

"A VELHICE": UM ENSAIO EXPERIMENTAL

*Vera Regina Waldow**
*Renate Frichembruder***

RESUMO: O estudo compreende um ensaio experimental sobre a velhice e investiga os problemas biopsicossociais e a sua relação entre idosos asilados e idosos não asilados, convivendo com a família ou mantendo contato freqüente com a mesma. Tece algumas considerações em relação aos problemas identificados e apresenta conclusões e sugestões quanto à questão da velhice.

1. INTRODUÇÃO

Parece estar havendo atualmente uma conscientização por parte de alguns profissionais e órgãos públicos, de que a velhice é uma das fases do desenvolvimento humano que merece ser objeto de preocupação a fim de ser reconhecida e valorizada no aspecto referente à satisfação de suas necessidades e promoção do bem estar.

A rigor, a velhice não tem idade, pois é difícil determinar limites, principalmente tendo-se em vista que o processo de envelhecimento pode processar-se a nível biológico, psicológico ou social. Por outro lado, o processo de envelhecimento varia entre as pessoas e está sujeito a uma série de fatores, tais como: experiências anteriores, valores culturais, nível de saúde, dotação genética, atividade, dieta, ajustamento social e vários outros.

* Prof^a Assistente da EEUFRGS, Mestranda em Educação pela Faculdade de Educação da UFRGS.

** Mestranda em Educação pela Faculdade de Educação da UFRGS.

Pikunas (1979) afirma que *"cada pessoa tem sua própria taxa e padrão de envelhecimento, semelhantes a muitas outras, mas ainda assim, distintas em certos traços e características"*.

Didática e socialmente, o limite etário que marca o limiar da velhice é considerado a partir dos 65 anos de idade.

A maioria dos autores coloca que a velhice é antes de mais nada, um problema social (Confort 1979, Bastos 1981, Cohen 1972 e outros).

As estatísticas têm comprovado a necessidade de preocupação referente à velhice considerando a crescente expansão do número de idosos.

Os últimos dados fornecidos pelo IBGE quanto à população idosa brasileira acima dos 60 anos, comprovam que ela teria triplicado em 1970 (4.700.000 idosos) e numa projeção para o ano 2000, teríamos em torno de 14.500.000 pessoas idosas.

Segundo Fernandes & Rossi (1981), *"o Censo Nacional de 1980 apresentou 6,5% de idosos, isto é, 7.741.000 em meio a 119.099.000 brasileiros"*. Estes mesmos autores referem que para a ONU, 7% de idosos já se constituiria num dado muito representativo.

Os índices de vida média em quinquênios apresentado por Cantalice (1981) prevê para 1995-2000, 71,03 para homens e 74,85 para mulheres.

Cançado (1980) informa através de dados do Anuário Estatístico de 1975, fornecidos pelo IBGE de que *"temos no país 1.175 asilos e 1.616 abrigos com atendimento de 220.576 asilados e 990.684 abrigados, sendo mais de 1.000.000 possuem de 60 anos e mais"* e diz ainda que *"o atendimento ainda é inexpressivo por parte do governo, ficando para a comunidade a responsabilidade pela quase totalidade de asilos e obras semelhantes"*.

2. REVISÃO DA LITERATURA

Para Fernandes (1980) *"a velhice é um período de mudanças no corpo humano, mudanças que também afetam o mundo social e o lado mais íntimo dos pensamentos e emoções"*.

As necessidades psicossociais que afetam os idosos provocam uma modificação no comportamento e traduzem-se por sentimentos de solidão, angústia existencial, depressão, frustração, hipocondria, desconfiança e outros. Estes sentimentos devem-se a uma série de fatores tais como: conservadorismo e resistência à mudanças — muitas

vezes determinados por uma dificuldade de adaptação às transformações sociais repentinas; ao desenvolvimento tecnológico, aos perigos e corre-corre dos dias atuais —; a variedade de perda a que os idosos estão sujeitos como por exemplo, perda de papéis, status, cônjuge, amigos, convívio familiar, desaparecimento da auto-imagem e da auto-estima, perda de potencialidades, de poder e autoridade, etc. Normalmente os idosos são envolvidos por um sentimento de mistério, indagações sobre a validade da existência, a perspectiva da morte, ansiedade e medo, sensação de inutilidade, dependência. Podem ocorrer rigidez de afetividade, egocentrismo, interesse crescente pelas funções do corpo, necessidade de atenção. Por outro lado, estes sentimentos levam ao isolamento, agravados pela aposentadoria e a marginalização social.

Muitos dos problemas de ordem psicológica e social devem-se às disfunções físicas apresentadas pelo idoso que por sua vez, conforme salienta Ballone (1981), *“podem ser consideradas agravantes na deterioração de relacionamento social e mesmo no dinamismo próprio”*.

As alterações físicas mais comuns traduzem-se por modificações na capacidade sensoriomotora, tais como diminuição da mobilidade e dificuldades na locomoção, respostas mais lentas e alterações na capacidade visual e auditiva: fadiga fácil, grande incidência de problemas reumáticos e circulatórios, maior propensão a doenças entre outros. As potencialidades intelectuais diminuem progressivamente. São comuns as perdas de memória — muitas vezes como resultado de alterações fisiológicas arteriais. Bastos (1981), salienta que *“as provas psicométricas permitem a identificação de um ‘envelhecimento diferencial’ — os testes de vocabulário, de informação geral, de bom-senso, de raciocínio aritmético ‘permanecem’, enquanto que as provas que põem em jogo o raciocínio abstrato, a aprendizagem, a memorização, a velocidade de reação e de assimilação, a atenção e a concentração, a organização e a estruturação espacial dos dados visuais ‘não permanecem’ ”*

Os testes de inteligência podem ser influenciados de acordo com o tipo de inteligência. A inteligência fluída parece evidenciar uma queda gradual dos 20 aos 65 anos e a inteligência cristalina, aumenta com a idade adulta, permanecendo elevada ou com pequeno declínio e sujeito a variações individuais até os 65 anos (Burnside, 1979; Bastos, 1981).

Ocorre na velhice uma certa resistência quanto ao desempenho de atividades em ritmo acelerado. Outro ponto a considerar é o da *“interferência”*, ou seja, muitas informações de uma só vez em curto espaço de tempo (Burnside, 1979). Entretanto, conforme afirma Bastos (1981), *“as possibilidades intelectuais — globais permanecem muitas ve-*

zes satisfatórias, graças aos recursos intelectuais e à manutenção dos interesses”.

Pikunas (1979) coloca que *“geralmente, as pessoas envelhecem de maneira que é coerente com as histórias de suas vidas”*.

Fernandes (1980) refere que *“o homem retrata a estrutura social em que vive e convive”*. Mosquera (1978) complementa que *“o velho se torna um alineado por exigências da produtividade em uma sociedade enlouquecida pelo fazer onde só se é admirado quando se faz muito”*.

A aposentadoria normalmente apresenta uma série de restrições ao idoso, tais como modificações no padrão econômico, afastamento social, diminuição de atividades, perda do status, etc.

Graz (1972) comenta que o aposentado passa a se acomodar e a inatividade e as dificuldades físicas concorrem para a exacerbação deste fato, desestimulando-o a sair e fazendo com que a casa passe a ser todo o seu mundo. Entretanto nem sempre as condições do lar são satisfatórias.

Rossi & Fernandes (1980) dizem que é necessário que os idosos permaneçam ativos e interessados e que *“mantê-los no lar ou vinculados à família é salutar, vivenciando com filhos e netos, aplicando orgulhosamente sua experiência e conhecimentos, dançando e recebendo”*. Dessa forma junto ou próximo à família terão maiores possibilidades de sentirem-se considerados, menos sujeitos a sensação de tédio e solidão. Complementam os autores citados que estes sentimentos poderão também ser ocasionados pela ameaça de separação e a transferência da comunidade familiar para um asilo ou clínica geriátrica.

São inúmeros os idosos abandonados, mesmo na família em que é observada uma série de problemas para decidir quem ficará com a “carga”. São relegados a segundo plano, incompetentes e apenas “tolerados”. Quando há a impossibilidade de quem cuide dos idosos, são internados em instituições. A maioria dos asilos, superlotados abrigam idosos que não tem ou foram “abandonados” por suas famílias os quais quando os visitam, não sabem o que conversar.

Rossi & Fernandes (1980) citam pesquisas que evidenciam a insistência e o grande número de “propostas” das famílias para internar seus idosos, a qualquer preço.

Balier (1972) salienta que *“é comum as pessoas idosas se recusarem a deixar sua habitação, ainda que desconfortável, por um fenômeno psicológico próprio da idade avançada; o indivíduo tem muitas vezes, necessidade de manter-se fisicamente apegado a objetos, situa-*

ções que conhece bem, a fim de não perder o sentido de sua própria identidade”.

O Comitê de Experts da OMS, em 1973, bem como o MPAS em 1977 estabelecem diretrizes básicas onde enfatizam a manutenção do idoso na família, possibilitando-lhe o máximo de bem estar.

3. CONFIGURAÇÃO DO PROBLEMA

O idoso, ao longo do seu processo de envelhecimento, vai somando uma série de modificações de ordem biológica, psicológica e social, pois o seu papel na sociedade vai transformando-se, e quando isto não lhe facilita a continuidade de sua integração no contexto social, essas alterações são sentidas mais profundamente.

Graz (1972) comenta que há uma tendência na maioria dos países, em manter o idoso em sua própria casa, para incentivar a pessoa a manter-se independente. Por outro lado, observa-se um aumento crescente de instituições destinadas aos idosos, demonstrando a ineficácia das famílias em propiciarem ambiente para que o indivíduo permaneça na sociedade.

É consenso geral de que os idosos apresentam-se mais satisfeitos consigo mesmos quando permanecem no seio familiar.

Rossi & Fernandes (1980) referem que *“tédio e solidão criam inválidos e doentes crônicos, o mesmo mal pode se ocasionado pelas ameaças de separação e a transferência da comunidade familiar para um asilo ou clínica geriátrica”.*

Se as condições fossem favoráveis e houvesse apoio comunitário, os indivíduos idosos sentir-se-iam mais seguros e aptos para enfrentar os problemas, bem como haveria maior motivação em suas vidas.

Ferrari (1981) diz que *“quando uma instituição admite um idoso cuja razão é apenas ‘idade avançada’, alguém na comunidade falhou em relação a esta pessoa”.*

O isolamento social, o sentimento de abandono, a inatividade, o sentimento de impotência e a dependência, usualmente agravam os problemas sentidos pelos idosos e conseqüentemente podem apresentar um evidente desinteresse e desânimo frente à vida.

Pretende-se verificar neste trabalho os problemas mais freqüentes apresentados por indivíduos idosos em duas situações, ou seja, idosos abrigados em asilo com pouco ou nenhum contato familiar e idosos da comunidade convivendo ou mantendo contato freqüente com a família.

4. OBJETIVOS

- Colher dados junto a idosos asilados e idosos não asilados vivendo com a família ou mantendo contato freqüente com a mesma a fim de identificar os problemas referentes às necessidades biopsicossociais.
- Verificar a relação existente entre os problemas identificados junto a idosos asilados e idosos não asilados em convívio com a família ou mantendo contato freqüente com a mesma;
- Verificar a relação existente entre os problemas identificados junto a idosos asilados e idosos não asilados e os problemas apontados pela bibliografia.

5. METODOLOGIA

Foram utilizados para o estudo um grupo de cinco (5) idosos de um asilo de POA/RS e cinco (5) idosos da comunidade, dos quais dois (2) casais vivendo sozinhos e uma (1) idosa convivendo com a filha.

Os dados coletados junto às idosas do asilo foram realizados por alunos do Curso de Graduação em Enfermagem, na disciplina Assistência de Enfermagem ao Adulto I em atividade de estágio. Os dados coletados junto a idosos da comunidade foram realizados por uma componente do presente estudo.

6. INSTRUMENTO

A fim de verificar a incidência de problemas que afetam os idosos, utilizou-se a primeira fase do Processo de Enfermagem elaborado por Horta (1979), o histórico de enfermagem. Esta autora conceitua o histórico de enfermagem como sendo *“o roteiro sistematizado para o levantamento de dados do ser humano que tornam possível a identificação de seus problemas”*.

Teoricamente, o histórico de enfermagem consta dos seguintes ítems: identificação; percepções e expectativas; necessidades básicas, hábitos de saúde; exame físico; o que gostaria de perguntar; impressões da(o) enfermeira(o) sobre o cliente; dados clínicos de interesse para a enfermagem.

O histórico foi adaptado às necessidades, considerando-se sua utilização para clientes hospitalizados (doentes) — no caso indivíduos

idosos supostamente sadios —; às condições do indivíduo (dificuldades de comunicação) e às condições do entrevistador (pessoa trabalhando pela primeira vez com a metodologia e com indivíduos idosos).

O histórico consta basicamente de uma entrevista estruturada.

Salienta-se que são preservadas a individualidade do entrevistado, ou seja, sua disposição e aceitação em submeter-se às perguntas e exame físico, bem como a centralização no mesmo, identificando-se apenas como problemas, àqueles sentidos ou percebidos pelo entrevistado.

7. COLETA DE DADOS DE UM GRUPO DE IDOSOS

TABELA 1

Dados referentes a cinco pessoas idosas asiladas — P. Alegre, 1982.

IDOSOS	DADOS DE IDENTIFICAÇÃO						
	Sexo	Idade	Nac.	Est. Civ.	Escol.	Nº de Filhos	Rel.
1	F	100	bras.	viúva	analf.	1	Cat.
2	F	80	bras.	solt.	analf.	0	Cat.
3	F	69	bras.	solt.	prim. inc.	0	Cat.
4	F	80	bras.	solt.	—	0	Cat.
5	F	96	bras.	viúva	prim. inc.	7	Cat.

TABELA 2

Dados referentes a cinco pessoas idosas com contato familiar
P. Alegre, 1982.

IDOSOS	DADOS DE IDENTIFICAÇÃO						
	Sexo	Idade	Nac.	Est. Civ.	Escol.	Nº de Filhos	Rel.
1	M	82	bras.	cas.	prim.	3	Cat.
2	F	75	bras.	cas.	prim.	3	Cat.
3	M	81	bras.	cas.	sec.	12	Cat.
4	F	72	bras.	cas.	prim.	12	Cat.
5	F	83	bras.	viúva	prim.	10	Evang.

QUADRO 1 – Problemas mais freqüentes num grupo de 10 idosos

PROBLEMAS	IDOSOS NA FAMÍLIA						IDOSOS ASILADOS						T.
	1	2	3	4	5	Total	1	2	3	4	5	Total	Ger.
1. Locomoção Dificultada		x			x	2				x		1	3
2. Visão Deficiente	x	x	x	x	x	5	x				x	2	7
3. Audição Deficiente					x	1	x		x		x	3	4
4. Dentes Sépticos						0		x			x	2	2
5. Excesso de Peso		x				1			x			1	2
6. Constipação Intestinal				x		1	x		x	x		3	4
7. Dific. para Urinar (nictúria)	x	x				2	x					1	3
8. Varicosidade		x				1		x	x			2	3
9. Reumatismo		x		x	x	3	x					1	4
10. Língua Saburrosa						0	x	x				2	2
11. Insônia						0		x			x	2	2
12. Depressão				x		1				x		1	2
13. Solidão						0	x	x	x			3	3
14. Isolamento (voluntário)						0				x	x	2	2
15. Sentimento de Abandono			x	x		2	x	x				2	4
16. Preocupação c/o destino de bens	x	x	x	x	x	5						0	5
17. Preocupação c/ o futuro dos filhos			x	x	x	3						0	3

QUADRO 2 — Características e hábitos de um grupo de 10 idosos

ATIVIDADES E HÁBITOS	IDOSOS NA FAMÍLIA						IDOSOS EM ASILO						T
	1	2	3	4	5	Total	1	2	3	4	5	Total	Ger.
1. Deitar e levantar cedo	x	x	x	x	x	5	x	x	x	x	x	5	10
2. Realizar refeições regularmente	x	x	x	x	x	5	x	x	x	x	x	5	10
3. Comer com gosto e apetite	x	x	x	x	x	5		x	x	x		3	8
4. Receber visitas e filhos e netos	x	x	x	x	x	5	x					1	6
5. Ser religioso	x	x	x	x	x	5	x	x		x	x	4	9
6. Tomar chás	x	x	x	x	x	5						0	5
7. Gosta de ler	x	x	x	x	x	5					x	1	6
8. Realizar atividades domésticas	x	x	x	x		4			x		x	2	6
9. Realizar atividades artísticas	x	x	x	x	x	5		x	x			2	7
10. Caminhar	x		x	x		3			x	x		2	5
11. Escutar rádio			x	x		2		x		x		2	4
12. Assistir televisão	x	x			x	3			x			1	4
13. Apreciar o silêncio			x	x		2	x		x	x		3	5
14. Viajar	x	x				2						0	2
15. Repousar após o almoço	x	x	x	x	x	5		x	x			2	7

9. DISCUSSÕES DOS RESULTADOS

RELAÇÃO ENTRE PROBLEMAS MAIS FREQUENTES DE IDOSOS JUNTO À FAMÍLIA E DE IDOSOS ASILADOS.

Ao analisar os problemas mais freqüentes encontrados em idosos que convivem mais diretamente com a família e idosos asilados constatou-se que houve maior incidência nos problemas da área biológica. Tanto idosos asilados quanto não asilados apresentaram problemas relacionados a deficiência próprias do processo físico de envelhecimento evidenciando-se, principalmente, problemas visuais, reumáticos e de funcionamento intestinal.

Em relação à área psicossocial, observou-se maior incidência de problemas, tais como solidão e isolamento, em idosos asilados, enquanto que em idosos não asilados a incidência maior se deu na preocupação com o destino de bens materiais e o futuro dos filhos. Os dois grupos de idosos manifestaram necessidade de maior contato humano referido no item sentimento de abandono.

Consideramos que as diferenças constatadas entre os dois grupos quanto a área psicossocial, devem-se fundamentalmente ao fato de possuírem ou não família (a presença e/ou contato com o cônjuge, filhos e netos) e a própria condição de pessoa abrigada em uma instituição de caráter beneficente.

Observa-se por parte dos idosos asilados uma grande apatia e desinteresse pelas coisas. Parece não existirem perspectivas nem objetivos a realizar. São econômica e afetivamente carentes, sós, com suas deficiências e limitações. Desmonstram não terem grandes oportunidades em sua vida pregressa (econômica, cultural, profissional, afetiva, etc.) e muito menos agora que se encontram em ambiente que não é a sua casa e com pessoas que não são a sua família.

RELAÇÃO ENTRE PROBLEMAS IDENTIFICADOS JUNTO A IDOSOS E O REFERENCIAL TEÓRICO.

A bibliografia apresenta uma série de alterações de ordem física na velhice. Pikunas (1979) coloca que *"o envelhecimento é um processo gradual de debilitação"*. Este autor salienta que ocorrem deteriorações fisiológicas tais como: declínio da visão, perda auditiva, perda da força e coordenação motora, aumento do tempo de reação, processos artríticos, fadiga mais fácil, acumulação de gordura, mudanças posturais, endurecimento vascular, atrofia gradual dos músculos e tecidos e

vários outros. Finaliza afirmando que *"todos os sistemas do corpo se deterioram tanto na eficiência estrutural, quanto funcional"*.

Através dos dados coletados junto a idosos asilados e não asilados, verificou-se uma relação com os dados apontados pela bibliografia, principalmente os itens 2, 6 e 9 (visão deficiente, constipação intestinal, reumatismo) do Quadro I.

Quanto aos problemas de ordem psicossocial, Pikunas (1979) afirma que *"os sentimentos de inadequação e depressão se devem a uma sensação de inutilidade e ausência de programas recreativos próprios para idosos"*.

Vários autores citam alterações de personalidade nas pessoas idosas, tais como: irritabilidade, desconfiança, rigidez, apego ao passado, propensão ao isolamento, preocupação excessiva com a propriedade e a segurança, tendência de se preocupar preservativamente com os mesmos temas:

Estes problemas de ordem psicológica ocorrem mais frequentemente em idosos insuficientemente preparados, que não sabem como se ocupar, agravando, desta forma, o sentimento de frustração, solidão e sentimento de abandono, conforme se verificou no levantamento de problemas do presente trabalho.

10. CONCLUSÕES E SUGESTÕES

— Nos países subdesenvolvidos, a grande maioria da população é pobre, doente, de baixa escolaridade e marginalizada. Em consequência, a grande maioria de seus idosos também o é.

— Os casos analisados no presente trabalho, bem como nossa percepção da realidade brasileira quanto à problemática do idoso nos apresentam um quadro bastante pessimista.

— O envelhecimento biológico é um processo irreversível, entretanto nos parece que o envelhecimento psicológico e social são processos que dependem, essencialmente, do próprio indivíduo (experiências anteriores, conhecimentos do processo de envelhecimento, preparo para o mesmo, filosofia de vida, etc.) e da sociedade no qual está inserido (percepção e valorização do idoso).

— Concorde-se com a maioria dos autores que a velhice não é doença, e que para um envelhecimento sadio é necessário realizar atividades físicas tais como exercícios físicos, caminhadas, dieta adequada, pobre em calorias e maior ingestão de líquidos.

— Constatamos que os idosos normalmente têm pouco convívio social, tanto por parte de parentes, quanto de amigos e conseqüentemente desenvolvem sentimentos depressivos. Portanto, consideramos importante a formação de grupos de convivência e a estimulação do convívio do idoso junto à família, podendo ser responsabilizado, inclusive, por parte da educação dos netos.

— A grande maioria da população idosa pode ser considerada, no Brasil, carente de recursos econômicos. Daí o envelhecimento triste, infeliz e abandonado. Sugere-se a reavaliação do programa econômico para o indivíduo idoso aposentado e que não possui alguma fonte de renda. Outrossim, sugere-se proporcionar recursos assistenciais e recreativos a preços adequados às condições do idoso.

— A inatividade a que estão sujeitos os idosos e as más conseqüências que dela advêm sugerem a necessidade de planejamento de atividades e aproveitamento das capacidades positivas, experiências e sabedoria dos idosos em programas à serviço da comunidade.

— Observa-se a ausência de serviços especializados para atendimento de idosos. Por outro lado, os recursos assistenciais já existentes são pouco divulgados.

— Nota-se o despreparo da população em geral quanto ao trato com o idoso, e a deficiência quantitativa e qualitativa de capacitação profissional especializada para o atendimento dos mesmos.

— O material bibliográfico existente sobre a 3ª idade é deficiente em número e qualidade.

Finalmente, consideramos como importante e enfatizamos a necessidade de promover a educação para a velhice.

1 — na família: os pais servindo de modelo para seus filhos, aceitando e admirando os avós e outros idosos da comunidade, permitindo-lhes a convivência e participação na vida da família, propiciando um relacionamento afetivo entre todos os seus membros;

2 — na escola: desde a infância e adolescência, nas escolas de 1º e 2º graus, promover a inclusão de temas sobre a velhice no currículo, propiciando encontros e conversas com pessoas idosas da comunidade. Nas escolas de 3º grau, principalmente aquelas referentes às áreas de saúde, educação, social, psicológica, administrativa, incluir nos currículos estudos específicos sobre a 3ª idade, com o objetivo de preparo pessoal e profissional para a velhice;

3 — no trabalho: conscientizando e valorizando o idoso, suas capacidades, habilidades profissionais, sua longa experiência, bem como preparando e orientando-o para a aposentadoria, com diminuição gradativa da jornada de trabalho.

Com o atendimento de algumas das sugestões apontadas, parece-nos que se poderia evitar, em parte, o alto grau de marginalização do idoso em nossa sociedade.

SUMMARY: Focus is given to an experimental essay on old age, investigating biopsychosocial problems and their relation among elders placed in poorhouses and other elders who, out of such institutions, live or keep in frequent contact with their families. Comments on aspects related to such problems as here identified, presenting conclusions and suggestions related to old age.

12. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BALIER, C. Uma experiência de gerontologia integrada. *Saúde do mundo*, Genebra: 12-7, abr. 1972.
2. BALONNE, Geraldo J. Psicopatologia. *Envelhecimento e velhice: uma nova realidade*. Prefeitura Municipal de Paulina: 6-17, dez. 1981.
3. BASTOS, Othon. Psicopatologia do envelhecimento. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 30 (2): 135-140, 1981.
4. BURNSIDE, Irene. *Enfermagem e os idosos*. São Paulo, Organização Andrei, 1979. 547p.
5. CANÇADO, Flávio A. Xavier. Velhice é realidade incômoda? *Anais Brasileiros de Geriatria Gerontologia*, 2 (3): 98-106, agos. 1980.
6. CANTALICE, Arthur. Brasil, país jovem que depende dos velhos. *Senecta — Clínica e terapêutica da terceira idade*, 1 (2): 36-37, 1980.
7. COHEN, J. Como cuidar das pessoas idosas. *Saúde do mundo*. Genebra: 4-9, abr. 1972.
8. CONFORT, Alex. *A boa idade*. São Paulo, Difel, 1979. 232 p.
9. FERNANDES, F. da Silva. Adaptação à 3ª idade: atividade e desengajamento. *Anais Brasileiro de Geriatria e Gerontologia*. 2 (4): 2-6, fev. 1981.
10. GRAZ, Liesl. Não se isolem. *Saúde do mundo*, Genebra: 18-23, abr. 1972.

11. HORTA, Wanda de A. *Processo de Enfermagem*. São Paulo, EPU/EDUSP, 1979. 99p.
12. PIKUNAS, Justin. *Desenvolvimento humano: uma ciência emergente*. São Paulo, Mc. Graw Hill do Brasil, 1979. 424p.
13. ROSSI, EDSON & FERNANDES, F. da Silva. Problemas médico-sociais do idoso no Brasil. *Anais Brasileiro de Geriatria e Gerontologia*. 2 (4): 157-162, nov. 1980.

ANEXO

MODELO DO INSTRUMENTO "HISTÓRICO DE ENFERMAGEM" ADAPTADO PARA UTILIZAÇÃO COM IDOSOS NO PRESENTE ESTUDO.

I – DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Idade:
Sexo:
Nacionalidade:
Estado Civil:
Número de Filhos:
Religião:
Escolaridade:

II – NECESSIDADES BÁSICAS (alimentação, sono e repouso, eliminações, recreação, etc.)

III – HÁBITOS DE SAÚDE (higiene, controle médico, odontológico, fumo, álcool, etc.)

IV – CONDIÇÕES FÍSICAS (aparência geral, locomoção, mobilidade, postura, etc.)

V – PERCEPÇÕES E EXPECTATIVAS (experiências anteriores)

VI – IMPRESSÕES DO ENTREVISTADOR.

ANEXO

I – IDENTIFICAÇÃO

Idade: (anos) Sexo: ☐ M ☐ F

Estado civil: ☐ solt. ☐ cas. ☐ viúvo(a) ☐ outro

Filhos (vivos) ☐ sim ☐ não Quantos?

Netos: ☐ Sim ☐ não Quantos?

Profissão: Aposentado ☐ sim ☐ não

Aposentado com atividade profissional? ☐ sim ☐ não

Atividade atual:

Com quem mora:

☐ cônjuge, companheiro(a)

☐ sozinho(a)

☐ Filhos

☐ Netos

☐ Outros

Quem?

Escolaridade:

☐ nenhuma ☐ 1º grau incompleto ☐ 1º grau completo ☐ 2º grau incompleto ☐ 2º grau completo ☐ 3º grau incompleto ☐ 3º grau completo

Religião:

☐ nenhuma ☐ católica ☐ protestante ☐ outra Qual?

A casa em que mora é:

cedida

☐

alugada

☐

própria

☐

beneficiária

☐

Renda mensal: conjuntamente com a do cônjuge, se for o caso:

Até 2 salários mínimos regionais ☐

Entre 2 e 4 salários mínimos regionais ☐

Entre 4 e 6 salários mínimos regionais ☐

Entre 6 e 8 salários mínimos regionais ☐

Entre 8 e 10 salários mínimos regionais ☐

Acima de 10 salários mínimos regionais ☐

Não possui renda mensal ☐

sim

não

Tem alguma propriedade:

☐☐

Se sim, qual o valor aproximado?

Possui outra(s) fonte(s) de renda(s) (aluguéis, ações, rendas de poupança, ações, etc)?

sim

☐

não

☐

Se sim, é superior à sua renda mensal?

sim

☐

não

☐

II – NECESSIDADES BÁSICAS

- Sono e repouso: horário para deitar e levantar; mantém sempre os mesmos horários, quais seus hábitos antes de dormir (rituais), dificuldades para conciliar o sono (início, término, etc.), repousa durante o dia?
- Exercícios e atividades físicas: no trabalho, no lar, pratica ginástica, caminhadas.
- Alimentação: cardápio diário (alimentos mais utilizados, eventuais), número de refeições por dia, horários, apetite.
- Líquidos: quantidade em média, tipos.

- Eliminações:
 - intestinal: período do dia, frequência, características, desconfortos?
 - urinária: período, frequência, algum problema para urinar, características.
- Higiene da pele, mucosas, fâneros: problemas, dificuldades.
- Habitação: condições de ventilação, iluminação, água, sanitários, se está adequado às suas necessidades.
- Recreação: faz algum tipo de atividade em suas horas livres, exerce alguma atividade social?
- Reprodução: mantém atividade sexual? Está satisfeito com sua vida sexual atual? Gostaria que fosse diferente?
- Outras necessidades psicossociais:
 - quem é mais importante para o(a) Sr(a) (pessoas)?
 - o que é mais importante para o(a) Sr(a) (coisas)?
 - gostaria de fazer alguma coisa pelos outros?
 - o que gosta de fazer sozinho?
 - o que gosta de fazer em grupo?
 - o que gostaria que os outros lhe fizessem?
 - alguma coisa em que gostaria de ser ajudado?
 - que espécie de coisas mais lhe agradam? (ou seja, que o deixam alegre, contente, feliz)
 - que espécie de coisas lhe desagradam, que o deixam triste, irritado, infeliz?
 - a religião é importante em sua vida? Por quê?
 - qual sua participação na vida religiosa?

III – HÁBITOS DE SAÚDE

Higiene, problemas alérgicos, controle médico, odontológico, fumo, álcool.

IV – PERCEPÇÕES E EXPECTATIVAS

Queixas, problemas e necessidades sentidas tais como:

- O que o(a) incomoda no momento?
- Quais suas preocupações no momento?
- Quais seus planos, projetos para o futuro?

- Acha que a idade modificou alguma coisa quanto a: hábitos, situação no trabalho, na comunidade (papel que desempenhava), sua situação familiar (o papel que desempenhava), relacionamento com as pessoas, etc.
- Tem algum problema de saúde?
- Já esteve internado em alguma instituição? Como foi recebido?
- Que impressão guarda da internação?
- Se houver necessidade de internar-se, o que espera da instituição e das pessoas que lhe prestarão assistência?
- O que acha de ficar num quarto com outras pessoas? Sozinho?
- Espera receber visitas?
- Tem medo de doença? Cirúrgia? Anestesia? Da morte?

V – CONDIÇÕES FÍSICAS
(Visualizada e descritiva)

- Condições gerais: aspecto geral, estado mental, locomoção, postura, vestuário.
- Condições dos segmentos: coloração, limpeza, lesões, secreções, turgor, motilidade, rede venosa superficial, condições de musculatura.
- Condições de cabeça, cavidade bucal, pescoço, membros superiores, inferiores, tronco, tórax, abdômen, órgão dos sentidos, genitais.

VI – DADOS ADICIONAIS: algum dado que gostaria de complementar.

VII – ALGUMA COISA QUE GOSTARIA DE PERGUNTAR.

VII – IMPRESSÕES DO ENTREVISTADOR.

Endereço do Autor: Vera Regina Waldow
Author's Address: Rua São Manoel, nº 963
90.000 – Porto Alegre - RS