

A Reestruturação do Abrigo Cristo Redentor: O Macroasilo Transformado em uma Minicidade

RENATO VERAS*

RESUMO

O crescimento do grupo etário dos idosos em nosso país trouxe à tona a carência de serviços qualificados para o atendimento deste segmento populacional. A UnATI/UERJ foi escolhida a reestruturar uma das maiores instituições de idosos no país, o Abrigo Cristo Redentor. Este artigo apresenta os principais desafios assumidos: a integração de diferentes grupos etários e sociais, as transformações do modelo assistencial, a estruturação do centro de convivência e de cuidados diurno e a implantação de procedimentos gerenciais. A contribuição da Saúde Mental na reforma psiquiátrica serviu de parâmetro para várias definições. Lamentavelmente o projeto foi abortado em seu início.

Palavras-chave: Saúde coletiva; gerontologia; idosos; asilo; administração em saúde; prevenção.

ABSTRACT

Cristo Redentor Shelter under Reform: a Huge Shelter became a Small Town

The significant growth of the aging population in contemporary Brazil is forcing society to face the challenge of the lack of facilities with acceptable standards of care. UnATI/UERJ was entitled to promote a deep reform in one of the biggest institutions of Brazil devoted to the care and shelter for

* Doutor em Saúde Pública pela Universidade de Londres, professor adjunto do Departamento de Epidemiologia do Instituto de Medicina Social da UERJ e Diretor da Universidade Aberta da Terceira Idade (UnATI/UERJ).

older people – Abrigo Cristo Redentor. The paper describes the main lines of this process, unfortunately interrupted in its very beginnings: the promotion of common activities for different ages and social strata; the implementation of a center for leisure and daycare and the improvement of managerial procedures. Mental health reform could be viewed as a paradigm of the changes proposed, most of them short-lived.

Keywords: Collective health; gerontology; aging population; shelter; health management; prevention.

RÉSUMÉ

La Restructuration d'Asile Cristo Redentor: un Grand Asile Transformé dans une Petit Ville

La croissance du groupe de la population âgée au Brésil nous fait penser à la manque des services qualifiés pour la soigner. UNATI/UERJ a été invité a reformer et repenser une des grandes institutions du Brésil consacrée au soin et au abri des âgés - l'Asile Cristo Redentor. L'article en question indique les principaux défis endossés: l'integration de différents âges et groupes sociaux, le changement du modèle d'assistance, la construction d'un centre de loisir et d'attention dans la journée et l'amélioration des conduites de gestion. La réforme de la Santé Mentale peut être entendue comme un paradigme des échanges souhaitées. Malheureusement le projet a été frustré au début.

Mots-clé: Santé Collective; gérontologie; âgés; asile; gestion de la Santé; médecine préventive.

Recebido em 24/09/97.

Aprovado em 17/10/97.

Introdução

O Crescimento do Grupo Etário da Terceira Idade

O crescimento da população brasileira na faixa etária acima de 60 anos, em especial o verificado nos grandes centros urbanos, tem despertado o interesse dos estudiosos da Terceira Idade em vários países do mundo (Kalache, 1996). O Brasil desponta, hoje, como um país cuja população encontra-se em rápido processo de envelhecimento. No ano 2025, seus habitantes com 60 anos de idade ou mais irão compor um contingente estimado de 31,8 milhões de pessoas. O importante crescimento numérico do segmento populacional dos idosos, que, estima-se, terá aumentado quinze vezes no período de 1950 a 2025, em contraste com a população global que terá crescido apenas cinco vezes, fará com que o Brasil se torne o sexto país do mundo em termos de massa de idosos. Segundo dados extraídos do Censo Demográfico de 1991, divulgados no Anuário Estatístico do Brasil (FIBGE, 1991), a população idosa brasileira, naquele ano, era de 4.903.468 homens e 5.772.041 mulheres; aproximadamente 10,7 milhões no total, correspondendo a uma população de idosos maior que a da Inglaterra e Gales (estes países do Reino Unido, em 1991, possuíam 9,8 milhões de habitantes com 60 anos de idade ou mais), e maior que a população total de muitos países europeus, inclusive Portugal, que em 1991 possuía uma população de 9,8 milhões de habitantes (em 1991, a Bélgica contava com 9,8 milhões de habitantes; a Grécia com 9,7 milhões e a Suécia com 8,3 milhões). Hoje a população idosa brasileira já ultrapassa os 13 milhões de habitantes, o que evidencia a importância deste contingente no país (Parahyba, 1997). Entretanto, a infra-estrutura necessária para responder às demandas deste grupo etário, em termos de instalações, programas específicos e mesmo recursos humanos adequados quantitativa e qualitativamente, ainda é precária.

No Brasil, a percepção do idoso como um novo elemento social, deu origem à Lei 8.842, de 4 de janeiro de 1994, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, explicitando um elenco de ações governamentais e cobrindo diversas áreas de atuação: saúde, trabalho, assistência social, educação, desporto, cidadania, cultura e lazer. Na área de Promoção Social, coube ao Ministério da Previdência e Assistência Social, através da Secretaria de Assistência Social – SAS, coordenar as ações relativas à Política Nacional do Idoso: financiar e apoiar estudos, levantamentos, pesquisas e publicações; e trabalhar em parceria com os governos de todos os níveis da Federação

e com as Organizações Não-Governamentais – ONGs. Coube ainda a esse Ministério proporcionar apoio formal à família e à criação das assim denominadas instâncias intermediárias: Centros de Convivência, Centros de Cuidados Diurnos (Hospitais-Dia e Centros-Dia), Casas-Lares, Oficinas Abrigadas de Trabalho e Programas de Atendimento Domiciliar, entre outras formas de atendimento.

Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ/Universidade Aberta da Terceira Idade – UnATI

Visando superar as lacunas existentes na área do envelhecimento, a Universidade do Estado do Rio de Janeiro pioneiramente constituiu um programa intitulado Universidade Aberta da Terceira Idade – UnATI – orientado para, de forma especializada, promover o ensino, a pesquisa, a assistência e o desenvolvimento de recursos humanos dirigido à população com idade acima dos sessenta anos (Veras e Camargo Jr., 1995; Peixoto, 1997; Sant’Ana, 1997). A UnATI iniciou suas atividades no segundo semestre de 1993, com o propósito de ser uma unidade temática – tendo por objeto específico a Terceira Idade –, e de integrar profissionais e estudiosos de reconhecida experiência em diversas áreas do saber – biomédica, ciências humanas e tecnológicas –, para a realização de atividades no campo da Geriatria e Gerontologia no interior de uma universidade contemporânea que integra os três pilares de uma instituição acadêmica – ensino, pesquisa e extensão. A metodologia bem-sucedida no trabalho com o idoso por parte de uma universidade pública ensejou a celebração de alguns convênios com órgãos públicos e fez deste experimento uma referência nos programas de cuidado integral para com a população idosa no país.

A Crise do Cuidado ao Idoso Asilado

No ano de 1996, uma grande catástrofe em termos de atendimento asilar da população idosa teve lugar na cidade do Rio de Janeiro. Uma clínica geriátrica deixou que 102 dos seus internos morressem no período de apenas um mês. O ocorrido na Casa de Saúde Santa Genoveva, fato que envergonha uma sociedade civilizada, constitui apenas a ponta de um *iceberg*. A triste realidade é que os velhos, os loucos e o doentes terminais representam, sem dúvida, uma pesada responsabilidade para suas famílias, e sempre foram objeto do lucro fácil por parte de empresários inescrupulosos. A Casa de

Saúde Santa Geneveva não era a pior dentre aquelas que recebiam recursos do governo e, certamente, também não era a única que oferecia comida estragada, água contaminada e remédios com prazo de validade vencido para seus pacientes (Veras, 1996). Fechar a clínica e punir os responsáveis foram medidas pontuais e necessárias, que serviram para aplacar a revolta de toda a sociedade. No entanto, é preciso ressaltar que o erro tem raízes mais profundas, que remetem ao próprio modelo de base asilar, proposto tanto para o doente mental quanto para o idoso. Não se pode aceitar que neste final de século o atendimento oferecido seja o mesmo denunciado por Phillippe Pinel em 1792 em Bicêtre, 1794 em Salpêtrière, arcos asilos parisienses, há mais de duzentos anos.

Demanda-se uma política que tenha como objetivo precípua envidar todos os esforços no sentido de evitar a cronicidade das doenças. Certamente não será através da exclusão social e do isolamento em instituições de muros altos e dormitórios sem nenhum espaço para a individualidade, em enormes pavilhões, que se poderá oferecer uma melhor qualidade de vida aos idosos. Isso, sem falar no custo extremamente elevado deste modelo assistencial para o Estado.

Baseado neste binômio – redução de custo e aumento da qualidade assistencial –, a UERJ/UnATI foi convidada pelo Ministério da Previdência para administrar o Asilo Cristo Redentor, no Rio de Janeiro. Em agosto de 1996, foi assinado o convênio com a Universidade do Estado do Rio de Janeiro, transferindo-se para ela a administração do Abrigo e as responsabilidades pela reformulação de seu modelo de atendimento.

O Abrigo Cristo Redentor

O Abrigo Cristo Redentor está localizado no bairro de Bonsucesso, no Rio de Janeiro, e é considerado, dentro de suas características, o maior abrigo para idosos do país, cuja fundação se deu na década de 30. Sua clientela é composta por pessoas que não têm condições de garantir sua própria sobrevivência. A região na qual se localiza o Abrigo concentra um grande número de favelas, entre as quais se destaca a do Jacarezinho, pelo seu porte e extensão. A oferta de transportes é favorecida pela proximidade dos grandes eixos rodoviários (Av. Brasil, Linha Amarela, Linha Vermelha e Av. Automóvel Clube), como também pela vizinhança das estações de metrô (Maria da Graça e Del Castilho), garantindo boas condições de acessibilidade física. Em paralelo à proliferação de favelas, a região conta

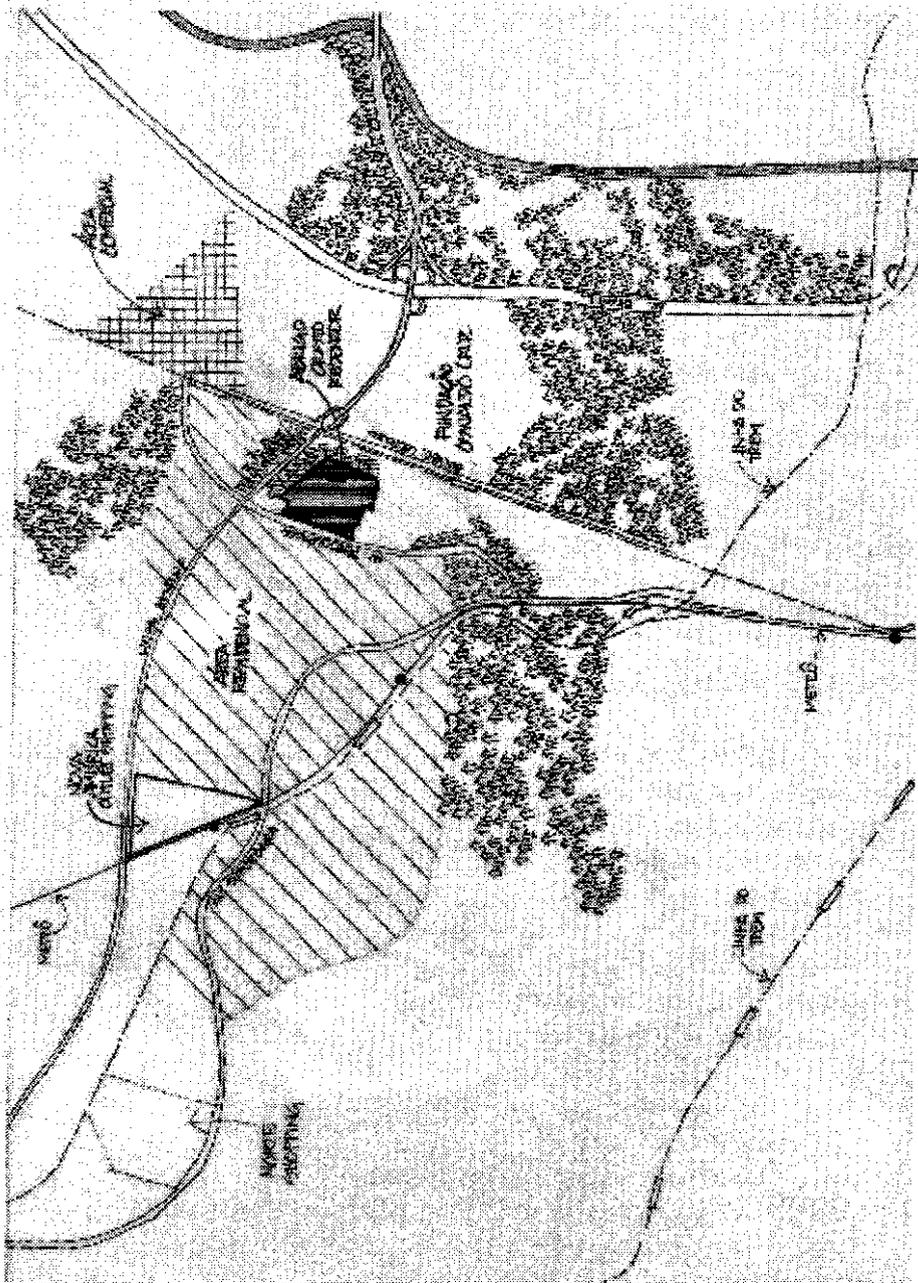
com bairros de segmentos populares, compostos por áreas residenciais e comerciais.¹ Devido à recente construção da Linha Amarela e à implantação do Projeto Rio-Cidade em Bonsucesso, nota-se um processo revitalizador na região (Mapa I).

Mesmo tendo em vista este quadro físico e humano, as áreas contíguas ao Abrigo continuam desprovidas de cuidados urbanísticos e locais para o lazer. O Abrigo Cristo Redentor ocupa uma área de 173 mil m², e conta com treze pavilhões, dos quais apenas sete estão, hoje, em atividade. Do espaço do Abrigo consta ainda um hospital desativado, além de cerca de vinte edificações destinadas a atividades diversas. Atualmente estão albergados no Abrigo Cristo Redentor cerca de 450 idosos, 250 dos quais com autonomia preservada, e que para lá foram enviados por diversas razões de ordem social, sem que fossem obedecidos critérios técnicos de acometimento da saúde. Os duzentos idosos restantes são portadores de patologias diversas, muitos alcóolatas, alguns com lesões neurológicas significativas e importante grau de demenciação, que determinam graus variados de perda de autonomia.

O modelo de atenção à saúde que organiza a vida desses idosos traz a antiga marca do asilamento, que caracterizou parte significativa das ações de saúde, privadas e públicas, voltadas para as demandas de determinados grupos sociais ditos *crônicos*, como os loucos e os leprosos. Este modelo asilar caracteriza-se por retirar os indivíduos do convívio com a sociedade, estigmatizando-os como doentes, condenados a buscar fora das suas relações sociais, no espaço medicalizado do asilo, a solução de seus anseios, suas demandas e suas necessidades.

Resultam daí o isolamento, o estado de solidão dos idosos e ainda a restrição das atividades lúdicas que estimula ou povoa a ociosidade, negando ao indivíduo a reafirmação da sua condição de cidadão, e predispondo-o a um sem-número de outras doenças. Com isso, deteriora-se significativamente sua qualidade de vida e reduz-se a sua expectativa de vida. O grande muro que circunda o abrigo reforça o aspecto de segregação física, e remete a imagens de espaços marginalizados pela sociedade, como os presídios e os

¹ A região em que o Abrigo se situa é altamente carente de equipamentos urbanos e de lazer. É densamente povoada, abrangendo os bairros de Manguinhos (20.055 habitantes - 46 hab/ha), Bonsucesso (70.004 habitantes - 167,8 hab/ha) e Higienópolis (20.570 habitantes - 166,9 hab/ha). A população carente que habita as favelas é de cerca de 30 mil pessoas (27% do total), e grande parte dos moradores das Regiões Administrativas às quais pertencem estes bairros reside em conjuntos habitacionais de baixa renda. Ressalte-se, ainda, a proximidade da favela do Jacarezinho, com 35 mil habitantes (*Anuário Estatístico* - IPLANRIO-91).



Mapa 1

manicômios. Este impacto visual reforça a necessidade de se realizar uma intervenção plástica, capaz de romper este estigma. Nos fundos do terreno, o muro encontra-se em estado precário devido às sucessivas invasões de pessoas que residem nas favelas vizinhas, fazendo com que sejam indispensáveis, em um futuro próximo, obras de recuperação, inclusive para garantir a segurança do local.

A Implantação do Complexo Asilar

A ocupação inicial do complexo foi claramente planejada, resultando em uma ocupação em torno de um eixo monumental que concentra os prédios nas cotas mais elevadas de uma colina, acentuando o isolamento e a segregação.

A monumentalidade das construções, aliada às ampliações que ocorreram ao longo dos anos, sem planejamento prévio, determinaram um adensamento das edificações. As conseqüências dessa implantação conjugadas às barreiras arquitetônicas do local evidenciam problemas espaciais que resultam na falta de acessibilidade do idoso institucionalizado ou externo.

Barreiras Arquitetônicas

As barreiras arquitetônicas devem-se, inicialmente, às condições topográficas do local e ao partido arquitetônico original, que privilegiou o adensamento de construções nas áreas mais elevadas do terreno, concepção inadequada para um local de assistência aos idosos.

A inexistência de calçadas com dimensões e inclinações adequadas à deambulação dos idosos, muitos deles deficientes físicos, aliada ao revestimento adotado para as pistas de rolamento – o paralelepípedo –, dificultam, ainda mais, o acesso dos idosos às áreas verdes, locais destinados à prática de atividades de esporte, ao convívio e ao lazer (Foto 1).

Estrutura Viária

A malha viária básica existente estabelece um único acesso de entrada, o que favorece, em princípio, o controle e a segurança. A existência de uma única via principal circundando todo o abrigo determina, no entanto, uma indiferenciação dos fluxos de serviços, manutenção e de saúde, pondo em risco a mobilidade e a locomoção dos idosos. O adensamento das construções



Foto 1

impossibilita o acesso de ambulâncias aos pavilhões, dificultando a transferência dos pacientes que dela necessitam. A existência de uma única área de estacionamento, na área central do Complexo, reforça a circulação indiscriminada de automóveis.

As Áreas Verdes

A concepção original do Complexo não contempla propostas claras de urbanização ou tratamento paisagístico que, a despeito das características topográficas do terreno, privilegiem a realização de atividades de esporte, lazer e convívio entre os idosos. Destacam-se as seguintes situações, consideradas problemáticas:

- ♦ acessos íngremes, determinando o distanciamento e a segregação espacial entre as atividades;
- ♦ rampas com acentuada declividade e ausência de barras para o apoio de idosos em cadeira de rodas, andadores etc.;
- ♦ adensamento de serviços no topo da colina, e o conseqüente abandono das áreas verdes que margeiam o terreno, impedindo o acesso dos idosos a estas;

♦ sistema viário inadequado, composto por ruas pavimentadas com paralelepípedos e ausência de calçadas, dificultando o deslocamento dos idosos.

A Monumentalidade das Construções

Os pavilhões apresentam-se como grandes espaços a serem dominados devido, principalmente, à forte influência dos sistemas construtivos hegemônicos à época, cujas características principais centravam-se na monumentalidade e solidez das construções (Foto 2).

Outro fator relevante é o próprio objetivo da edificação – a exclusão. A diretriz dominante à época com relação a este tipo de edificação era a morfologia pavilhonar, determinando o isolamento do exterior de uma clientela a ser excluída, composta por pacientes psiquiátricos (nos manicômios); pacientes portadores de moléstias infecciosas (nas enfermarias para tratamento da tuberculose e da hanseníase), e desabrigados (nos albergues). A opção pela forma pavilhonar data do final do século XVIII, reformatada em meados do século XIX, com a introdução de amplos vãos e pé-direito, pela enfermeira Florence Nightingale.

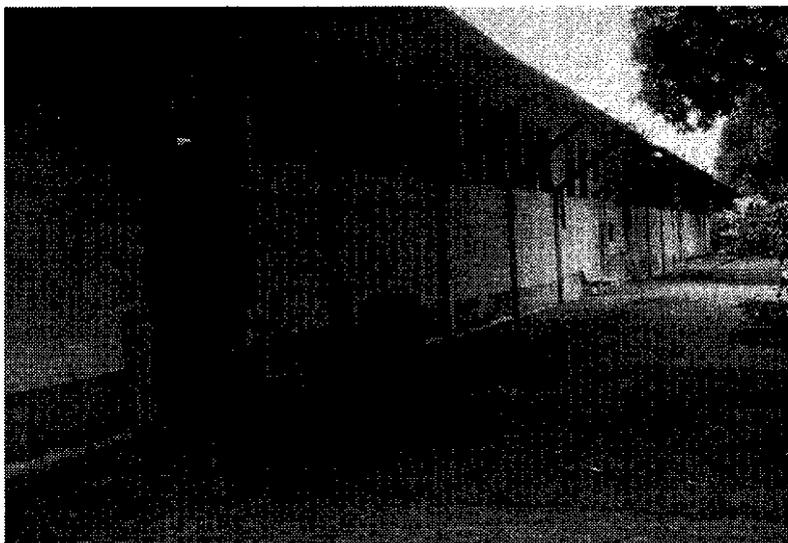


Foto 2

A sobriedade das edificações, escuras e úmidas, aliada à ausência de uma política de manutenção, fizeram com que, ao longo dos anos, muitas edificações fossem desativadas e as restantes, ainda em funcionamento, se transformassem em locais bastante insalubres. A moradia dos idosos no interior desses pavilhões reforça a discriminação, além de favorecer o contágio por agentes infecciosos. É fato comum que um idoso durma com um quadro gripal, e que na manhã seguinte todos os companheiros de pavilhão amanheçam com quadro semelhante.

A disposição linear dos leitos, lado a lado, e em fileiras duplas, denotam o quanto é difícil dispor de alguma privacidade e conforto (Foto 3). Devido à inexistência de armários, os idosos habitualmente utilizam a parte inferior e superior dos leitos para a guarda de seus pertences (Foto 4). O leito é a única referência de identidade e moradia desses idosos, e em muitos casos esses leitos são delimitados por barbantes para garantir a posse de um espaço mínimo.

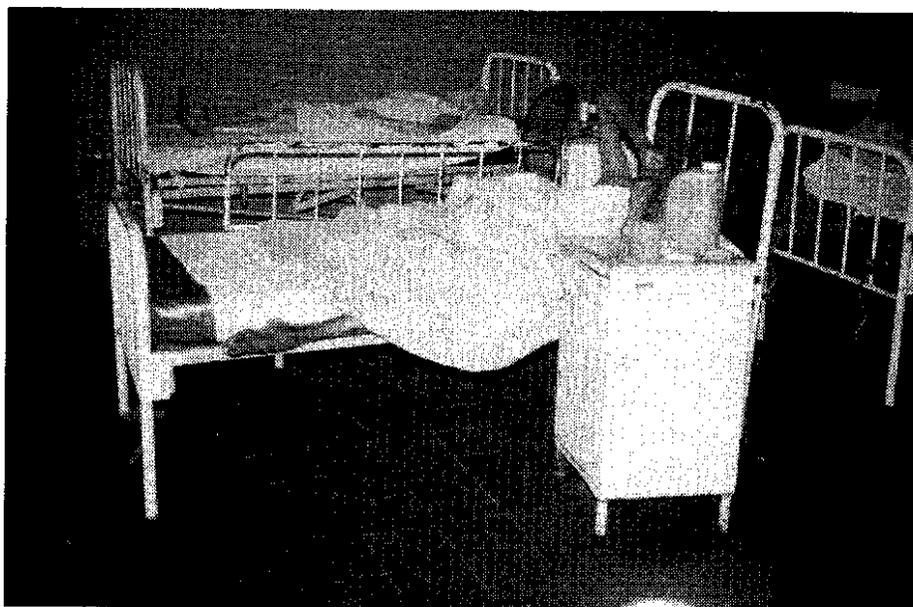


Foto 3

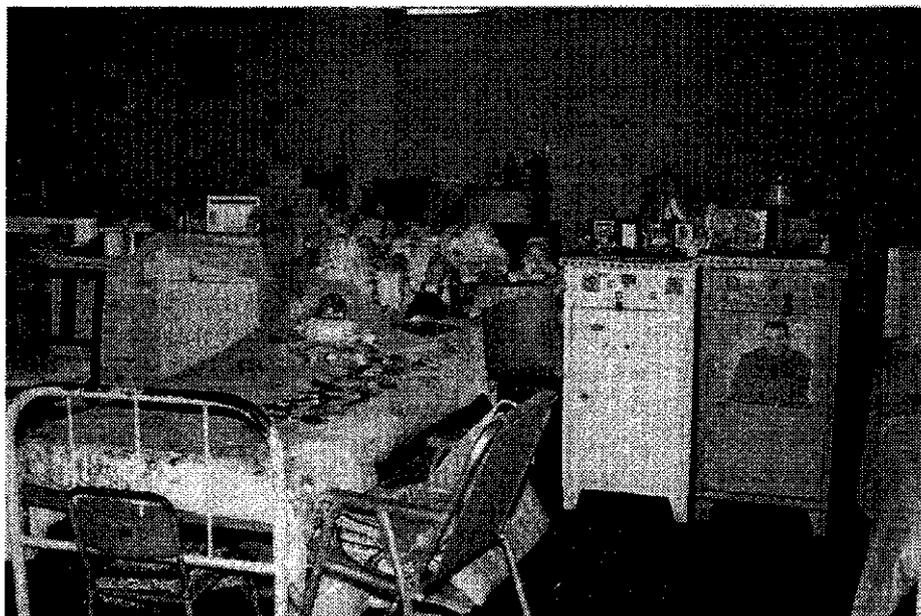


Foto 4

O Projeto Abrigo Cristo Redentor

Objetivos

O objetivo geral da intervenção é modificar o paradigma atual de asilamento, construir uma nova concepção de cuidado que privilegie a reintegração sociopolítica-cultural do idoso, em conformidade com o Plano de Ação Integrado para o Desenvolvimento da Política Nacional do Idoso, para tornar o Abrigo Cristo Redentor uma referência nacional e internacional e, ainda, proporcionar um modelo a ser aplicado em outras instituições similares, quer públicas ou privadas.

Proposta de Trabalho

A proposta básica de reestruturação do Abrigo Cristo Redentor pode ser sintetizada nos dois seguintes tópicos:

- ♦ transformar o espaço do Abrigo Cristo Redentor em um local de assistência à comunidade através de ambulatórios qualificados para atenção integral à Terceira Idade, creche, parque esportivo, e realização de eventos e atividades culturais, atendendo, desta forma, a cerca de 2 mil pessoas/dia;
- ♦ buscar uma alternativa de moradia para o idoso institucionalizado, possibilitando o resgate de suas referências de privacidade e individualidade, num total de 500 vagas, e garantindo, nos espaços destinados à moradia, uma assistência institucional específica para cada grupo de idosos, em função de seu grau de autonomia.

Moradia/Reestruturação Físico-Funcional

A fim de viabilizar tais transformações, obras serão realizadas em todo o espaço da instituição e em particular nos locais de moradia. Uma importante intervenção será operada nos pavilhões do Abrigo Cristo Redentor (vide Figura 1), com vistas à reformulação da moradia dos internos. Cada tipo de habitação será estruturado segundo as necessidades específicas da clientela. Os idosos residentes no Abrigo são pessoas que demandam diferentes cuidados, e suas moradias devem expressar essas necessidades. Serão construídos três modelos de residências:

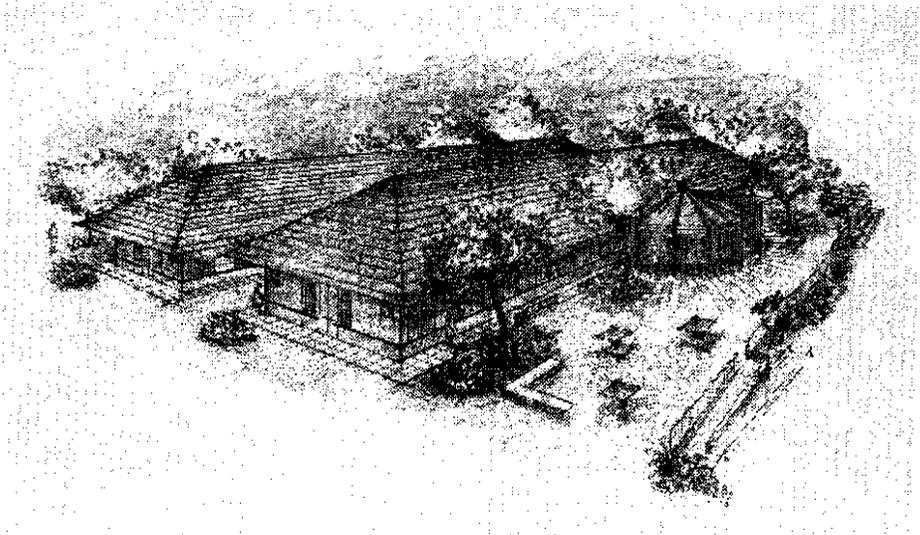
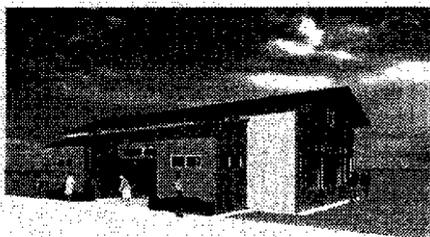
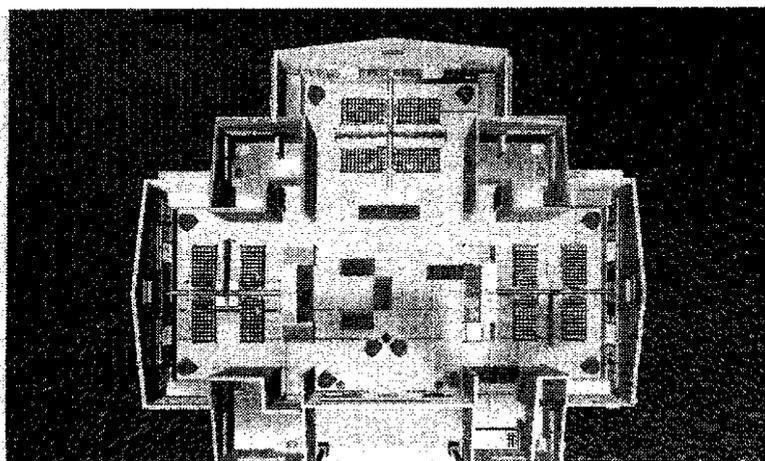


Figura 1

Vivenda Protegida

Destinada ao idoso autônomo, estrutura-se em pequenas casas para aproximadamente 12 moradores, contando com espaços destinados às atividades de convívio e lazer, local para pequenas refeições, área de repouso para os cuidadores, além dos dormitórios (Figura 2).



CONVÊNIO MPAS/UERJ

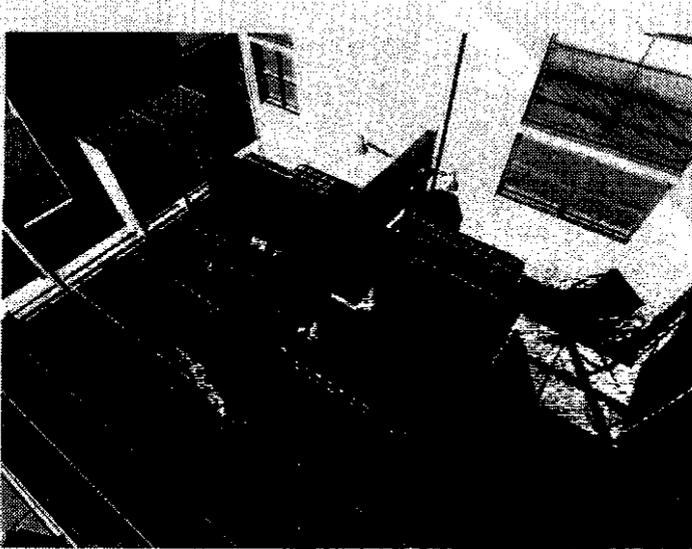
PROJETO: ABRIGO CRISTO REDENTOR
ESCRITÓRIO TÉCNICO
GERENCIAMENTO DE PROJETOS E OBRAS
VIVENDA PROTEGIDA

Equipe: Rôney Moutinho
Laurinda Braga
Luiza Passos
Rafael Lacerda
Valéria Veras
Walter Sobrinho

Figura 2

Vivenda de Suporte Parcial

Destinada ao idoso semidependente físico ou cognitivo, estrutura-se em pavilhões que preservam sua privacidade e individualidade, e asseguram o controle de enfermagem e o convívio coletivo. Com capacidade total para 112 idosos, cada pavilhão será subdividido em duas alas de 28 idosos cada (Figura 3).



CONVENIÊNCIA
PROJETO ABRIGO CRISTO REDENTOR
ESCRITÓRIO TÉCNICO
GERENCIAMENTO DE OBRAS
PAVILHÃO SEMI-DEPENDENTES

Vivenda de Suporte Total

Destinada ao idoso dependente, na maioria das vezes permanentemente acamado, este tipo de moradia guarda estreita semelhança com as enfermarias geriátricas hospitalares. Procurar-se-á, entretanto, obter um maior grau de humanização das mesmas, na medida em que, diferentemente das enfermarias geriátricas, as vivendas têm um caráter permanente.

A Implantação de um Centro de Convivência

Os objetivos da implantação de um Centro de Convivência são os de atender os idosos do Abrigo Cristo Redentor e da comunidade vizinha, promovendo o fortalecimento de práticas associativas, produtivas e educacionais. Através de tecnologias apropriadas e de técnicos qualificados, procura-se restituir ao idoso institucionalizado seu sentimento de cidadania e aos demais participantes oportunidades novas não usuais para a população idosa, particularmente a carente. Para tal programa estão sendo implantadas várias atividades que correspondem às diferentes demandas dos idosos e expressam um conjunto de ações com vistas à promoção da saúde e qualidade de vida. As atividades já em funcionamento dão a dimensão do programa:

- ◆ Comunicação e Participação Social
- ◆ Atividades Físicas
- ◆ Atividades Recreativas e Jogos de Salão
- ◆ Terapia Ocupacional e Artesanato
- ◆ Educação e Arte
- ◆ Turismo Social Ativo e Cultural
- ◆ Empresas Abrigadas: Produção e Comercialização
- ◆ Educação para a Saúde

Todas as atividades que estão sendo implementadas no Abrigo Cristo Redentor já foram testadas na UnATI e os profissionais envolvidos são suficientemente qualificados e conhecedores da metodologia.

O Modelo de Assistência à Saúde

Um modelo de Assistência à Saúde do idoso institucionalizado deve ter como meta a preservação, por um maior espaço de tempo, das boas condições

de saúde física e mental dos internos, permitindo que esse idoso participe e desenvolva atividades de ressocialização e integração social. Para tal, contar-se-á com a experiência ambulatorial no cuidado integral à saúde desenvolvida na UnATI, nos seus quatro anos de atividades. O trabalho preventivo, quer em nível hospitalar, ambulatorial ou no centro de cuidados diurnos, será um dos eixos das atividades a serem desenvolvidas para os idosos participantes dos programas do Abrigo Cristo Redentor.

Unidade Hospitalar

Conterá com 50 leitos para intercorrências clínicas ou intervenções cirúrgicas, assim distribuídos:

- ♦ Unidade de agudos, com 38 leitos, voltada, prioritariamente, para as intercorrências clínicas dos idosos institucionalizados;
- ♦ Unidade intermediária, com 8 leitos, proporcionando atenção diferenciada aos pacientes mais graves ou em pós-operatório, contando com infra-estrutura adequada (respiradores, monitores, gases medicinais e outros equipamentos);
- ♦ Unidade de isolamento, com 4 leitos, para pacientes com patologias que requeiram este tipo de internação.

Unidade de Atendimento Ambulatorial

Aberta à comunidade, esta unidade funcionará como porta de entrada para o Abrigo Cristo Redentor. Sua operação seguirá as diretrizes do “Programa de Atenção à Pessoa Idosa”, no qual estarão inseridos vários subprogramas: Visita Domiciliar, Educação em Saúde, Central de Marcação de Consultas e Exames, entre outros. O trabalho será desenvolvido por uma equipe multidisciplinar, de forma integrada e participativa, tendo cada profissional preservada sua intervenção específica no âmbito de uma abordagem integral de saúde.

Unidades de Centro Diurnos

Compreende dois tipos de cuidados: o hospital-dia e o centro-dia. Ambos objetivam a prevenção ou o retardo da institucionalização. A modalidade do cuidado os diferencia; enquanto o hospital-dia está voltado para os portadores de doenças incapacitantes, que se fazem acompanhar de perda da autonomia,

como as demências, as seqüelas de acidentes vasculares cerebrais, a doença de Parkinson, entre outros, o centro-dia tem como objetivo a manutenção da qualidade de vida (o atendimento à saúde acontece em paralelo às atividades de lazer e educativas à semelhança do centro de convivência; o atendimento é ambulatorial com ênfase no atendimento em grupo). Ambos têm em comum o desenvolvimento do autocuidado, através de processo educativo, bem como o de proporcionar suporte e descanso aos “cuidadores” familiares. Nas unidades dos centros diurnos serão desenvolvidas atividades de formação e orientação aos cuidadores, familiares ou não, e de suporte técnico voltado para estes cuidadores. Em cada turno, pretende-se atender 20 usuários, subdivididos de acordo com os planos terapêuticos estabelecidos a partir de avaliação prévia.

Conclusão

Como podemos observar, não se propõem aqui formulações utópicas ou inexecutáveis. O fato revolucionário consiste em romper com concepções praticadas no século passado. O mote do projeto é a transformação de um macroasilo em uma minicidade, dotada de facilidades urbanas, como forma de atrair a comunidade circunvizinha, estimulando-a a frequentar suas instalações.

O trabalho que vem sendo realizado no Abrigo Cristo Redentor é parte de um processo de mudança de valores e da oferta de cuidados mais dignos para os idosos. A discriminação social deste grupo etário permeia todas as esferas do cotidiano, desde as dificuldades de acesso aos ônibus urbanos devido à altura dos degraus, passando por uma reclusão imposta pela falta de segurança nas ruas – onde o idoso é presa fácil dos assaltantes –, até as limitações no âmbito das opções de lazer, moda e mobiliário.

Aliás, a falta de reflexão sobre como tratar o idoso constitui uma das mais graves carências da área. Há necessidade de se desenvolver modelos de atenção à saúde que fujam das práticas tradicionais: o lugar reservado ao idoso, na maior parte dos casos, é pouco mais do que um depósito. Os chamados “asilos geriátricos” são locais onde se estabelece um confinamento permanente dos indivíduos, mantidos longe dos olhos da sociedade. Como os loucos, os idosos são presos, não são vistos, não são ouvidos. O atendimento que lhes é oferecido nestes locais restringe-se, na melhor das hipóteses, ao tratamento clínico das doenças.

Um exemplo da diversidade de propostas de reformulação das práticas assistenciais provém da área de Saúde Mental, que tem experimentado, em todo o mundo, um vigoroso processo de desinstitucionalização do atendimento aos seus pacientes, que chega, em alguns países como a Itália, a precindir dos hospitais psiquiátricos. Guardadas as devidas proporções – em especial, levando em consideração que a velhice não é uma patologia –, temos muito a aprender com a luta antinosocomial dos trabalhadores da área de Saúde Mental.

O Projeto que vem sendo desenvolvido pela UnATI/UERJ tem procurado enfrentar as questões acima descritas, para reduzir os problemas decorrentes da solidão dos idosos, para melhorar sua convivência social, visando desenvolver novas capacidades, apropriadas a pessoas em idade mais avançada, além de, obviamente, oferecer tratamento qualificado quando da ocorrência de quaisquer patologias.

Pós-Escrito

Quando da conclusão deste texto fomos surpreendidos com o rompimento do convênio do Ministério da Previdência através de sua Secretaria de Ação Social, com a Universidade do Estado do Rio de Janeiro/UnATI. Esta parceria estabelecia a transferência da administração técnica e financeira do Abrigo Cristo Redentor para a UERJ/UnATI com vistas a transformá-lo em uma instituição-modelo no cuidado da pessoa idosa.

Apesar de o prazo do convênio estipular um período de três anos para a consecução do projeto, e de todas as avaliações técnicas realizadas pelos maiores especialistas brasileiros e por organismos internacionais serem extremamente favoráveis, de ter o projeto entusiasmado os meios de comunicação que abriram seus horários nobres nas redes de televisão para a apresentação das novas concepções propostas, de ter, eu próprio, o reconhecimento da Organização Mundial de Saúde pelo “empreendimento pioneiro, imaginativo, audaz e realístico”, no qual esta instituição vinha se transformando, as autoridades Federais resolveram interromper o convênio sem apresentar para tão abrupto ato razões substantivas.

Fica este texto como registro do início do trabalho. Infelizmente, o projeto que detinha reconhecida qualidade e aval acadêmico foi abortado, justamente no momento em que se tentava construir um novo paradigma que rompesse com a exclusão e criasse uma nova concepção de cuidado para com o idoso.

Referências Bibliográficas:

- FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (FIBGE). Censo Demográfico, 1991.
- KALACHE, Alex. Ageing worldwide. In: EBRAIN, S. e KALACHE, A. (orgs.), *Epidemiology in old age*. BMJ Publishing e WHO, p. 22-31, 1996.
- PARAHYBA, Maria Isabel C. A. Evolução da Mortalidade da População Idosa no Município do Rio de Janeiro. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro, IMS/ UERJ, 1997.
- PEIXOTO, Clarisse. De volta às aulas ou de como ser estudante aos 60 anos. In: VERAS, Renato (org.), *Terceira idade: desafios para o Terceiro Milênio*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, p. 41-74, 1997.
- SANT'ANA, Maria Josefina S. UnATI, a velhice que se aprende na escola: um perfil dos seus usuários. In: VERAS, Renato (org.), *Terceira idade: desafios para o Terceiro Milênio*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, p. 75-102, 1997.
- VERAS, Renato P.; CAMARGO Jr., Kenneth R. de. Idosos e universidade: parceria para a qualidade de vida. In: VERAS, Renato (org.), *Terceira idade: um envelhecimento digno para o cidadão do futuro*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, p. 11-28, 1995.
- VERAS, Renato P. A clínica dos excluídos. *Jornal do Brasil*, Seção Opinião, p. 11, 6 de junho, 1996.