice. Se assim é, se a dependência é inerente à existência humana, atravessando todas as fases da vida, numa dialética permanente face a autonomia como afirmação de si, a necessidade de cuidados, de apoios, na velhice, não pode legitimar um conceito de dependência como atributo da velhice.

Significado da casa

Ah! Não há nada como ficar em casa para ter o verdadeiro conforto.

Jane Austen - EMMA

Falar da casa e de seu significado transcende as características físicas e estruturais. A casa contempla a singularidade dos indivíduos, as condições sócio-histórica, econômica e cultural, bem como a afetividade e as emoções que se perpetuam na relação complexa entre o homem e o ambiente, considerando-se ainda a individualidade e os desejos.

A casa agrega valores, sejam econômicos, sociais, afetivos e de saúde ao longo da vida, e conseqüentemente exerce influência na vida dos idosos.

A casa é tudo aquilo que “me proporciona”. É o aconchego, a autonomia, a segurança, o bem estar, o bem maior de suas vidas. É o “meu lugar”, qualificativo atribuído por Sawaia (1995) apenas àqueles locais que permitem relações mais duradouras, que são sentidos como o lugar de vida integral, ou seja, o lugar com sentimento de pertencimento.

Segundo as entrevistadas, a casa é:

Minha autonomia, meu sossego, meu bem-estar. É tudo, né! (AMDG, 69 anos)

Minha segurança. (VCS, 81 anos)

Aconchego, mesmo com todas essas coisinhas. Mesmo quando viajo, sinto falta da minha casa. (CRG, 65 anos)

Como é que eu vou dizer isso?! Não sei, acho que é que nem bichinho, é meu território. Aquilo lá é meu domínio. Tenho tudo que eu gosto, me sinto maravilhosamente bem lá dentro, tranquila. (JS, 79 anos)

Lar gostoso, harmonioso. (MSS, 71 anos)

Para mim é aconchegante, gosto demais de minha casa. Podia até sair mais, mas gosto de ficar em casa. Me sinto muito feliz. (MCS, 74 anos)

Meu cantinho que reflete a minha vida. Cada cantinho tem uma história. Tem mais coisas na parede do que móveis, representando fases de minha vida em São Paulo. É a minha cara. (FMRC, 63 anos)

Significa segurança, aconchego, porto seguro. Às vezes, saio de casa, fico agoniada e fico louca para voltar logo para casa. (NRDAC, 62 anos)

Significa um bem-estar, segurança. Dou muito valor, pois não tinha casa. Pois já morei em pensão e na casa dos outros, então eu super-valorizo. (MM, 65 anos)

É meu habitat. (DN, 71 anos)

O desempenho de cada casa, enquanto abrigo, é restrito à soma de algumas funções-objetivos: temperatura, umidade, iluminação, nível de intensidade sonora (SCHMID, 2005). Enfim, tudo aquilo que pode ser mensurável, divergindo dos valores não mensuráveis, expressos nas falas, como a harmonia, a liberdade, o bem-estar e o conforto. Significados pessoais, histórias de vida em cada cômodo e detalhe, laços afetivos e emocionais que não cabem em uma expressão numérica.

A casa constitui uma extensão de nossas emoções e sentimentos, expressa a vida de seus moradores, o aconchego e o afeto. Para Schmid (2005, p.127), “a casa, incluindo tudo o que diz respeito a ela, é um poderoso sistema de referência para cada pessoa”.

Referências e memórias alimentadas pelos sentidos e expressas a partir de sensações familiares: calores, sabores, texturas, sons, aromas, carregados de emoção e sentimento.

A velhice

A negação do futuro, a noção de um tempo que passa e, ao passar, implica na decadência do corpo e do espírito do velho, se colocam como qualidades negativas que socialmente são imputadas aos idosos, criando, assim, um modelo, uma identidade genérica de velho.

Mercadante (2005, p. 33)

A velhice, pautada na história de vida de cada um, com visões de mundo diversificadas, não pode ser simplificada, generalizada. O que temos são as velhices, representadas pela satisfação, experiência, autonomia, independência, etapa da vida, proximidade da morte, e pela própria negação da velhice.

Para Martin e Pastor citado por Paschoal (1996, p.27),

Não existe um consenso sobre o que se chama de velhice, porque as divisões cronológicas da vida humana não são absolutas e não correspondem sempre às etapas do processo de envelhecimento natural; os desvios se produzem em ambos os sentidos. Isto é, a velhice não é definível por simples cronologia, senão, pelas condições físicas, funcionais, mentais e de saúde das pessoas analisadas, o que equivale a afirmar que podem ser observadas diferentes idades biológicas e subjetivas em indivíduos com a mesma idade cronológica.

Para as entrevistadas, a velhice é:

Tempo de vida. A velhice seria o passar do tempo. Acumular de vivências. (FMRC, 63 anos)

Olha se continuar como estou atualmente, está ótimo. Mas, não sabemos se vamos ficar dependentes ou doentes, mas hoje está ótimo, seria o ideal. (CRG, 65 anos)

Velhice é um estado de espírito. Eu gostaria de ter saúde para continuar como estou. (DN, 71 anos)

É uma das etapas da vida. Eu não encaro como doença. [...] sou bastante agitada, realizo várias atividades, se não tem o que fazer, invento. [...] Não encaro mesmo com negativismo. Já que é inevitável, eu aproveito. Já tirei até a carteira de idoso para andar de ônibus. Meu médico diz que a maioria quer esconder a idade, e eu não, ainda quis a carteirinha. [...] Meu pai dizia que eu via o mundo com lentes cor de rosa, só via as coisas boas da vida. O lado positivo. (NRDAC, 62 anos)

Proximidade da morte. Encontro com a morte. O que não me atrapalha em nada, mas sabemos que é o final. (VCS, 81 anos)

É interessante pelo que você já viveu e adquiriu e agora poder usufruir de toda sua bagagem que você traz. Ser dona de seus atos, e por enquanto não ser dependente de ninguém. (AMDG, 69 anos)

Para mim é a pessoa não poder mais, é a perda da independência. Às vezes a pessoa tem independência econômica, mas precisa de ajuda dos filhos, passar procuração. (MM, 65 anos)

Na minha idade, antigamente já se considerava velho. Mas eu ainda não me considero. Pelo menos de espírito. Eu gosto muito de passear, viajar, ginástica, cinema. (MCS, 74 anos)

Por enquanto não significa nada. Eu só sei que tenho 79 anos quando me olho no espelho e não gosto nada do que vejo. Mas graças a Deus me sinto ótima, ainda dou aula, coisa que eu adoro. E claro que estou mais preguiçosa um pouco para sair à noite. Só saio se alguém vier me buscar. [...] Agora, eu vejo umas velhices que são dolorosas, mas a minha por enquanto [...] que bom poder falar isso, graças a Deus. [...] Daqui um ano você me pergunta, se eu estiver por aí, quem sabe eu respondo diferente. (JS, 79 anos)

Os discursos expressam visões positivas, como o acumular de vivências, visões negativas, como a dependência, assim como a negação da velhice e o não reconhecimento da própria velhice.

De acordo com Motta, citado por Tirado (2000, p.51), “os idosos reconhecem a velhice nas outras pessoas, mas não a própria velhice.” No entanto, a negação da velhice pode contribuir para alterar a percepção da realidade, dificultando, por um lado, detectar as reais necessidades e carências dos idosos e, por outro lado, limitar ou impedir uma possível contribuição social, baseada em suas experiências de vida e em suas memórias.

A negação é justificada, ainda, por terem boa saúde e serem independentes, o que contribui para não se considerarem idosos, pois, para muitos, ser idoso, seria sinônimo de doença, inutilidade.

Para Calado (2004, p.52),

Cada vez mais a expectativa para os idosos será possuir um cérebro com potencial de ação mental, ativo e eficiente. Isto para que a velhice seja um tempo de continuidade, ou de reconstrução de uma vida vivida com sentido e não de uma vida suportada, de uma vida consentida; seja um novo percurso na continuidade de ser pessoa e não apenas de ser indivíduo; seja enfim, uma oportunidade para continuar a protagonizar o processo da sua própria vida, abrindo o horizonte do possível e não perdendo, nunca, a auto-estima.

A responsabilidade dos profissionais, bem como da família e da sociedade, será a de proporcionar e viabilizar as correções e recursos necessários para que as futuras gerações de idosos possam viver melhor que as antecedentes, e possam eles próprios ser os agentes transformadores de seus projetos de vida. Para tanto, é preciso saber escutar o idoso.

E saber escutar, conforme Calado (2004, p.56), é “disponibilizar-se para ouvir, interpretar e compreender até o não dito, é a pedra de toque para conseguir diagnosticar as reais necessidades da pessoa em interlocução”.

Escutar a mensagem verbalizada e a mensagem viva das entrelinhas, dos gestos e posturas corporais, dos tons de voz, enfim, de tantas sutilezas que brotam do mais recôndito da nossa casa, esta sublime casa-corpo em que vivemos.

A Casa

Um modo genuíno de morar

A cidade, a rua, o prédio, a porta representam modelos de subjetividade enquanto portadores de história, desejos, carências e conflitos. Cada cidade, bairro, rua, até mesmo cada casa, tem um clima que não advém, exclusivamente, do planejamento urbano e da geografia, mas de encontro de identidades em processo – identidades de homens e espaços. Esse clima perpassa diferentes entidades: eu, corpo, espaço doméstico, etnia, arquitetura. Dessa forma, os espaços construídos formam discursos e manipulam impulsos cognitivos e afetivos próprios.

Sawaia (1995, p.21)

Qual a visão que os idosos têm de planejar o ambiente em relação à

longevidade? O ambiente domiciliar tem papel primordial no bem-estar, no conforto e na saúde durante todo curso de vida. No entanto, o que observamos são ambientes projetados para adultos jovens sem nenhuma limitação e a desconsideração das necessidades dos idosos, bem como das crianças, das pessoas muito altas ou baixas, das mulheres gestantes, das pessoas obesas e das pessoas com limitações sensoriais, cognitivas e físicas, como os que utilizam cadeira de rodas, bengalas, muletas e andadores, que também são usuários desses espaços.

Ao considerarmos, especificamente as pessoas idosas, algumas almejam viver a velhice em suas casas. Mas enquanto ao longo da vida sofrem alterações fisiológicas, biológicas e funcionais, a casa permanece praticamente inalterada, com poucas intervenções para a melhora ou manutenção de uma relação harmoniosa entre o ambiente e o usuário, agora envelhecido, agora idoso.

O corpo se transforma e ao lado das transformações orgânicas, anatômicas e estruturais, surgem limitações funcionais, requerendo sim, modificações práticas no ambiente que ofereçam acessibilidade, uso facilitado e prevenção de acidentes favorecendo a independência e a autonomia dos que nele residem. É o respeito à equidade dos direitos de participação de todos.

Na pesquisa, o conservadorismo, a projeção negativa de uma velhice dependente, a desconsideração da importância da prevenção, bem como a negação da própria velhice foram observadas como fatores limitantes que interferem na disposição de planejar o ambiente para a velhice, e resultam em poucas intervenções ou mudanças da própria casa.

As barreiras são reais e potencialmente perigosas aos idosos, independente de sua latência e quantidade, pois o corpo continua a envelhecer e a sofrer perdas. A diminuição das habilidades e agilidade, da força e da capacidade respiratória, o aumento do tempo de reação aos estímulos externos, o comprometimento dos sentidos, da atenção e memória influenciam o desempenho do idoso, e podem comprometer a relação do quarteto idoso, ambiente, conforto e atividade.

Nessa dinâmica, as representações e o significado social e afetivo da casa trazem implicações relevantes no desejo dos moradores de permanecerem em suas casas na velhice, fortalecendo a idéia de ambientes acessíveis, inclusivos, harmoniosos e prazerosos. Ambientes que permitam a participação ativa e vivência contínua de novas e diferentes situações e experiências.

A casa para as entrevistadas representa o maior bem conquistado ao longo da vida, um bem durável, o que implica no não desejo de mudar, permeado pelo sentimento de conquista, afetividade, bem-estar, privacidade, independência, autonomia e segurança.

Contudo, essa informação, bem como todos os resultados relevantes desta pesquisa, não pode ser generalizada a toda população idosa. População que tende a aumentar, independente da classe social e econômica. O estudo acabou contemplando um grupo privilegiado em termos de recursos, escolaridade, e, inclusive, de poucas limitações físicas e ambientais.

É indispensável conhecer também a realidade social das pessoas menos favorecidas, que ao adquirirem sua casa própria, se ocorre ou quando ocorre, tendem a não mudar, independentemente das condições e circunstâncias.

Nos anos a mais de vida também há ganhos, não somente perdas e déficits. Para a população de idosos, uma habitação condizente com suas necessidades representa

poder viver mais tempo, se possível, até o findar da vida, em sua casa, em seu aconchego.

A questão do envelhecimento, de “ser velho”, permeou as respostas das entrevistadas, mas a relação com o ambiente teve pouca representatividade, quando se trata de planejá-lo. Nas respostas à pergunta norteadora do estudo, observamos que as pessoas não planejam o seu ambiente para a velhice. As ações e medidas tomadas que caracterizamos como “curativas”, não têm caráter de intervenção preventiva, elas acontecem a partir dos acontecimentos e necessidades, à medida que vão surgindo e demandando soluções.

O não planejar pode estar associado a um fator crucial: a educação para a longevidade, o conhecimento de que a velhice é uma etapa normal, inevitável, irreversível e não uma doença ou simplesmente dependência. É importante e necessário sim, estarmos atento ao “outro”, mas principalmente se auto-conhecer, entendendo o seu corpo, suas transformações e necessidades, desmistificando a visão estereotipada e segregadora da velhice.

Nesse contexto, a proposta foi escutar o “outro”. O “outro”, ator principal deste estudo, é o ser idoso, que possibilitou compreender um pouco da complexa relação entre o ambiente domiciliar e o morador que envelhece, bem como a reflexão das entrevistadas sobre a própria velhice e seu ambiente familiar. Assim, mais que os requisitos físicos e funcionais que proporcionam independência, autonomia e permitem acessibilidade e fácil uso do ambiente, há que respeitar sua história de vida, intimidade, individualidade e privacidade, a fim de propiciar a permanência harmoniosa e confortável em sua casa, o não abandono de suas atividades, a continuidade das relações sociais e a concretização de seus desejos e escolhas individuais.

Por fim, acreditando na relevância deste estudo e que ele possa servir como referência nos planejamentos ambientais e em outros estudos, procuramos trazer uma contribuição para as políticas públicas e habitacionais que contemplem os projetos residenciais acessíveis e adaptáveis. Considerando as mudanças fisiológicas e funcionais do ser humano e as representações, vínculos e sentimentos do idoso com seu meio familiar, proporcionando ambientes que permitam uma

relação prazerosa e harmoniosa, independente da condição da moradia – unipessoal ou intergeracional – e em todas as fases da vida, contribuindo para o bem-estar e a permanência do idoso em sua casa, seu espaço afetivo.

Esboçando uma casa para a velhice sem o “tempero” dos moradores

Baseado nas normas da ABNT - NBR 9050 (2004) e nas autoras Perracini (2006); Barbosa (2006) e Barros (2000), elaborei este texto com o objetivo de pontuar algumas recomendações simples e importantes de adequação do ambiente, a partir do ponto de vista técnico, pois o “tempero” de cada ambiente só pode ser dado por seu ocupante. Portanto neste pequeno esboço de uma casa para a velhice, não está presente o que é fundamental para habitar o espaço: as referências afetivas, porque cabe a cada um construí-las.

Todo ambiente deve oferecer simplicidade, praticidade e ser funcional desde o acesso exterior à iluminação, os pisos, as portas, os desníveis, os degraus e as escadas, assim como os mobiliários contidos nele.

Iniciaremos com o acesso a casa, desde a calçada que deve ser plana, sem barreiras e degraus e com adequada iluminação noturna, permitindo segurança e boa visibilidade. E o piso deve ser áspero para evitar deslizamentos e ou depósito de limo.

Na entrada social da casa, caso apresente desníveis ou degraus, deve existir sempre uma rampa, evitando que o acesso de pessoas com mobilidade reduzida, cadeira de rodas e dispositivos de auxílio à marcha, e de carrinhos de bebê seja restrito à garagem ou área de serviço.

Entrando em casa

A área de circulação deve ser livre de móveis baixos e pontiagudos. Fios elétricos e de telefone soltos no chão constituem obstáculos para a locomoção, por isso devem ser embutidos ou optar por telefone sem-fio, garantindo a circulação por todos os cômodos da casa. Assim como, os tapetes e carpetes devem ser removidos, se não,

presos com móveis ou com antiderrapante e a cor deve ser contrastante entre piso, parede e porta.

Piso

As condições e o tipo de piso são importantes para o conforto, a deambulação e prevenção de quedas. Os pisos muito desenhados, estampados ou coloridos devem ser evitados porque dificultam a percepção de profundidade e provocam a sensação de volume. Importante o uso de piso cerâmico antiderrapante principalmente na cozinha, área de serviço, banheiros e áreas externas.

Iluminação e comunicação

Uma iluminação adequada associada ao contraste das cores e à ausência de ofuscamentos são fatores importantes para a visão e a identificação de objetos e obstáculos.

A iluminação natural, durante o dia, deve ser preferencial, pois a luz favorece a sensação de bem-estar e garante um bom relacionamento com o ambiente. A luz natural em suas diferentes tonalidades, de manhã, mais amarelada; ao meio dia, mais azul e à tarde, laranja, serve para situar o relógio biológico do organismo ao longo do dia e preparar-se para a ausência do sol com a chegada da noite.

Os lugares ocupados com maior frequência da casa, como quartos, sala e ambientes sociais devem ser bem iluminados, mas com controle da entrada de iluminação para não ocorrer incidência direta dos raios, evitando aquecimento do ambiente e a danificação de móveis e aparelhos.

Durante a noite, uma boa iluminação é fator imprescindível em um ambiente, principalmente em mudanças de ambientes (interno/externo), sendo importante a graduação da iluminação da área interna para a externa.

Os interruptores devem ser de fácil acesso e manuseio, localizados na entrada dos ambientes, próximos à porta, contrastando com a parede para maior visibilidade. E a altura em relação ao chão deve ser entre 80 e 100 cm.

Nos quartos, importante manter luminária ou abajur de fácil uso e manipulação e um interruptor próximo à cama, para evitar quedas à noite, principalmente no trajeto ao banheiro, responsáveis pela maioria dos acidentes com idosos. Segundo a SBOT/RJ citado por Barros (2000), o horário mais freqüente das lesões (46%) ocorre entre as 19:00 e as 6:00 horas.

Como requisito de segurança, importante a luz de emergência e luz noturna nos corredores, banheiros e cozinha, assim como um interfone dentro dos banheiros e cozinha.

E as tomadas devem ficar a uma altura entre 45 e 100 cm em relação ao chão, facilitando ao idoso alcançá-las sem necessidade de abaixar-se demais e desligar os aparelhos puxando pelo fio, o que pode causar acidentes por curto circuito.

Temperatura e Umidade

A sensação de bem-estar e conforto em um ambiente está muito relacionada com as condições de umidade e temperatura do local.

Alguns comportamentos comuns em idosos mais velhos, como curvar o corpo, diminuindo a área de exposição da pele; esfregar as mãos ou colocá-las nos bolsos; usar casacos ou roupas de lã quando aparentemente não é necessário, justifica-se pela maior dificuldade em se adaptar às variações de temperatura e de perceber que seu corpo está excessivamente frio ou quente (hipotermia ou a hipertermia, respectivamente). Pois, enquanto a pele de um adulto jovem e saudável é capaz de detectar uma queda de temperatura de até 0,5° C no ambiente, esta sensibilidade diminui gradativamente no idoso, de tal maneira que é possível que ele não perceba, por exemplo, uma queda de 5° C na temperatura.

E oferecer condições mínimas para que a temperatura do corpo se mantenha dentro de limites razoáveis se faz necessário para a execução das funções normais e manutenção da saúde. Pois, tanto o frio excessivo quanto o calor, que provoca desidratação devem ser evitados.

Medidas para a manutenção do conforto ambiental devem ser adotadas de acordo com as estações do ano e horários do dia, preferências e estado de saúde dos

idosos. Como recursos temos os ventiladores de teto e de pé, ar condicionado, janelas com persianas internas ou venezianas móveis.

A qualidade do ar com a purificação e a renovação, também devem ser considerados, realizando-se limpezas periódicas nos aparelhos de ar condicionado e evitando-se cortinas pesadas, principalmente no quarto, devido ao grande acúmulo de poeira e incidência de problemas respiratórios.

Acústica

A acústica e a qualidade sonora têm um forte impacto na caracterização de um lugar. Está associada à defesa contra ruídos, que trata da eliminação ou amortecimento dos sons indesejáveis, sejam de fontes internas ou externas e ao controle dos sons no recinto, que visa à melhora da comunicação sonora, preservando a inteligibilidade.

O envelhecimento provoca algumas alterações que interferem o conforto acústico, como a perda auditiva gradual e bastante considerável, principalmente nas frequências altas, correspondentes aos sons agudos, representando uma redução na inteligibilidade da fala, em maior grau nos homens do que nas mulheres.

Para proporcionar conforto acústico aos idosos, os ruídos indesejáveis devem ser eliminados, o que favorecerá o bem-estar em seus ambientes, melhora da inteligibilidade nas comunicações e prevenção do isolamento social.

A qualidade acústica dos ambientes favorece a comunicação e a socialização, mas sofre influência direta da dimensão e distribuição dos cômodos, dos materiais utilizados na construção e dos objetos de decoração. E a escolha dos materiais deve ser justificada pela busca de isolamento e da absorção sonora, melhora da redução de ruídos internos e qualidade da inteligibilidade.

Alguns cuidados devem ser tomados na escolha dos materiais, pois em geral, os lisos e duros tendem a aumentar o tempo de reverberação do som, ocasionando ecos, mesmo sutis, que contribuem para a diminuição da inteligibilidade. Os porosos, como madeiras, estofados, almofadas, cortinas são os mais indicados, mas lembrando que as cortinas e almofadas acumulam muita poeira.

Portas e janelas

As portas devem ter no mínimo 90 cm de largura, proporcionando um vão livre de 85 cm e no mínimo de 80 cm.

Preferencialmente, não devem abrir para a área de circulação, e sempre que necessário serem removidas. As portas do tipo vaivém e camarão não devem ser utilizadas. Os batentes devem ser arredondados e pintados com cores contrastantes com a parede, para favorecer a orientação da posição do corpo na vertical e os capachos devem ser embutidos e nivelados, de maneira que não excedam 1,5 cm da altura do piso.

As maçanetas devem ser em forma de alavanca e fácil preensão, com a chave para cima, sempre que possível, facilitando a visualização do segredo da porta. Importante evitar as maçanetas redondas.

As portas internas não devem ter trancas e no banheiro, devem ser preferencialmente corrediças, com fácil deslizamento ou abrir para fora, evitando a sua obstrução em uma eventual queda do idoso. As portas de entrada devem ser planejadas para garantir a privacidade, impedindo que ao abrir a porta, qualquer pessoa tenha acesso a todo aposento.

As janelas, com sistema de abertura sempre para dentro ou de correr, com manuseio confortável e seguro e, para controle da iluminação e ventilação fazer uso de persianas internas.

Escadas, degraus e rampas

As escadas devem obedecer algumas recomendações: a largura mínima admissível deve ser de 120 cm e os degraus devem ser antiderrapantes, acomodar bem os pés (entre 28 e 32 cm) e apresentar faixas contrastantes para facilitar sua visualização; a dimensão dos espelhos deve ser entre 16 e 18 cm e não devem ser vazados e o bocel não pode ter arestas, onde os pés podem se enganchar facilmente.

Os corrimãos devem acompanhar toda a extensão da escada dos dois lados com altura média de 80 cm e devem ser prolongados cerca de 30 cm nas extremidades e

patamar. Devem ser pintados com cores contrastantes em relação à parede. O diâmetro do corrimão de 3,0 a 4,5 cm e a empunhadura deve ser arredondada com um vão de no mínimo 4 cm em relação à parede. E a iluminação deve ser adequada e ter interruptores no topo e no fim da escada.

As rampas devem atender as seguintes exigências: os desníveis devem ser vencidos por rampas na área de circulação, quando superiores a 1,5 cm de altura, pois os idosos gastam mais energia ao se deslocarem, seja de forma independente ou com uso de dispositivo de auxílio à marcha. Devem existir áreas horizontais (patamares) no topo e no término da rampa, assim como nas mudanças de direção e uma de declividade máxima de 10%. A largura recomendada é de 150 cm, sendo admissível o mínimo de 120 cm.

Mobiliário

Cadeiras

Devem ter braços com altura entre 18 e 20,3 cm a partir do assento, proporcionando estabilidade e descanso apropriado para a coluna lombar. O assento deve ser firme, com altura entre 40 e 44 cm (para a maioria das pessoas) e com profundidade adequada, deixando livre a fossa poplíteia, o que possibilita melhor retorno venoso.

O encosto deve suportar os ombros e, se possível, permitir o apoio do pescoço, principalmente quando o móvel é utilizado pra descanso. O ângulo de abertura dos pés não deve exceder o do assento ou do encosto, evitando tropeços. Evitar cadeiras de plásticos pela instabilidade durante o ficar de pé e sentar. E as cadeiras de balanço devem ter uma base estável.

Sofás e poltronas

Sofás devem ser confortáveis, mas os assentos não devem ser muito macios. A altura média de 50 cm, fáceis de sentar e levantar com profundidade média 70 a 80 cm. Os braços firmes e preferencialmente de dois lugares, pois cada usuário terá pelo menos um apoio para braço. Indicação de uso de poltronas para leituras na sala e no quarto, assim como ajuda para calçar meias e sapatos.

Mesas e estantes

As mesas de refeição devem ter de 71 a 74 cm de altura. No uso de cadeira de rodas a altura que permite o acesso total deve ser entre 75 e 85 cm. A estrutura deve ser firme, pois em geral, os idosos utilizam as mesmas como apoio ao se levantar. As mesas de canto não devem ser do tipo pedestal, pois viram com o peso do corpo.

A altura confortável está na altura do cotovelo, permitindo o acesso e a visualização dos objetos. Os cantos devem ser arredondados e os pés não devem exceder o limite do tampo da mesa.

A mesa de apoio para telefone e abajur, próximo ao sofá, deve ter altura média de 60 cm, sem quinas vivas, evitando-se vidros ou materiais cortantes.

A estante, com prateleiras bem fixadas ao piso ou à parede, evitando-se objetos pesados e de vidro e, os aparelhos de som ou TV com controle remoto.

Armários e estantes

Os armários e estantes devem ser firmes e presos ao chão ou parede, e não ter muita profundidade. Os objetos devem estar localizados na altura dos olhos dos idosos e do alcance manual.

Cômodos

Quarto

A cama deve ter largura variável com altura de 45 a 50 cm incluindo o colchão que deve ter densidade adequada ao peso do usuário. É importante que a pessoa sentada na beirada da cama, apóie os pés no chão, evitando assim a hipotensão postural (tonteira). A cama deverá ter cabeceira que permita à pessoa recostar-se sem esforço. E para evitar a sensação de frio nos pés, deve-se usar sempre colcha ou cobertor preso ao pé da cama, tendo cuidado com as pontas soltas para não embolar, provocando quedas.

A mesa de cabeceira, com bordas arredondadas e altura cerca de 10 cm acima da cama. Sempre que possível fixada no chão ou na parede, evitando assim que se desloque caso a pessoa precise se apoiar nela ao levantar.

Os armários ou guarda-roupas com portas leves, de fácil acesso, arejadas e cabideiro baixo, evitando o uso de escadas e banquinhos; as gavetas com trava de segurança nos deslizantes; as prateleiras com alturas variáveis; os puxadores do tipo alça ou alavanca, evitando os arredondados e luz interna ao abrir a porta.

Em relação aos acessórios algumas recomendações: relógio digital com números grandes; suporte para copos de plástico ou metal; telefone e números de auxílio no criado mudo; lanterna na gaveta para emergências e controle remoto para TV e sistema de ar condicionado ou de aquecimento elétrico de acordo com o clima da região.

Banheiro e banho

O banheiro é o cômodo que merece maior atenção e destaque, principalmente por ser o local de maior incidência de quedas no domicílio. Considerando-se as alterações fisiológicas e funcionais do idoso, alguns requisitos são necessários: prevendo o uso e colocação de barras de apoio, as paredes devem ser de alvenaria com resistência suficiente para a fixação das barras por meio de buchas e parafusos.

O espaço interno do banheiro e do box deve permitir a circulação de duas pessoas, facilitando a ajuda do cuidador, se for o caso. A porta do box de material inquebrável, firme e com abertura para os dois lados (portas de correr), com largura suficiente para possível entrada de cadeira de rodas, possibilitando ainda, o manuseio dos controles de água estando fora do mesmo, para preparo da água na temperatura ideal, evitando queimaduras e alteração na pressão arterial (hipotensão).

Outros cuidados e recomendações quanto ao box são: largura mínima de 80 cm, com desnível máximo de 1,5 cm em relação ao piso do banheiro; com inclinação para o ralo, evitando o acúmulo de água em todo banheiro; piso antiderrapante (faixas ou tapetes com ventosas); assento para banho fixo com largura mínima de

45 cm e ideal de 70 cm e altura de 46 cm em relação ao piso; barras de apoio com alturas de 90 cm em relação ao piso e 80 cm de comprimento; chuveiro portátil; porta objetos fixo; torneiras de fácil manuseio – monocomando; tapete externo de borracha com ventosas e porta toalha bem próximo ao box com altura média de 100 cm.

O uso de banheira, recomenda-se apenas no caso de espaço para banheira e box e deverá ser provida de barras de segurança e ter os comandos para fora ou à distância.

Bacia sanitária: O vaso sanitário deve ter uma altura máxima de 46 cm com o assento, permitindo maior conforto ao sentar, com descarga simples – sem caixa acoplada, ou descarga por botão. Ducha higiênica manual altura média de 45 cm do piso; papeleira externa de fácil acesso com altura média de 45 cm do piso e barras de apoio com altura de 75 cm em relação ao chão e comprimento de 90 cm na lateral e fundo.

No caso de caixa acoplada, é importante o uso de barra nos fundos para evitar o uso da caixa como apoio ao se levantar.

Bancada e Pia: Altura da bancada deve ser entre 78 e 80 cm com vão livre de 73 cm que permita o uso por uma pessoa sentada. O sifão e a tubulação devem estar situados a no mínimo 25 cm da face externa frontal e ter dispositivo de proteção do tipo coluna suspensa ou similar.

As torneiras de fácil manuseio – ½ volta, alavanca, monocomando ou com célula fotoelétrica. A pia com ralo protetor e barras de apoio junto ao lavatório evitando que faça apoio diretamente na mesma; sabonete líquido com recipiente de manuseio fácil (pressão) e porta toalhas alto e próximo da bancada – 110 cm a 130 cm. As tomadas e interruptores altos, em área seca – 110 cm a 120 cm.

O espelho frontal iluminado com inclinação de 10°, permitindo o uso por pessoa sentada. Apoio de escovas, lâminas, tubos, remédios em material inquebrável.

Importante uso de lâmpadas de emergência para caso de falta de energia.

Armários: Os armários do banheiro devem ser sob o lavatório ou na lateral, permitindo área livre para movimentação das pernas no caso do uso de cadeira, banqueta ou cadeira de rodas e as prateleiras internas em material inquebrável e sem pontas.

Cozinha e área de serviço

Pia e bancada: A altura média da pia de 85 a 90 cm, com filtro protetor para evitar entupimentos e as torneiras de fácil manuseio – ½ volta, alavanca, monocomando, e com área livre sob a pia para ser usado por pessoa sentada. A bancada deve ser localizada próximo ao refrigerador e eletrodomésticos utilizados para a preparação final dos alimentos.

Os armários não muito altos e profundos, de preferência na altura do campo visual. Objetos mais leves e pouco utilizados devem ser guardados nos armários superiores e os armários inferiores com portas e com área livre para movimentação das pernas no caso do uso de cadeira, banqueta ou cadeira de rodas.

As gavetas de fácil abertura, com trava de segurança e com divisões para talheres e porta facas. E os objetos de uso freqüente devem ficar em locais de fácil acesso e confortável.

Fogão: Os botões de controle do fogão devem estar posicionados na parte frontal, com controles automáticos que fecham automaticamente o gás quando a chama se apaga, tanto nos queimadores quanto no forno. E devem ser contrastantes com o fundo facilitando a visualização de temperaturas e ajustes.

Os fornos devem ter as grades deslizantes, fixas nas laterais, trazendo o alimento para fora do forno que devem ser retiradas com uso de luvas térmicas e suportes fortes para pegar utensílios quentes, evitando queimaduras pela superfície e vapor quente.

Os controles de equipamentos embutidos devem ficar em local de fácil acesso, o aquecedor fora da cozinha e o bujão de gás fora da casa.

Geladeira com congelador: Manter limpa e funcionando, evitar colocar peso nas portas, observar umidade e preferir altura de prateleiras que permita o acesso sem precisar abaixar muito nem levantar muito os braços.

Carrinho de rodas e outros utensílios: O carrinho ajuda a mover utensílios e vasilhas da cozinha para outros ambientes evitando acidentes no trajeto. E o forno elétrico ou microondas deverão ser instalados em local de fácil acesso e permanecer desligados após o uso.

Tanque e tábua de passar: A altura adequada da tábua de passar roupa para ser utilizada estando a pessoa na posição sentada é de 75 cm e que seja de preferência fixa, evitando acidentes como tropeços ou esbarrões. O ferro com fio espiralado, com suporte fixo, controle automático de temperatura para evitar acidentes e as tomadas altas: 100 a 120 cm para a lavanderia.

Sala de jantar e estar

O ambiente deve ser livre de objetos e móveis baixos que possam trazer risco, como: banquetas, mesinhas muito baixas e tapetes soltos. As paredes devem ser de cores estimulantes e contrastantes com o mobiliário. A iluminação uniforme, contínua (vários pontos) e anti-ofuscante (lâmpadas leitosas, iluminação indireta) e três vezes mais forte que o normal, para compensar as dificuldades visuais.

Personalizar o ambiente com objetos pessoais, tais como fotografias de familiares, eventos significativos, viagens, elementos que tragam recordações e pertencimento, contribui para a manutenção da identidade, controle da situação e auto-estima do idoso.

Jardins e jardineiras

Prever equipamento adequado para utilização na posição sentada, permitindo assim ao idoso manter seus hábitos de lazer de forma confortável e segura.

O esboço técnico dessa casa não contempla as relações afetivas entre as pessoas e o meio, bem como com os objetos, os móveis, e demais pertences que constituem

uma casa. Sendo assim, o profissional, independente de sua área, ao “invadir” o ambiente do “outro”, deve considerar e respeitar sempre a relação intrínseca do homem e seu domínio, sua casa, seu lar...

Referências bibliográficas

ABNT NBR 9050: **Apresenta Norma Brasileira de Acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos**. Rio de Janeiro, 2004. [online]. Disponível em: <<http://www.mj.gov.br/sedh/ct/corde/dpdh/corde/ABNT/NBR9050-31052004.pdf>>. Acesso em: 5 mar. 2005.

AFFIUNE, A. Envelhecimento Cardiovascular. In: FREITAS, E.V. de et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p. 396-401.

BARBOSA, A.L.G.M. **Espaços edificados para o idoso**: condições de conforto. Disponível em: <<http://www.portaldoenvelhecimento.net/acervo/pforum/cidade.htm>>. Acesso em: 20 abr. 2006.

BARROS, C.F.M. **Casa Segura**: uma arquitetura para a maturidade. Rio de Janeiro: Papel Virtual, 2000.

BILTON, T.L.; COUTO, E.A.B. Fonoaudiologia na Gerontologia. In: FREITAS, E.V. de et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p. 1170- 1188.

CALADO, D.F. Velhice – Solidão ou vida com sentido? In: QUARESMA, M.L. et al. **O sentido das idades da vida**. Lisboa: CESDET, 2004.

CANÇADO, F.A.X.; HORTA, M.L. Envelhecimento Cerebral. In: FREITAS, E.V. de et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p. 194 – 211.

CARLI, S.M.M.P. **Habitação adaptável ao idoso: um método para projetos residenciais**. 2004. Tese (Doutorado em Arquitetura) - Faculdade de Arquitetura e Urbanismo da Universidade de São Paulo, São Paulo.

CARVALHO, F.J.W. Envelhecimento do Aparelho Urinário. In: FREITAS, E.V. de et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p. 690-694.

CUNHA, A.G. **Dicionário Etimológico**: Nova Fronteira da Língua Portuguesa. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2001.

DAMÁSIO, A.R. **O erro de Descartes**. São Paulo: Companhia das Letras, 1996.

FERREIRA, A.B.H. **Mini Aurélio**: o minidicionário da língua portuguesa, séc. XXI. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2000.

FERRIOLLI, E.; MORIGUTI, J.C.; LIMA, N.K.C. Envelhecimento do Aparelho Digestório. In: FREITAS, E.V. de et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p. 636-640.

FOX, P.L. Environmental modifications in the homes of elderly Canadians with disabilities. **Disabil Rehabil**, 17(1):43-9, 1995.

GEERTZ, C. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: LTC Editora, 1989.

GORZONI, M.L.; RUSSO, M.R. Envelhecimento Respiratório. In: FREITAS, E.V. de et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p. 596-599.

HASSELKUS, B.R. Discapacidad funcional em ancianos. In: Hopkins HL, Smith HD. **Terapia Ocupacional**. Espana: Panamericana, 1998. p.742-752.

HERLIHY, B.; MEBIUS, N.K. **Anatomia e Fisiologia do Corpo Humano Saudável e Enfermo**. Barueri-SP: Manole, 2002. 555p.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Perfil dos Idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil. Rio de Janeiro, 2002. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/perfilidoso/perfilidosos2000.pdf>>. Acesso em: 15 fev. 2006.

IWARSSON, S.; ISACSSON, A. Quality of life in the elderly population: an example exploring interrelationships among subjective well-being, ADL dependence, and housing accessibility. **Arch. Gerontol. Geriatr.**, 26: 71-83, 1997.

KALACHE, A. Future Prospects for Geriatric Medicine in Developing Countries. In: Tallis RC, Fillit, HM, Blocklehurst JC (eds). **Blocklehurst's Textbook of Geriatric Medicine and Gerontology**, London: Churchill Livingstone, 5. ed., p. 1513-1520, 1998.

LANÇA, M.A. **Asma**. 2006a. Disponível em: <<http://www.abcdasaude.com.br/artigo.php?38>>. Acesso em: 05 fev. 2007.

LANÇA, M.A. **Alergia Respiratória**. 2006b. Disponível em: <<http://www.abcdasaude.com.br/artigo.php?18>>. Acesso em: 05 fev. 2007.

LESSING, D.M. **O diário de uma boa vizinha**. Rio de Janeiro: Record, 1984.

LIBERMAN, S. Envelhecimento do Sistema Endócrino. In: FREITAS, E.V. de et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p. 758-765.

LICHT, F.B. **Visitabilidade**: a acessibilidade ampliada. Publicação em 21 abr. 2004. Disponível em: <<http://www.iab-rs.org.br/colunas/artigo.php?art=94>>. Acesso em: 12 fev. 2006.

LICHT, F.B.; PRADO, A.R.A. **Idosos, cidade e moradia**: acolhimento ou confinamento? Rev Kairós, São Paulo, 5(2): 67-80, dez. 2002.

MACIEL, A.C. Incontinência Urinária. In: FREITAS, E.V. de et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p. 723-732.

MENDES, F.R.C. **Capacidade funcional e acessibilidade do ambiente domiciliar de idosos atendidos em um programa de assistência domiciliária ao idoso**. 2005a. Disponível em: <<http://www.portaldoenvelhecimento.net/artigos/artigo665.htm>>. Acesso em: 15 fev. 2006.

_____. **Da infância à velhice**: É necessário planejar o ambiente. 2005b. Disponível em: <<http://www.portaldoenvelhecimento.net/artigos/artigo627.htm>>. Acesso em: 15 fev. 2006.

MERCADANTE, E.F. Velhice: uma questão complexa. In: CORTÊ, B.; MERCADANTE, E.F.; ARCURI, I. **Velhice, envelhecimento, complex(idade)**. São Paulo: Vetor, 2005.

MESSY, J. **A pessoa idosa não existe**: uma abordagem psicanalítica da velhice. São Paulo: ALEPH; 1999.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento** – pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo-Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 2000.

MULLER, J.H. **Sinusite**. 2006. Disponível em: <<http://www.abcdasaude.com.br/artigo.php?398>>. Acesso em: 05 fev. 2007

NERI, A.L. **Palavras em Gerontologia**. Campinas: Alínea, 2001.

OLIVEIRA, P.S. (org) Caminhos de construção da pesquisa em Ciências Humanas". In: _____. **Metodologia das Ciências Humanas**. São Paulo: HUTEC, 2001.

PASCHOAL, S.M.P. Epidemiologia do envelhecimento. In: PAPALÉO NETTO, Matheus. **Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada**. São Paulo: Atheneu, 1996. 524p. cap.3, p.26-43.

PAVARINI, S.C.I.; NERI, A.L. Compreendendo dependência, independência e autonomia no contexto domiciliar: conceitos, atitudes e comportamentos. In: DUARTE, Y.A.O.; DIOGO, M.J.D.'E. **Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico**. São Paulo: Atheneu, 2000. p.62-63.

PERRACINI, M. Planejamento e adaptação do ambiente para pessoas idosas. In: FREITAS, E.V. de et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p.1142-1151.

_____. Planejamento e adaptação do ambiente para pessoas idosas. In: FREITAS, E.V. de et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p.798-807.

PRADO, A.R.L. **A Cidade e o Idoso: um estudo da questão de acessibilidade nos bairros Jardim de Abril e Jardim do Lago do município de São Paulo**. 2003. Dissertação (Mestrado em Gerontologia) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.

QUARESMA, M.L. Interrogar a dependência. In: QUARESMA, M.L. et al. **O sentido das idades da vida**. Lisboa: CESDET, 2004

ROSE RED: A casa adormecida. Direção: Stephen King. Intérpretes: Nancy Travis e outros. Warner Home Vídeo, 2002. Legendas em Inglês, Espanhol, Português, Japonês, Tailandês, Chinês, Coreano. 1DVD vídeo (250 min), colorido.

ROSSI, E.; SADER, C.S. Envelhecimento do Sistema Osteoarticular. In: FREITAS, E.V. de et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p. 792- 797.

RYBCZYNSKI, W. **Casa: pequena história de uma idéia**. Rio de Janeiro: Record, 2002

SAWAIA, B.B. O calor do lugar: segregação urbana e identidade. **São Paulo em perspectiva**, São Paulo, 9(2): 20-24, 1995.

SCHMID, A.L. **A idéia de conforto**: reflexões sobre o ambiente construído. Curitiba: Pacto Ambiental, 2005; 338 p.

TIRADO, M.G.A. **A percepção dos idosos sobre envelhecimento e independência: um estudo qualitativo no município de Belo Horizonte**. 2000. 126p. Tese (Doutorado em Demografia] - UFMG/CEDEPLAR, Belo Horizonte.

TUAN, YI-FU. **Espaço e Lugar**: a perspectiva da experiência. São Paulo: DIFEL, 1983, 250 p.

TUAN, YI-FU. **Topofilia**: um estudo da percepção, atitudes e valores do meio ambiente. São Paulo: DIFEL, 1980, 288 p.

VEIGA, A.M.V. Imunidade e Envelhecimento. In: FREITAS, E.V. de et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p. 846-855.

VIUDE, L.L.M.A. Aspectos Fonoaudiológicos do Envelhecimento. In: PAPALÉO NETTO, M. **Gerontologia**: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada. São Paulo: Atheneu, 1996. p.284-296.

Bibliografia consultada

A CASA AMALDIÇOADA: The haunting.. Intérpretes: Liam Neeson, Catherine Zeta Jones, Owen Wilson, lili Taylor. Paramount Pictures, 2002. Legendas em Inglês, Espanhol, Português, Cantonês. 1DVD vídeo (103 min), colorido.

CAMBIAGHI, S.S. **Um espaço adequado ao idoso**. Disponível em: <<http://www.portaldoenvelhecimento.net/acervo/pforum/cidade.htm>>. Acesso em: 20 abr. 2006.

CAMISÃO, V. **Manual para acessibilidade aos prédios residenciais da cidade do Rio de Janeiro**. Rio de Janeiro: PMRJ/FUNLAR/CVI Rio/IBAM, 2003.

CAMPOS, R.H.F. (org). **Psicologia Social Comunitária**: da solidariedade à autonomia. Petrópolis, RJ: Editora Vozes, 2003.

Cepam desenvolve projeto de Habitação Popular Acessível. Disponível em: <http://www.cepam.sp.gov.br/v11/noticias/index_resposta.asp?varcod=5661&vartipo=noticias>. Acesso em 01 mar 2007.

CORTÊ, B.; MERCADANTE, E.; ARCURI, I. **Envelhecimento e Velhice: Um guia para a vida**. São Paulo: Vetor, 2006.

BRASIL. Decreto nº 5.296 de 2 de dezembro de 2004. Estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 2 dez.2004. Disponível em: <http://www.trt02.gov.br/geral/tribunal2/Legis/Decreto/5296_04.html>. Acesso em: 28 nov. 2006.

DOMINGUES, M.A.; DERNTL, A.M.; OURIQUE, S.A.M. Fonoaudiologia em Geriatria: Identificando o Universo do Idoso. **Fono Atual**, São Paulo, 20:21-28, 2002.

GITLIN, L.N. Conduction Research on Home Environments: lessons learned and new directions. **The Gerontologist**, 43 (5): 628-637, 2003.

GUSMÃO, N.M.M (org). **Infância e velhice: pesquisa de idéias**. Campinas, SP: Editora Alínea, 2003.

ILUMINAÇÃO: tem de ser “peneirada”. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 13 ago. 2006. Classificados: Construção e decoração, p. 1-2.

LIMA, M.A.X.C. **O fazer institucionalizado: o cotidiano do asilamento**. 2005. Dissertação (Mestrado em Gerontologia) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.

LOUREIRO, E.G. **Assistência Domiciliar: a atuação do profissional de enfermagem na interação com o idoso portador de enfermagem crônica**. 2005. Dissertação (Mestrado em Gerontologia) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo.

MEIRA, E.D.; REIS, A.A. et al. **Risco de quedas no ambiente domiciliar de idosos**. Disponível em: <http://www.unati.uerj.br/tse/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-59282005000300006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 10 mai. 2006.

RAMOS, L.R.et al. Perfil do idoso em área metropolitana na região sudeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar. **Rev Saúde Pública**, 27(2):87-94, 1993.

RIBAS, V.G.; ELY, V.H.M.B. **Parâmetros de projeto para moradia tutelada da terceira idade**. Disponível em: <http://www.design.ufpr.br/lai/Publicacoes/Artigos/P&D_2002_Parametros_de_projeto_para_residencia_3_Idade.pdf>. Acesso em: 10 mai. 2006.

RODIGUEZ, J.G.; BAUGHMAN, A.L.; SATTIN, R.W. et al. A standardized instrument to assess hazard for fall in the home of older persons. **Accid Anal and Prev**, 27(5): 625-31, 1995.

SANTOS, R.C. **Engenheiro pede atenção à falta de tomadas para tantos eletrodomésticos.** Disponível em: <http://www.unicamp.br/unicamp/unicamp_hoje/ju/agosto2006/ju332pag8a.html>. Acesso em: 11 ago. 2006.

SUMSION, T. **Prática baseada no cliente na Terapia Ocupacional:** guia para implementação. São Paulo: Roca, 2003.

WAGNER, M.B.; MOTTA, V.T.; DORNELLES, C. **SPSS passo a passo:** statistical package for the social sciences. Caxias do Sul: Educs, 2004.

Apêndices

APÊNDICE A: Roteiro de entrevista

QUESTIONÁRIO

Número do questionário _____

DATA DA ENTREVISTA ____/____/____

Início _____hs

Término _____hs

1. Dados sócio-econômico-demográfico

1. 01. Nome completo: _____

1.02. Data de nascimento ____/____/____ 1.03. Idade (anos completos) _____

1.04. Sexo:

1	Feminino	
2	Masculino	

1.05. País de Nascimento:

1	Brasil	
2		
3		

1.06. Se é brasileiro:

1	São Paulo	
2		
3		

Outro Estado de Nascimento: _____

1.07. Estado Civil:

1	Solteiro	
2	Casado/vive junto	
3	Separado/divorciado	
4	Viúvo	

1.08. Qual sua religião?

1	Não tem	
2	Católico	
3	Evangélica	
4	Espírita	
5	Judaica	
6	Budista	
7	Islâmica	
8	Outra	

1.09. Qual a sua cor?

1	Branca	
2	Preta	
3	Parda	
4	Amarela	
5	Indígena	

1.10. Qual sua escolaridade?

1	Analfabeto	
2	Sabe ler/escrever ou primário incompleto	
3	Primário completo	
4	Ginásio/1º grau	
5	Colegial/ 2º grau	
6	Curso Superior/Graduação	
7	Pós-graduação	
8	Outro	

1.11. Profissão: _____

1.12. Atividade Ocupacional Anterior: _____

1.13. Atividade Ocupacional Atual: _____

1.14 Renda pessoal. R\$/mês: _____

1.141. A sua renda /mês é suficiente para suprir suas necessidades pessoais?

1	Sim	
2	Não	

1.142. O sr(a) tem ajuda financeira de terceiros?

1	Sim	
2	Não	

Se sim, de quem? _____

2) AMBIENTAIS

2.1. Descreva a casa onde o sr. (a) mora:

2.2. Com quem o sr (a) mora?

2.3. A casa onde o Sr.(a) mora é:

1	Própria	
2	Alugada	
3	Cedida	
4	Outros	

2.4. Tipo de moradia

1	Casa térrea	
2	Casa com mais de 1 pavimento	
3	Apartamento	
4	Sobrado	
5	Outro	

2.5. Tempo de moradia _____

2.6. O Sr. (a) tem vontade de mudar de casa?

1	Sim	
2	Não	

Por quê?

PARA USO DO ENTREVISTADOR APENAS (AUXÍLIO)

1	Para ter mais segurança	
2	Mudança de cidade	
3	Aquisição da casa própria	
4	Por questões econômicas/financeiras	
5	Dificuldade no uso da casa atual. *	
6	Para ter mais conforto **	
7	Porque a atual é muito grande	
8	Porque a atual é muito pequena	
9	Porque não gosto do bairro	
10	Porque não gosto da casa	
11	Para ficar mais perto dos familiares	
12	Outro***	

* Que tipo de dificuldade? _____

** Que tipo de conforto? _____

*** Outro motivo: _____

3) FUNCIONAIS

3.1. O (A) Sr.(a) tem alguma dificuldade em sua casa:

	Sim		Não		Se sim, que tipo de dificuldade o Sr.(a) tem?
No acesso à sua casa	1		2		
Em se locomover dentro de casa	1		2		
Ao usar o banheiro	1		2		
Em freqüentar a sala de jantar, estar ou de TV	1		2		
No uso do quarto	1		2		
No uso da cozinha	1		2		
No uso da área de serviço	1		2		
Ao usar algum móvel/ mobiliário	1		2		
Em manipular (abrir/fechar) as portas e janelas	1		2		
Ao usar escadas	1		2		
Em freqüentar o quintal	1		2		
Em freqüentar o jardim/terraço/varanda	1		2		

3.2. O Sr.(a) está satisfeito na sua casa com a:

	Sim		Não	
Iluminação	1		2	
Ventilação	1		2	
Acústica	1		2	

Por quê?

3.3. O Sr. (a) considera a sua casa com condições adequadas para realizar as suas atividades no seu dia-a-dia?

1	Sim	
2	Não	

Por quê?

3.4. O Sr. (a) deixou de freqüentar algum cômodo/espacos de sua casa?

1	Sim	
2	Não	

3.4a. Se sim, qual cômodo o Sr. (a) deixou de freqüentar?

1	Quarto	
2	Cozinha	
3	Banheiro	
4	Sala	
5	Área de serviço	
6	Quintal	

Por quê?

3.5. O Sr. (a) já realizou alguma modificação ou adaptação na sua casa para facilitar seu uso?

1	Sim	
2	Não	

3.5a. Se não, não fez por quê?

1	Não teve recursos financeiros, embora quisesse fazer.	
2	Não acha necessário.	

3.5b. O Sr. (a) tem vontade de fazer alguma modificação ou adaptação na sua casa, hoje?

1	Sim	
2	Não	

Por quê?

3.6. O Sr. (a) se sente confortável em sua casa?

1	Sim	
2	Não	

Por quê?

3.7. A sua casa lhe proporciona privacidade?

1	Sim	
2	Não	

Por quê?

3.8. Se o Sr. (a) vivesse até 110 anos, quais modificações o Sr. (a) acha que deveria fazer em sua casa?

Por quê?

3.9. O Sr. (a) acha que a sua casa é de fácil uso/acessível para si?

1	Sim	
2	Não	

Por quê?

3.10. O Sr. (a) acha que a sua casa é acessível para receber visitas em cadeira de rodas, gestantes, usuários de bengala ou andador e crianças em carrinho de bebê?

1	Sim	
2	Não	

Por quê?

3.11. O que a sua casa significa para o Sr.(a)?

3.12. Como seria a casa ideal para sua velhice?

3.13. O que é velhice para o sr (a)?

3.14. O sr (a) considera a sua casa adequada para viver o resto da sua vida?

1	Sim	
2	Não	

4) CLÍNICAS

4.1. O (a) Sr.(a) apresenta algum doença/problema de saúde nos sistemas:

	Sim		Não		Se sim, quais?
Sistema Nervoso *Parkinson, Esclerose Múltipla, Alzheimer, Def. de memória.	1		2		
Físico muscular ou relacionado ao esqueleto/ossatura. *Osteoporose, Artrose, AR	1		2		
Digestório *Úlcera, Gastrite.	1		2		
Cardíaco ou vascular *Hipertensão, varizes, AVC.	1		2		
Respiratório. *DPOC, Asma, Pneumonia, Sinusite, Renite, Faringite, Amigdalite, laringite	1		2		
Endócrino/metabólico* Diabetes, obesidades, doenças da tireóide.	1		2		
Genito-urinário. *Insuficiência Renal, Cistite, Incontinência.	1		2		
Outros	1		2		

4.2. O Sr.(a) apresenta algum problema ou perda da:

	Sim		Não	
Visão	1		2	
Audição	1		2	
Tato	1		2	
Olfato	1		2	
Paladar	1		2	
Equilíbrio	1		2	

4.3. Alguns desses problemas ou perdas dificultam suas atividades diárias (cotidiano)?

1	Sim	
2	Não	

Como?

***Endereço:

Rua: _____

Bairro: _____

Cidade: _____ Estado: _____ CEP: _____ Telefones: _____

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

Prezado Sr (a), _____

Solicito o seu consentimento para participar da pesquisa cujo nome é: AMBIENTE DOMICILIAR X LONGEVIDADE: Pequena história de uma casa para a velhice*, que está sendo realizada para obtenção de título de mestre em Gerontologia Social pelo Programa de Estudos Pós-Graduados em Gerontologia da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP).

As informações de seus dados gerais, necessárias para o preenchimento dos questionários, serão obtidas através do (a) senhor (a). Todas essas informações são absolutamente sigilosas, serão mantidas comigo e seu nome jamais será mencionado na divulgação dos resultados da pesquisa.

A sua participação é absolutamente voluntária, podendo desistir de participar do estudo e solicitar a suspensão do seu consentimento mesmo após ter sido realizada a entrevista.

Agradeço-lhe atenção e deixo o meu telefone para contato.

FARAH REJENNE CORRÊA MENDES

Pesquisadora.

São Paulo, __/ __/ __

Consentimento do entrevistado _____

* Título inicial.

Telefones para contato: (11) 3826-6927 ou (11) 8163-6272

Email: farahrejenne@yahoo.com.br

Anexo

ANEXO A: Aprovação do comitê

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
Programa de Estudos Pós-Graduados em Gerontologia

**Parecer Sobre Aspectos Éticos em Pesquisa em Seres
Humanos**
**TÍTULO DA PESQUISA: AMBIENTE DOMICILIAR X
LONGEVIDADE:**

Pequena história de uma casa para a velhice

RESUMO DA PESQUISA: (transcrito) **“INTRODUÇÃO:** O processo do envelhecimento tornou-se objeto de várias pesquisas no mundo. No Brasil, tem deixado de ser apenas uma preocupação da saúde e sócio-econômica, tornando-se uma preocupação de várias áreas da ciência pelas necessidades e exigências do mundo que envelhece, considerando-se o meio em que vivem, seja o espaço público ou seu domicílio. Pesquisas demonstram que o ambiente domiciliar agrega valores econômicos, sociais e de saúde ao longo da vida, e exerce uma influência na vida dos idosos. O foco dessa pesquisa é o ambiente domiciliar, buscando uma reflexão sobre a influência desse na vida do idoso, considerando-se as necessidades relacionadas aos fatores biológicos, psicológicos, sociais e ambientais, sem desmerecer nenhum desses, na construção da relação meio/sujeito e na realização de projetos de intervenções no meio construído por qualquer área da ciência. **OBJETIVOS:** Investigar a percepção de idosos da comunidade sobre a necessidade de planejar o ambiente domiciliar em relação à longevidade; Investigar na literatura existente a relação entre longevidade e o ambiente domiciliar; Identificar os aspectos físicos da casa, os afetivos/emocionais e sociais que envolvem a relação sujeito x ambiente; Contribuir para a formulação de políticas habitacionais, que levem em conta o conforto do ambiente domiciliar para o idoso. **HIPÓTESES:** A negação da velhice contribui para a não aceitação de um ambiente “adaptado e acessível” em relação à longevidade; A aceitação do ambiente “adaptado e acessível” é pensado e muito bem visto em relação à criança como uma questão de segurança; em relação ao adolescente e adulto em conforto e comodidade, e em relação ao idoso é pensado apenas em dependência. **METODOLOGIA:** A pesquisa será constituída de duas fases, a primeira será um levantamento bibliográfico, a partir da literatura existente em diversas áreas do conhecimento, especialmente na Terapia Ocupacional, Engenharia, Literatura, Arquitetura e Gerontologia. A segunda fase será a pesquisa de campo, realizada com um grupo de idosos da cidade de São Paulo que participam das atividades oferecidas ao público idoso do Sesc – Consolação.”

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Farah Rejenne Corrêa Mendes

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO: Gerontologia

RELATORES DO CONSELHO DE ÉTICA DO PROGRAMA DE GERONTOLOGIA

CONSIDERAÇÕES:

O abrupto envelhecimento da população brasileira, não acompanha a implementação de políticas voltadas para o morar e a moradia. A manutenção dos indivíduos no espaço domiciliar pode representar a manutenção da história pessoal, sendo premente reflexões sobre esses locais. A relevância do estudo é indiscutível: conhecer para propor o planejamento do ambiente. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido preenche os requisitos, sendo claro na explicitação dos objetivos



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
Programa de Estudos Pós-Graduados em Gerontologia

da pesquisa, das atividades a serem desenvolvidas e das condições de participação dos entrevistados.
OBSERVAÇÃO: Quanto ao questionário, verificar como serão trabalhadas informações relativas a cor e religião, dados que em coletados devem ser contemplados na análise.

+ Aprovado

Data e assinatura do relator 26/09/06

Ruth G. da C. Lopes

Ursula Karsch